

AM



60 / dicembre 2025

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPPILLI



In copertina: ideogramma cinese che designa la malattia (bìng).



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.



Rivista della Società italiana di antropologia medica
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

60

dicembre 2025
December 2025



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

Roberto Beneduce, Università di Torino / Sara Cassandra, scrittrice, Napoli / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Università di Messina / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Comitato scientifico

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Comitato tecnico

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Sara Cassandra, writer, Napoli, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca, Italy / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Università di Messina, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Maseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Technical Board

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica fondata da Tullio Seppilli è una testata semestrale della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia.

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology
Founded by Tullio Seppilli



Indice
Contents

n. 60, dicembre 2025
n. 60, December 2025

Editoriale

- 9 Giovanni Pizza
Editoriale di AM 60
AM 60 Editorial

Saggi

- 11 Elisa Pasquarelli
Tra normalità e pre-demenza. Il Subjective Cognitive Decline (SCD) nel discorso biomedico sulla malattia di Alzheimer
Between Normality and Pre-Dementia. The Subjective Cognitive Decline (SCD) in the Biomedical Discourse on Alzheimer's Disease
- 43 Andrea Di Lenardo, Federico Divino
Terapeuti e Theravāda. Sull'attitudine alla "cura" di una comunità giudaica egizia e le sue similitudini con lo spirito medico degli antichi Buddhisti
Therapeutae and Theravāda: On the Attitude to "Care" of an Egyptian Jewish Community and Its Similarities with the Medical Spirit of the Early Buddhists

Ricerche

- 73 Maria Dorillo
Sistemi medici in dialogo. Pratiche del respiro nella meditazione buddhista cinese
Medical Systems in Dialogue: Breath Practices in Chinese Buddhist Meditation
- 99 Lorena La Fortezza
Navigare tra le contraddizioni. La presa in carico del minore autore di reato, tra cura, sostegno e controllo
Navigating Contradictions. The Care of Juvenile Offenders between Support, Control, and Care
- 137 Giacomo Pezzanera, Jean-Louis Aillon, Daniela Giudici
"Non affittiamo a neri": diritto alla casa, razzializzazione e salute mentale a Torino
"We Do Not Rent to Black People": Housing Rights, Racialization, and Mental Health in Turin

- 167 Matteo Valoncini
*Corpi, digitalizzazione e datificazione:
 la generazione sociotecnica delle ontologie variabili*
*Bodies, Digitization, and Datafication:
 The Socio-Technical Generation of Variable Ontologies*

Riflessioni e racconti

- 199 Sara Cassandra
*Pensiero logico, pensiero illogico e pensiero analogico:
 medicina di confine tra pregiudizio e fraintendimento*
*Logical Thinking, Illogical Thinking, and Analogical
 Thinking: Medicine at the Intersection of Prejudice
 and Misunderstanding*

Recensioni

Tommaso Sbriccoli, *Rifare o trasformare il mondo.
 Politiche della memoria, economie della giustizia
 e forme della lotta nelle terapie rituali (e non
 solo...) / Remaking or Transforming the World:
 Politics of Memory, Economies of Justice, and Forms of
 Struggle in Ritual Therapies (and Beyond)* [Roberto
 Beneduce, *Il rancore del tempo. Follia, cura e violenza
 sull'altopiano dogon*], p. 205 • Francesco Scotti,
*Una ricerca sui punti cardinali di una psichiatria
 di comunità in Italia / A Study on the Cardinal Points
 of Community Psychiatry in Italy*
 [Giuseppe A. Micheli, *In terra incognita: disegnare una
 società che cura dopo Basaglia*], p. 213

Editoriale di AM 60

Giovanni Pizza

Università degli Studi di Perugia
[giovanni.pizza@unipg.it]

Questo numero raccoglie testi di diverso argomento: due saggi e quattro ricerche.

I due saggi sono quello di Elisa Pasquarelli, con il quale aggiorna il suo percorso antropologico sull'Alzheimer e le demenze, e lo scritto a quattro mani di Di Lenardo e Divino, in cui i due autori mettono insieme gli sforzi per comparare i Terapeuti giudaici e i buddisti. Seguono 4 ricerche: Maria Dorillo. Lorena La Fortezza, Giacomo Pezzanera con Jean-Louis Aillon e Daniela Giudice, e infine Matteo Valoncini.

Dorillo dedica la sua ricerca alla Cina storica. La Fortezza alle contraddizioni presenti nell'ordinamento giuridico italiano relativo ai giovani. Pezzanera *et al.* è dedicato alla razzializzazione e al razzismo che impediscono agli stranieri che affluiscono al Centro Frantz Fanon per problemi connessi alla salute mentale di trovare casa a Torino. Valoncini riflette, sulla base di un'etnografia della digitalizzazione, sulla variabilità ontologica, concetto elaborato da Annemarie Mol.

È poi la volta di Sara Cassandra che tratta a modo suo, nella rubrica *Riflessioni e Racconti*, di "medicina di confine" e di "logicità e illogicità" del pensiero.

Infine ci sono le recensioni. Una di Sbriccoli e una di Scotti.

Questo è quanto siamo riusciti a fare con il n. 60.

Buona lettura!

Corpi, digitalizzazione e datificazione: la generazione sociotecnica delle ontologie variabili

Matteo Valoncini

Università di Bologna

[matteo.valoncini2@unibo.it]

Abstract

Bodies, Digitization, and Datafication: The Socio-Technical Generation of Variable Ontologies

The article explores how representations of bodies, health, and illness emerge from sociotechnical configurations intertwining practices, technologies, and knowledge. It highlights how such representations generate new forms of subjectivity, particularly algorithmic identities. Engaging with Critical Data Studies and Mol's concept of ontological variability, the article advocates for a renewed engagement of medical anthropology with the study of bodies, health, and illness that consider not only the cultural and social but also the socio-technical generation of the latter.

Keywords: digitalization, primary care, electronic medical records, algorithmic identities

Introduzione

«There are wings and corridors where no patient ever goes. Atherosclerosis may go there, but patients don't»

A. Mol, *The body multiple*, 2002

Il corpo è stato oggetto di studio per decenni nell'antropologia medica per la sua capacità di fornire il terreno esistenziale dell'esperienza e, dunque, di indagine etnografica. Nel *Prolegomenon* di Schepers-Hughes e Lock (1987), le autrici individuano principalmente tre corpi: individuale, da studiare in termini fenomenologici; sociale, un uso simbolico del corpo atto a rappresentarne la natura; politico, un corpo che fa della sorveglianza e della disciplina foucaultiana i suoi assi d'analisi. I tre corpi non costituiscono un'unità separata di indagine, bensì tre approcci epistemologici, rispetti-

vamente, fenomenologia, strutturalismo e post-strutturalismo. Altrettanto fondamentale come strumento teorico e semantico è il concetto di incorporazione (*embodiement*) di Csordas, dove per corpo si intende il terreno esistenziale della cultura (CSORDAS 1990), sulla scia della fenomenologia di Merleau-Ponty e nel tentativo di unire questa allo strutturalismo tramite l'*habitus* bourdieuano (BOURDIEU 2016). Questi testi fondamentali hanno fornito all'antropologia medica un vocabolario e un approccio adeguato a parlare di corpo, salute e malattia. Tuttavia, per riordinare questi ultimi la pratica medica si affida sempre di più alle tecnologie digitali – dalla possibilità di utilizzare le Intelligenze Artificiali per le diagnosi complesse (PRELAJ *et al.* 2024; SHARMA *et al.* 2018) all'auspicato contrasto delle disuguaglianze (WHO 2020), fino a nuove modalità di ingaggiare assistiti/e tramite dispositivi mobili e software di *self-tracking* (LUPTON 2013). In altre parole, oggi le categorie di corpo, salute e malattia sono al centro di processi di digitalizzazione, qui intesa come tutti quei processi di adozione di strumenti digitali atti a facilitare l'interazione fra assistiti/e e il sistema sanitario (HAEMMERLE *et al.* 2024), il supporto e l'assistenza clinica per i professionisti, e la comunicazione con le banche dati delle infrastrutture (RUCKENSTEIN, SCHÜLL 2017). Nella pratica, suddetti processi si esplicano nella “datificazione”, cioè «the process whereby life-processes must be converted into streams of data inputs for computer based-processing» (COULDRY, YU 2018). Non si tratta solamente dell'adozione di nuovi strumenti ma di una rinnovata modalità di produrre conoscenza.

Il ruolo delle nuove tecnologie nella generazione di conoscenze è ampiamente affrontato dai *Critical Data Studies* (CDS). I CDS – corrente di studi inaugurata da Boyd e Crawford con le loro “critical questions” (2012) – indagano algoritmi e intelligenze artificiali come fenomeni culturali, tecnologici e politici, mettendone in discussione i miti di oggettività e neutralità. I CDS affrontano i rischi epistemologici – oltre che etici e sociali – legati all'utilizzo delle nuove tecnologie, sostenendo la necessità di problematizzare le dimensioni di potere incorporate nei sistemi di produzione e uso di dati digitali. Tra gli autori, Kitchin (2014) sostiene come l'assunzione acritica di nuove tecnologie rischi di esacerbare le disuguaglianze già presenti, oltre alla possibilità di applicare una vera e propria inversione dei processi di produzione di conoscenza. La portata delle Intelligenze Artificiali, infatti, non deve distoglierci dal ragionare sulle implicazioni epistemologiche che quest'ultima porta con sé, pena una deriva della ricerca scientifica difficilmente reversibile (*ibidem*). La cornice teorica dei CDS fornisce inoltre strumenti per analizzare l'emergere di *electronic panopticon* (HAGGERTY,

ERICSON 2000) e regimi di *dataveillance* (VAN DIJCK 2014) nella dimensione della governance sanitaria; tuttavia rivela un punto di criticità proprio nel dimenticarsi i corpi come terreni esistenziali dell'esperienza. Mentre la datificazione di questi ultimi contribuisce a esacerbare scenari biopolitici, è fondamentale rintracciare gli effetti di queste stesse politiche all'interno delle pratiche di cura.

In ambito etnografico internazionale si trovano i lavori di Ruckenstein (2014) e Schüll (2019) – rispettivamente su dispositivi di self-tracking e quantificazione del sé – che evidenziano le dimensioni di *empowerment* dell'utilizzo di dispositivi digitali da parte delle persone per migliorare o rinforzare narrazioni sulle proprie condizioni di salute. In ambito italiano, invece, fondamentali sono le ricerche sociologiche di Maturo e Setiffi (2016) sull'utilizzo delle nuove tecnologie di e-health. Nello specifico, gli autori analizzano come le app per la perdita di peso contribuiscono, tramite l'introduzione strategica di elementi di *gamification*, a ridurre l'obesità a un rischio individuale, oscurando il ruolo dei determinanti sociali. Sempre Maturo sostiene come la tecnologia «*contributes to medicalization by providing the possibility for even more sensitive sophisticated diagnostic tests*» (MATURO *et al.* 2016: 251). Pur rimanendo su un piano teorico, questi studi si sono rivelati in grado di prevedere la costante presenza delle tecnologie nonché la loro capacità di generare conoscenze dai e sui corpi. Una prospettiva etnografica sul contesto italiano è invece offerta da Walton (2021), che a Milano mostra come l'uso degli smartphone riflette disuguaglianze socioeconomiche e generazionali: solo una parte della popolazione anziana è infatti nella posizione di utilizzare questi strumenti per mantenere e coltivare relazioni nonché una propria autonomia, mentre un'altra rimane ulteriormente svantaggiata dalla pervasività degli smartphone nella vita quotidiana. Nel panorama, tuttavia, mancano studi etnografici sull'utilizzo da parte dei professionisti sanitari delle tecnologie e su come queste contribuiscano alla produzione di conoscenza.

In quest'articolo sostengo che gli studi di Mol (2002) sulla variabilità ontologica forniscono un grimaldello teorico fondamentale per indagare i processi di datificazione dei corpi da una prospettiva che osserva le pratiche di cura nel contesto sanitario. Muovendo dagli studi di Ruckenstein e Schüll sulla quantificazione del sé e dialogando con la variabilità ontologica dei corpi di Mol, l'articolo affronta il tema della rappresentazione di questi ultimi nel panorama odierno. Se è vero, come scrive Douglas, che tutto simboleggia il corpo e viceversa (DOUGLAS in LOCK, FARQUHAR 2007), allora bisogna interrogarsi su come si riconfigura il nostro esperire corpo, salute

e malattia in luce della sempre maggior importanza che le rappresentazioni virtuali assumono nel simboleggiarli e significarli. In questo articolo, analizzo dunque il rapporto tra corpi, i/le professionisti/e e la Cartella clinica elettronica (CCE) nel contesto contemporaneo dominato dalla digitalizzazione delle pratiche di cura. All'interno degli ambulatori ho potuto osservare come, tramite l'utilizzo delle CCE, avviene la co-costruzione dei corpi e delle loro rappresentazioni all'interno di una *datafied society*¹. L'etnografia ha reso evidente come l'emergere della variabilità ontologica (MOL 2002) e della distribuzione dei corpi (ivi: 110) non sono processi neutrali ma, anzi, sempre più presenti nonché influenzati, oltre che dalla conoscenza biomedica, dagli apparati sociotecnici – proprio perché i corpi sono *enacted*, agiti, e non semplicemente “dati” (*ibidem*). Gli apparati sociotecnici – in questo caso le CCE – non sono astratte forme di attori sociali “non-umani”² ma un vero e proprio «dispositivo tecnologico che contiene delle premesse epistemologiche e socio-politiche» (RAFFAETÀ *et al.* 2022: 3), ovvero attori che contribuiscono alla produzione di conoscenze. Questa definizione risulta ancora più importante per il ruolo centrale delle CCE nella pratica ambulatoriale. Se assumiamo che dalla “nascita della clinica” il ruolo della medicina – esperito qui dalla figura del/la medico/a di medicina generale – sia ordinare il mondo o, meglio, mediare tra l'ordine del corpo e quello della società (FOUCAULT 1990; MOL 2002), allora sono nuovamente le pratiche di ordinamento a dover essere attenzionate. Senonché, oggi ciò che è possibile per la medicina ordinare e mediare è influenzato dall'utilizzo dei software: attori tanto silenti quanto fondamentali nel processo di cura.

L'etnografia ha indagato i processi di datificazione tramite cui gli apparati sociotecnici garantiscono a determinate rappresentazioni dei corpi e della malattia uno statuto ontologico: *data-double* e *quantified-self*. Questa garanzia segue processi storici di lunga durata (BRAUDEL 1958) che dalla Rivoluzione Francese hanno portato oggi a cercare una conoscenza quanto più neutrale possibile, da affidare a “esperti” (PORTER 1995; DESROSIÈRES 2002); conoscenza ratificata dagli apparati sociotecnici che rappresentano un passaggio obbligato affinché si possa procedere al riordinamento tra corpi e mondi. In particolare, se è vero che la salute è un costrutto culturale da generare socialmente (QUARANTA 2014), come quest'ultima si co-costruisce in ambulatorio attraverso processi, squisitamente sociali, di digitalizzazione della salute e delle pratiche di cura? Per rispondere, dopo aver illustrato la metodologia, ripercorro lo stato dell'arte dell'informaticizzazione della medicina generale in Emilia-Romagna, sia per la valenza

tecnica che per il portato epistemologico; in seguito, procederò all'analisi di alcune pratiche di cura considerando l'ambulatorio un nodo epistemologico che garantisce il dispiegamento degli attori³, dunque la co-produzione delle conoscenze – passaggio fondamentale per la moltiplicazione ontologica dei corpi. In chiusura, analizzerò come dalla moltiplicazione delle ontologie possono emergere identità algoritmiche, il cui statuto di esistenza è garantito proprio dalla co-costruzione che trova nella CCE un alleato fondamentale.

Il campo

L'articolo muove i suoi passi da una ricerca svoltasi tra il 2021 e il 2024 divisa principalmente in due fasi, rispettivamente la costruzione del campo e l'indagine etnografica. Con l'obiettivo di indagare i processi di datificazione che hanno subito una forte accelerazione in seguito alla crisi pandemica (LIAW *et al.* 2021; PAGLIARI 2021). L'intenzione di indagare suddetti processi si è inserita all'interno delle rinnovate esigenze della Direzione Sanitaria – in special modo delle Cure Primarie – di uniformare e comprendere cosa stesse succedendo all'interno degli ambulatori di medicina generale. La prima fase ha visto coinvolti professionisti della ex-Agenzia Regionale dell'Emilia-Romagna – organo adibito alla ricerca e all'innovazione in ottica di miglioramento dei servizi sanitari della regione, oggi non più autonomo ma controllato dall'Assessorato alla Sanità. L'Agenzia Regionale si preoccupa di analizzare i flussi informativi provenienti dai presidi sanitari, analizzarli insieme a dati anagrafici provenienti dalla municipalità e, su questi, fornire informazioni valide all'Assessorato per la definizione di politiche di governance. Grazie ad un primo contatto ottenuto tramite il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (Csi) di Bologna con cui collaboro, ho iniziato una prima serie di interviste semi-strutturate con igienisti/e, statistici/che, economisti/te dell'Agenzia per comprendere quale fosse il razionale dei dati raccolti e quali i bisogni della Regione. Le interviste svolte durante e dopo il campo sia con i/le professionisti/e che con medici/che sono avvenute con la loro approvazione rispetto all'utilizzo che ne faccio in questo articolo. I nomi e le appartenenze specifiche sono di fantasia, così da garantire l'anonimato ad attori e realtà coinvolti.

La prima fase mi ha indirizzato al settore delle Cure Primarie e nello specifico da Roberto, dirigente di una Casa della Salute del territorio nonché

referente per l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) per una delle CCE più diffuse in Regione rispetto alla medicina territoriale, nelle sue parole:

Quindi sono quello che dovrebbe un attimo avere una visione d'insieme dei processi macro, di tutto ciò che Mako [società in house] fa per la medicina territoriale (Intervista Roberto, dirigente medico, 2024).

In concerto con Roberto e il/la dirigente delle Cure Primarie in quel momento in carica, si è deciso di procedere a un'indagine in profondità delle modalità di utilizzo delle CCE da parte della medicina generale. Per farlo, ho condotto assieme a Roberto interviste semi-strutturate ad alcuni membri dell'*Information communication technology* (ICT) sul funzionamento dei software utilizzati nei presidi sanitari. Terminata questa fase, Roberto mi ha garantito l'accesso a quattro diversi ambulatori di medicina generale, di cui tre medicine di gruppo⁴, un quarto, invece, un ambulatorio il cui professionista lavora solo. La medicina generale si è dimostrata un campo estremamente efficace per studiare i processi di digitalizzazione e datificazione poiché, innanzitutto, è la porta di accesso istituzionale per l'utilizzo non emergenziale del Sistema sanitario nazionale (SSN); in secondo luogo, costituisce un nodo burocratico e sindacale da sempre difficilmente governabile; in ultimo, la medicina generale affronta principalmente cronicità e aspetti di salute e malattia di lungo corso, al contempo interfacciandosi con un sistema sanitario improntato all'emergenzialità. Per questa ragione, la CCE della medicina generale è ricca di informazioni di diversa natura ma, al tempo stesso, può registrare e condividere in maniera precisa quasi esclusivamente informazioni di natura prettamente biomedica.

La co-costruzione del campo ha comportato alcune limitazioni. Innanzitutto, ho potuto frequentare ambulatori in una limitata circoscrizione territoriale specificatamente cittadina. In secondo luogo, considerata la sensibilità dell'indagine e dei luoghi frequentati, si è deciso che non potessi interfacciarmi direttamente con assistiti/e. Nel non presentare l'esperienza vissuta di assistiti/e, ciò che discuto si limita all'osservazione delle pratiche di cura svolte all'interno degli ambulatori da professionisti/e. Ciò ha comportato che le osservazioni si concentrassero maggiormente sul ruolo degli «*absent present*» (VAN VOORST, AHLIN 2024: 3), cioè le CCE, che scatenano le loro agency sul campo ma che non sono interrogabili con metodi d'indagine quali le interviste semi-strutturate. Questa difficoltà metodologica mi ha portato all'adozione di prospettive derivate dall'Actor-Network Theory (ANT), che si definisce una teoria-metodologica tale per cui è possibile non assumere a priori il ruolo degli attori (umani e non) nella generazione del sociale (LATOUR 2022). Sebbene abbandonata in fase di analisi dei dati

considerata la difficoltà in termini semantici (SAYES 2014), l'ANT ha fornito un punto di vista essenziale che ha consentito di moltiplicare gli attori in gioco. Considerata la sfida metodologica, l'articolo presenta una serie di disegni che mi ha consentito di visualizzare attori *absent present* e in seguito discuterne i ruoli. L'utilizzo dei disegni è stato parte integrante del processo di produzione di conoscenza che ha portato alla stesura dell'articolo. Infatti, per quanto nella pratica etnografica il disegno è spesso confinato a supplemento della scrittura, questo è in grado di fornire sia uno strumento metodologico che epistemologico (BONANNO 2025): durante il lavoro di campo il disegno ha rappresentato un «*perceptive device*» (ivi: 2) che mi ha garantito la possibilità di «*play with theories*», (ivi: 14) laddove, altrimenti, non sarei stato in grado di scardinare la complessità semantica e teorica dell'ANT e, al contempo, di affrontare il campo etnografico.

La cartella clinica elettronica e i flussi informativi

I software costituiscono oggi la modalità principale – nella medicina generale come in ospedale – tramite cui garantire percorsi di cura (prescrizioni di ricette e di esami, consultazioni di referti, ecc.). Tramite l'etnografia ho osservato come la pratica medica consiste nel continuo rapportarsi di professionisti/e non solo con assistiti/e, ma anche e soprattutto con il software di riferimento. Da parte del governo sanitario, digitalizzare le pratiche di cura permette di monitorare le prestazioni all'interno dell'Azienda Sanitaria – tenendo fede al processo di aziendalizzazione e burocratizzazione del *New Public Management* (Busso 2015). Nell'osservare le pratiche ambulatoriali, emerge come la CCE – nonché la struttura informatica che sottostà ad essa – non rappresenti un elemento puramente tecnico, bensì l'attore in grado di ratificare l'esistenza e la composizione dei corpi nel nostro esperirli in ambulatorio. La struttura in cui sono inseriti i software è chiamata "ecosistema informatico": software, hardware, aziende pubbliche e private, server, tutti questi elementi costituiscono la rete di organizzazioni che guida la creazione e la fornitura di prodotti e servizi informativi (LEHMANN 2017). In Emilia-Romagna, l'infrastruttura che sottostà allo scambio delle informazioni è Rete Mako: grazie a essa, i professionisti sono in grado di consultare la storia clinica di assistiti e assistite e di prescrivere prestazioni sanitarie o farmaci. Al contempo, Rete Mako garantisce comunicazione tra le parti (territorio, ospedale, medicina generale, ecc.). L'infrastruttura consente di agire le pratiche tramite la loro rendicontazione;

dunque, scambiare informazioni sulle prestazioni eseguite all'interno del Ssn mentre ne garantisce il funzionamento.

Nel funzionare, l'ecosistema informatico produce "flussi informativi", cioè, database «almeno uno per ogni tipo di assistenza» (Intervista a Licia, epidemiologa dell'Agenzia Regionale, 2022) che si definiscono come «un insieme di informazioni che vengono raccolte per uno specifico obiettivo in maniera sistematica per tutte le osservazioni e definita per il tuo obiettivo» (Intervista a Alessandra, statistica dell'Agenzia Regionale, 2022). Si tratta delle prestazioni (interventi chirurgici, ricoveri, prescrizioni, ecc.) effettuate negli ospedali, negli ambulatori e in generale nei presidi sanitari e che rappresentano per il Ssn una spesa. I flussi informativi nascono «da un lato per rispondere a un'esigenza conoscitiva quindi informativa da parte della Regione», dall'altro è una procedura «voluta dal bisogno di rispondere a un debito informativo che la Regione ha nei confronti del Ministero» (Intervista a Lucio, statistico dell'Agenzia Regionale 2022). La loro natura è rendicontativa, dunque non si riferiscono direttamente alla salute delle persone ma alle spese sostenute dal Ssn. I flussi costituiscono un percorso obbligato e sono in grado di muoversi nelle istituzioni grazie al corretto funzionamento dell'ecosistema informatico, i cui software gestionali sono la base di partenza e di arrivo delle suddette informazioni. La CCE, dunque, è l'interfaccia finale per professionisti/e di questo intricato sistema.

Una CCE è solitamente strutturata come segue: in alto si trova l'anagrafica – nome, cognome, età. Aprendola è possibile accedere a diverse informazioni rispetto agli "stili di vita": bicchieri di vino al giorno, sigarette consumate, attività fisica, e ovviamente peso e altezza tradotti in *Body Mass Index*. Tra le principali schede si trovano i "problemi attivi" – ossia tutte le patologie codificate dall'ICD-9-CM ed elencate all'interno del software⁵. Questa sezione può essere ereditata, come le altre, assieme alla CCE, ma essa costituisce «il lavoro più autoriale della medicina generale» (Intervista a Silvio, informatico ASL, 2023), dunque spesso rivista dal principio da chi la dovesse ereditare. L'arbitrarietà di questo campo è data dal fatto che non costituisce un flusso informativo; quindi, sarà sempre e solo letta da chi ha accesso direttamente alla cartella. La funzione dei problemi attivi permette di legare a essi una cura farmacologica che interagisce direttamente con la maschera delle "prescrizioni farmacologiche", sezione che, invece, costituisce un flusso. Sono poi presenti i referti di laboratorio – risultati degli esami prescritti ed effettuati – che si possono consultare direttamente come referto in formato PDF. Altresì, le CCE sono in grado di smistare i dati dei singoli valori del sangue emersi dagli esami di laboratorio, per

esempio, e mostrare lo storico dei valori selezionati. Altre sezioni principali sono i referti del Pronto Soccorso e il diario, cioè un testo libero. L'ecosistema qui brevemente presentato fa parte di una complessa rete nella quale si svolge la pratica di cura, che chiaramente non è più solo informata dalla presa in carico biomedica del professionista, ma dialoga con l'ecosistema informatico e i suoi assunti epistemologici. Dunque, l'osservazione etnografica ha tenuto conto di questi attori e delle loro agency. Un primo movimento necessario atto a contemplare la complessità della cura è stato la decostruzione della stessa, cosicché fosse possibile moltiplicare, assieme agli attori, le ontologie dei corpi che li accompagnano.

Tradurre e tradire la produzione di conoscenza

L'ambulatorio si configura come campo in cui una serie di azioni sono performati da e tramite una rete di attori che, influenzandosi, generano conoscenze: professionisti/e, assistiti/e, CCE e il suo ecosistema informatico. Un campo in cui sono smembrate e ricomposte le rappresentazioni dei corpi grazie a una notevole variabilità ontologica degli stessi. L'importanza della variabilità ontologica non si trova nel suo oggetto teorico: Mol (2002) ha già dimostrato l'importanza che acquisiscono le diverse ontologie dell'"arteriosclerosi" nei diversi comparti dell'*hospital Z* (MOL 2002)⁶. L'attenzione che deve essere posta oggi alle ontologie variabili risiede nella fissità che sono costrette ad assumere tramite l'adozione di sistemi di gestione informatica della salute e della malattia. L'ecosistema informatico co-costruisce conoscenze, dunque suggerisce e convalida rappresentazioni e variabilità ontologiche dei corpi tramite la possibilità di visualizzarne i bioriduzionismi – come per esempio l'andamento degli esami del sangue espresso in valori numerici o la visualizzazione di una metastasi su una TAC (MILLINGTON 2016). Al contempo l'ecosistema informatico fissa tramite le sue funzioni prescrittive alcune di queste rappresentazioni. Ho quindi analizzato il ruolo della CCE adottando sul campo un approccio fenomenologico che «does not expect to arrive at an understanding of man and the world from any starting point other than their "facticity"» (MERLEAU-PONTY in LOCK, FARQUHAR 2007). Se l'agency della CCE pare irrilevante, irrompe sonoramente quando si attenziona il processo datificazione, cioè di traduzione e validazione delle esperienze di vita. Inizialmente, l'ipotesi era che l'esperienza di malattia sarebbe stata tradotta (e tradita) dal/la medico/a in fase di anamnesi per farsi condizione patologica codificata; in seguito, il/la professionista avrebbe dialogato col sistema informatico per

digitalizzare l'esperienza di malattia nonché la condizione patologica al suo interno, finalizzando il processo di datificazione.

Oggi la traduzione da *illness* – intesa come esperienza di malattia – e *disease* – intesa come condizione patologica – avviene tramite l'ausilio di apparati sociotecnici. Questi ultimi, qui osservati nella CCE, irrompono con le loro agency in ambulatorio a determinare non tanto “se”, quanto quale parte e come l'esperienza vissuta possa ergersi a regime di verità – cioè, la possibilità di essere socialmente validata e, dunque, istituzionalmente inserita in percorsi di cura (MILLINGTON 2016; TAYLOR 2020). I software, nel loro permettere tecnicamente e burocraticamente la continuità assistenziale, possono essere letti tanto come meri strumenti dell'esecuzione della pratica medica, quanto come attori che agiscono sul campo.

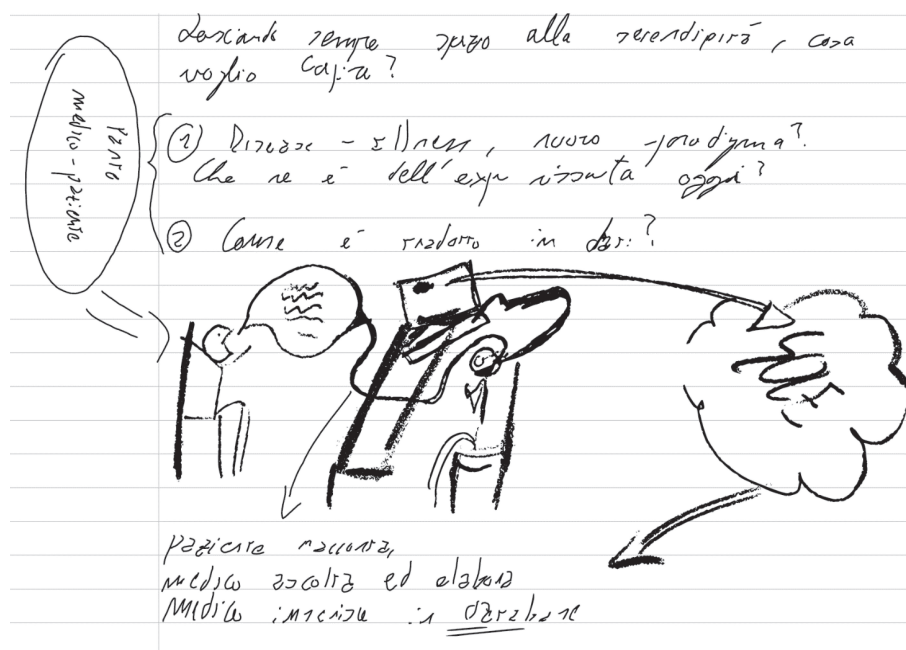


Figura 1. Traduzioni, diario di campo, ottobre 2022

Dunque nella prima ipotesi la CCE avrebbe svolto il ruolo di un “intermediario semplice” in termini latouriani (LATOUR 2022: 72), uno strumento che risponde ai comandi impartiti in una visione strumentale degli eco-

sistemi informatici dove «definire i suoi *input* è sufficiente per definire i suoi *output*» (*ibidem*). Nella maggior parte delle visite, hardware e software sembrano fare questo: con un semplice click è possibile prescrivere una visita o un farmaco, agevolando i processi e alleggerendo il carico sia su professionisti/e che su assistiti/e. Tuttavia, l'etnografia ha evidenziato un rapporto ben più complesso tra gli attori.

La CCE emerge infatti come depositaria di una forte dimensione simbolica e relazionale. Nella sua manifestazione fisica – il computer – essa è *attore fondamentale* in ambulatorio: il primo e l'ultimo a essere consultato, tramite esso si accerta o si smentisce una data condizione di salute e malattia. In altre parole, la CCE si fa simbolo e, in quanto tale, produce azioni attorno alle quali si muovono altri attori presenti nella ritualità della cura (TURNER in LOCK, FARQUHAR 2007): medici/che, assistiti/e, faldoni, pareri di esperti/e, ricerche su Google, e altro ancora. Tramite il *click* del mouse nella prescrizione di un farmaco, per esempio, la CCE è *in grado di* “scomodare” la farmacia come il Ministero delle Economie e delle Finanze – atto a verificare in «millesimi di secondo» (*Intervista a Roberto*, dirigente medico, 2024) la possibilità di assegnare delle esenzioni – e dunque generare significati. O ancora, un *alert* potrebbe informare il/la medico/a curante di eventuali interazioni tra la nuova prescrizione e quelle croniche già in atto, o tra gli stili di vita e i risultati degli esami del sangue – note perlopiù cassate, come confermato in un'intervista a Lorenzo:

Da un lato, grazie all'*alert* del software, vai a indagare un problema di abuso, vai a indagare una persona che non sta seguendo adeguatamente una terapia che non seguirla potrebbe metterlo a rischio. Altre cose, molte volte *alert* e *pop-up* io li chiudo così: click, *tu-tu-tu-tu-tu*, e chiudo tutto [ridiamo] rapidamente (Intervista a Lorenzo, medico di medicina generale, 2024).

Pertanto, più che una traduzione di significati, oggi gli apparati sociotecnici consentono a moltissimi attori di riversare le loro agency nei processi di produzione di conoscenza dei e sui corpi. Per questa ragione, il primo passo è stato gettare luce sulla molteplicità di attori presenti in ambulatorio, compresi quelli non umani, guardando a quest'ultimo non più come a un luogo che presta il fianco a una traduzione lineare informata dalle conoscenze biomediche, ma come a un nodo epistemologico dove queste sono co-prodotte in un incontro fra attori isotopici e diacronici (LATOUR 2022: 72).

Nodi epistemici e variabilità ontologica

Il concetto di nodo che qui utilizzo è inteso come punto in cui si intersecano diverse esperienze ed epistemologie, non già un risultato bensì un processo, un movimento, che disegna traiettorie e lascia dei segni. Il momento della visita rappresenta il perno intorno al quale incardinare l'analisi critica del processo di datificazione, nello specifico inteso come un *loop* onto-epistemico che produce conoscenze dai e sui corpi: un approccio che consideri la produzione di conoscenze e di ontologie come parte di un unico processo che si autoalimenta (MOL 2002). In altre parole, a garantire la produzione di ontologie è la possibilità che se ne possa individuare il processo che genera conoscenze dalle e sulle stesse, e viceversa. Per facilitare l'analisi e individuare meglio punti critici e attori, è necessario riconsiderare quali di questi ultimi sono in grado di trasformare le storie di vita in "dati", reificandoli nell'ecosistema informatico. Poiché nel considerare i diversi ruoli degli attori, coloro i cui processi epistemologici si nutrono dello statuto ontologico di "dati" sono preponderanti – se non nella decisione da prendere da parte del medico, quantomeno nell'obbligare il resto degli attori intorno a loro a considerarli entità più reali del reale. La vignetta etnografica che segue illustra quanti attori intervengono nella presa in carico di una persona e come questi si influenzino vicendevolmente. Nell'ambulatorio di Lorenzo, l'incontro con Gioachino – assistito con patologia oncologica – è esemplare. La consegna di un referto cartaceo da parte di Gioachino cede il passo alla consultazione della CCE. Fondamentale è la rotazione dello schermo verso l'assistito: la CCE cessa di essere strumento diagnostico unidirezionale e diventa interfaccia condivisa, spazio rituale dove le ontologie di Gioachino saranno co-costruite sotto gli occhi di tutti i presenti, me compreso. Lorenzo, mostrando lo schermo, riepiloga la storia: alcuni anni fa, a Gioachino fu asportato un rene a causa della sua condizione. Dopo un periodo di controlli regolari senza recidive, l'ultima TAC ha rilevato segni di metastasi. L'ipotesi dell'équipe ospedaliera è una complicazione al rene sano. Per conferma, sono state eseguite due TAC a breve distanza. La conclusione, ci spiega Lorenzo, è che gli specialisti ritengono ormai necessaria la rimozione anche del secondo rene. Dalla pagina di diario che segue, è evidente anche il mio personale posizionamento rispetto alla storia di Gioachino, che mi muove e mi impedisce di rimanere lucido per alcuni momenti. Risulta evidente come nel mio anno di campo negli ambulatori, raramente mi sia imbattuto in casi particolarmente sensibili come questo, proprio perché la medicina generale è perlopiù fatta di

monitoraggi routinari e condizioni croniche gestibili. Ciò fa sì che la mia analisi del caso è prettamente “tecnica”, concentrandomi sulle implicazioni della mediazione del reame sociotecnico, rilegando riflessioni di altra natura a chiacchiere informali avute con Lorenzo stesso nei giorni seguenti, che tuttavia non riporterò.

Silenzio. Dura pochi istanti, il rumore della ventola del computer e il cinguettio degli uccelli fuori dalla finestra sono gli unici rumori bianchi che ci accompagnano. La voce di Gioachino ci riporta in ambulatorio e all'oggi: «C'è un errore, dottore, vero? Perché mi sono mosso un po' durante la TAC, quindi forse è solo un'ombra. L'hanno scritto anche nel referto» e capisco quanto spero che sia vero. Lorenzo fissa ancora il computer, non so se stia davvero leggendo e interpretando i referti o se sta cercando di capire cosa dire. Gli occhi di Gioachino passano dal computer a Lorenzo, come se stesse assistendo a una partita di tennis. Lorenzo è lento nel rispondere. Quando si tratta di cancro, i medici tendono sempre ad avere un rispetto e un'attenzione molto particolari; inoltre, secondo la mia esperienza, si irrigidiscono e si attengono il più possibile ai dati in loro possesso, non si sbilanciano e mantengono un distacco non tanto dal paziente quanto dalle parole che pronunciano in quel frangente. Preso abbastanza tempo, Lorenzo inizia a spiegare: «Vede, Gioachino, la situazione è questa. È vero che nel primo referto hanno riportato di un “artefatto da movimento”⁷, ed è vero che questa ombra qui riguarda proprio questo. Tuttavia, lei ha fatto una seconda TAC proprio per essere sicuro che si trattasse effettivamente di un artefatto da movimento. La seconda TAC ha confermato, purtroppo, la presenza di metastasi. Quindi sì, c'è stato un “errore”, ma non che sconfiggieri i sospetti degli specialisti, purtroppo per noi». [...] Le macchine, alla fine ci restituiscono una verità molto meno magica di quanto sperassimo: nel leggerle, proiettiamo le nostre speranze, ma non sempre queste aiutano. Le complesse macchine sviluppate da Philips, attraverso un software che elabora immagini ad altissima risoluzione, hanno fornito una ricostruzione del rene nel corpo di Gioachino. Ricostruzione a sua volta interpretata prima dall'équipe di medici dell'Ospedale San Marco, poi dai tecnici, e in ultimo da Lorenzo e dalla cartella clinica ricevuta in eredità dal precedente medico. Il tutto per permettere a Gioachino di rivedere il suo corpo da una prospettiva diversa, per scegliere quale altro lungo percorso di cura intraprendere (Diario di campo, 27 luglio 2023).

La vignetta fornisce soltanto una fotografia di una storia di vita, un'istantanea, ed è proprio su questo concetto che vorrei ragionare. L'istantanea del caso di Gioachino è resa possibile grazie al mio diario di campo ma anche grazie alla CCE, a seconda di quale punto di vista si vuole recuperare e, dunque e presumibilmente, che informazioni raccogliere. L'esercizio consiste ora nel decostruire la visita per ricomporre un quadro quanto più fedele alla moltitudine di attori presenti. Ricomporre uno schema fatto da

nodi che forniscono informazioni e dati, cioè conoscenze con differente autorevolezza. Utilizzando i nodi come schema in cui collocare gli attori che co-costruiscono la conoscenza, sarà possibile non solo identificarli ma anche comprenderne la portata in quell'evento specifico. Il primo passo è comprendere la produzione di conoscenza come l'interazione tra nodi informati da una moltitudine di attori, in prospettiva sincronica e diacronica. In altre parole, Gioachino arriva in ambulatorio portando la sua esperienza vissuta a Lorenzo, nel farlo sta costituendosi un primo nodo composto dall'interazione tra i due. Questi, però, non sono gli unici attori presenti: consultando la CCE, Lorenzo acquisisce ulteriori informazioni, riportategli dal medico precedente, aggiungendo un ulteriore nodo che informa non solo Lorenzo ma anche me e Gioachino, che entriamo dunque in relazione con Lorenzo e il software. In seguito, la documentazione fornita da Gioachino stesso (referto, immagine della TAC e lettera di dimissioni) costituisce un terzo nodo composto da altrettanti nodi. Grazie alla refertazione degli specialisti, Lorenzo entra in possesso di un'informazione assolutamente indispensabile per capire quale eventuale percorso terapeutico seguire. Tuttavia, non è solo la lettera di dimissioni per sé a costituire l'autorevolezza dell'informazione, ma il luogo dove questa è stata scritta: l'Ospedale San Marco. Non solo, anche i/le professionisti/e e gli/le specialisti/e che l'hanno redatta, nonché il supporto dell'apparato sociotecnico nel consigliare l'intervento. Senza la TAC e il parere di esperti/e che hanno ipotizzato un "artefatto da movimento" – per medicina difensiva o per eccesso di zelo – sarebbe stato molto complesso arrivare a una diagnosi: anche le TAC devono essere prodotte, tecnicamente, socialmente e culturalmente. La prima mostra un artefatto da movimento, presumibilmente derivato da un movimento di Gioachino all'interno del macchinario, come lui stesso riporta in ambulatorio. Il movimento, che può essere stato notato da specialisti/e o da tecnici/che durante l'esame stesso, ha proiettato un'ombra sull'immagine finale che software e hardware Philips hanno elaborato, noncuranti della procedura non seguita a dovere. Quest'ombra assume diverse interpretazioni ma, infine, confrontata con la storia clinica, gli esami specialistici, la letteratura scientifica sull'argomento, l'esperienza di Gioachino e di Lorenzo, gli attori coinvolti co-costruiscono una diagnosi.

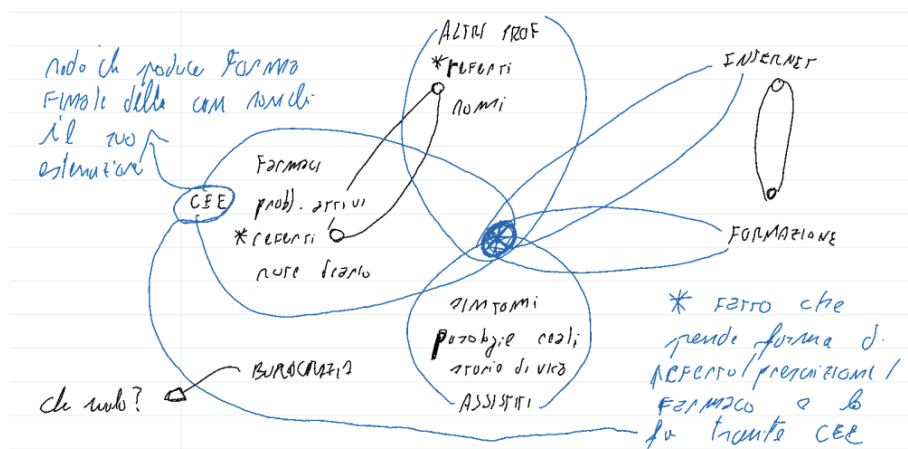


Figura 2. Nodi di conoscenza, diario di campo, febbraio 2022

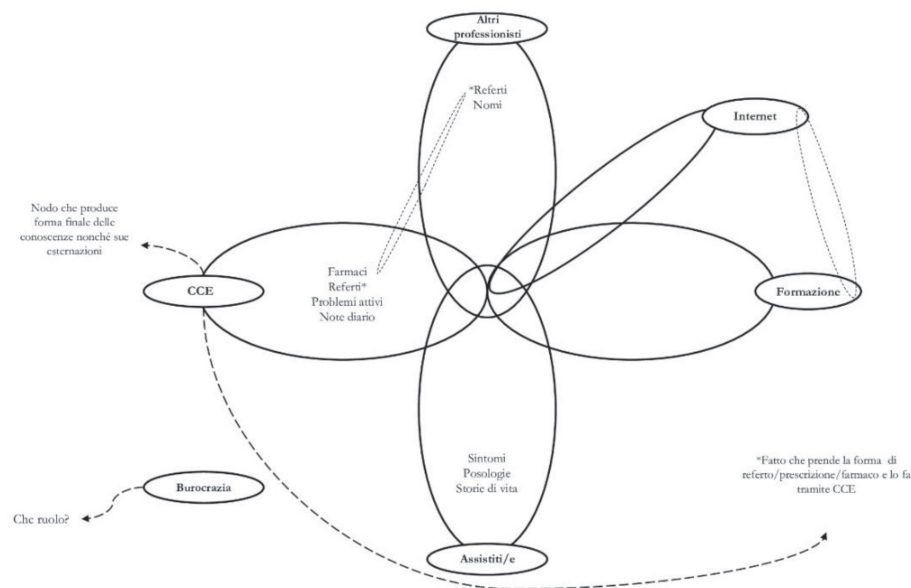


Figura 3. Nodi di conoscenza, ricostruzione

Se, dunque, si recuperano tutti i nodi, si nota facilmente come questi possano moltiplicarsi all'infinito: la lettera di dimissione dell'Ospedale San Marco, il referto della TAC, l'immagine, la storia clinica riportata dal

medico precedente in CCE, la storia clinica raccolta da Lorenzo, l'artefatto e la vita vissuta di Gioachino. Questo sforzo rappresenterebbe solo un esercizio stilistico se mi limitassi a dire che nel produrre conoscenza non è solo Lorenzo ma tutte le persone che hanno fornito lui informazioni utili da valutare con la sua conoscenza biomedica. Ho quindi aggiunto i nodi delle relazioni personali, che esulano dal sapere biomedico e recuperano una dimensione relazionale fondamentale; anche in questo caso, il gioco non vale la candela, poiché porta confusione e caos in un contesto dove è necessario ordine. Anche l'aggiunta dell'apparato sociotecnico, sola, non costituisce un punto di svolta né per il pensiero critico sui corpi, né tantomeno per la pratica biomedica. Moltiplicare gli attori in gioco non è sufficiente ancorché siano pensati indipendentemente l'uno dall'altro, o indipendenti da altrettanti nodi che ne alimentano l'interpretazione del mondo. Lo sviluppo di Philips per i macchinari che producono le TAC, i/le professionisti/e, la formazione medica di Lorenzo e degli/le specialisti/e, quella del/la tecnico/a, la condizione di Gioachino e la sua possibile familiarità con determinate patologie e/o le dinamiche socioeconomiche e ambientali che ne hanno determinato alcuni esiti: tutti questi elementi, se considerati separatamente, porterebbero a un determinismo diversamente declinato di volta in volta. Come è possibile, dunque, giustificare la moltiplicazione degli attori senza cadere in un esercizio stilistico fine a sé stesso? Contemplandone il ruolo, pesandone l'autorità agita. In altre parole, considerando quali attori hanno la possibilità di generare socialmente variabilità ontologiche dei corpi e rispettive molteplici loro rappresentazioni.

Nel recuperare tutti questi attori, la CCE fornisce il terreno pratico sul quale si genera socialmente e tecnicamente la malattia. Nella vignetta etnografica presentata, essa garantisce l'accesso ai referti ospedalieri nonché la conseguente prescrizione della prossima visita specialistica, reificando la condizione di malattia che fino a quel momento è stata guardata da diversi punti di vista, dunque nella sua molteplicità ontologica. È la CCE – sia quella interna ospedaliera che quella manovrata da Lorenzo – a garantire continuità istituzionale della presa in carico nonché diagnosi biomedica di patologia e, nel fare ciò, genera socialmente e tecnicamente l'esperienza vissuta dell'assistito. I prossimi paragrafi mettono in dialogo la letteratura antropologica medica più attenta alla dimensione socioculturale dei corpi con i Cds e le teorie intorno alle identità algoritmiche. L'ambulatorio – qui ora inteso come un nodo epistemologico – garantisce, tramite l'etnografia, l'osservazione della generazione sociale proprio delle identità algoritmiche. Queste ultime devono il loro statuto di esistenza ai legami oggi pre-

senti tra le pratiche di cura e gli apparati sociotecnici. Per queste ragioni, credo oggi si possa parlare della generazione non più esclusivamente “sociale” ma, appunto, “sociotecnica” della malattia, che avviene attraverso la co-costruzione della variabilità ontologica tramite gli apparati sociotecnici che accompagnano le pratiche di cura.

La generazione sociotecnica delle ontologie variabili

Ogniquale volta una persona si presenta per una visita, soprattutto se portatori o portatrici di cronicità e/o anziani, le informazioni più importanti sono racchiuse nella CCE. La capacità di leggere la presunta condizione di salute e malattia di assistiti/e tramite i software e le sue funzioni è un traguardo fondamentale nella medicina moderna poiché consente di implementare i servizi di telemedicina, ridurre gli spostamenti, nonché garantire una registrazione verosimile dei percorsi di cura. Tuttavia, nel digitalizzare i processi, il locus di produzione di conoscenza si sposta nei software stessi – processo che si manifesta in scomposizioni e ricomposizioni di rappresentazioni dei corpi sempre più protagoniste delle visite. Nello specifico, le rappresentazioni nutrono la variabilità ontologica, che si manifesta fortemente quando il bioriduzionismo agisce su singole “parti” dei corpi. In altre parole, quando essi sono “distribuiti” tra laboratori, ambulatori ed ecosistemi informatici. La prossima vignetta etnografica – composta da due brevi visite ambulatoriali – testimonia ciò che Mol ha chiamato “distribuzione dei corpi”, cioè la possibilità di parlare di diversi statuti di esistenza degli stessi grazie all’efficacia del bioriduzionismo (MOL 2002). Nel distribuire i corpi e nel garantire maggiore efficacia nei processi di cura biologicamente intesa, si producono rappresentazioni specifiche che giocano un ruolo all’infuori della loro distribuzione. Dall’osservazione etnografica delle pratiche di cura ambulatoriali, emerge come la CCE fornisca sì alcune dimensioni bioridotte della corporeità, ma non solo: il linguaggio e l’eredità epistemica fortemente quantitativa di cui si nutrono gli apparati sociotecnici contribuiscono a generare quelle che sono chiamate identità algoritmiche (CHENEY-LIPPOLD 2011). Queste possono esulare dalle funzioni della CCE, sebbene acquisiscono una forte autorità in sede ambulatoriale, di fatto partecipando al *loop* onto-epistemico che produce ontologie variabili.

Sono in ambulatorio con Lorenzo in una medicina di gruppo. Edoardo, l’assistito, si presenta per una visita di routine, data dalla sua condizione di

cronicità. Lorenzo non capisce l'andamento degli esami del sangue dell'assistito; per questa ragione, la visita dura pochi minuti, Edoardo se ne va e Lorenzo chiama a supporto una collega. I due iniziano a controllare lo storico degli esami di laboratorio dell'assistito grazie a una funzione della CCE che permette di estrarre i singoli valori dei diversi esami del sangue archiviati dal software nella cartella clinica dell'assistito.

Nel guardare il grafico, Lorenzo e Federica stanno cercando un pattern: «Non capisco perché ha sto andamento della glicata» dice Lorenzo: «Vero, strano...» fa eco Federica. Lorenzo allora con un paio di rapidi click passa ad un secondo grafico, questa volta fatto di colonne, e i due iniziano a parlare di Edoardo come se fosse ancora qui con noi in ambulatorio, e non già sull'auto verso casa: «Con questi valori deve avere almeno questo o quello – discutono, non riesco a star loro dietro – guarda quel valore nel 2018, cosa stava facendo di diverso? O che il suo vecchio medico di base usasse un'altra terapia...». Mentre Lorenzo e Federica sciorinano una serie di termini tecnici per me impossibili da riportare qui senza stravolgerne i significati, continuano a indicare la sedia dove si trovava Edoardo, come se fosse ancora lì. Alla fine, impossibilitati dal comprendere cosa fosse successo in corrispondenza di determinati valori sei anni prima, e impossibilitati a recuperare dati da Fse [Fascicolo Sanitario Elettronico] o dalla cartella, decidono che sì, la cosa più saggia da fare sarebbe stata aspettare i risultati dei nuovi esami e valutare quelli.

La seconda visita si svolge poco dopo nello stesso ambulatorio. Una signora da tempo lamenta forti problemi respiratori, ma gli esami prescritti settimane prima da Lorenzo hanno portato risultati con valori nella norma.

La visita è molto silenziosa, si sente solo la ventola del computer, il digitare dei tasti e il click del mouse. Lorenzo controlla gli esami direttamente dalla cartella [...]. Una volta letti i referti – il silenzio ha dilazionato il tempo ma dubito siano passati più di 3 minuti – dice alla signora: «La sua storia polmonare non ha mai dato sintomi, vero?» e lei conferma con un cenno del capo. Dopo poco, Lorenzo invita la signora a fare altri esami di controllo, le consegna i promemoria delle prescrizioni e conclude la visita (Diario di campo, 31 luglio 2023).

I due episodi qui descritti permettono di ragionare sulla distribuzione dei corpi poiché l'assenza di questi ultimi non detta un'assenza del discorso intorno a essi. Nel primo caso, nonostante la componente anatomica di Edoardo sia uscita dalla porta, il suo corpo o, meglio, i risultati degli esami di laboratorio rispetto al suo sangue (che parlano “da sé”) hanno disegnato una corporeità a lui assegnata. Non è certamente l'unico caso, che assistiti/e debbano essere in ambulatorio per determinate decisioni e considerazioni è oggi relativo proprio perché i corpi sono distribuiti, non

fissi e fissi e immobili. La presenza delle persone in ambulatorio dipende da ciò che si sta ricercando, da se e come il corpo è già stato distribuito, come confermatomi da Marco durante un'intervista: «Il paziente è fondamentale per quando devi fare la visita, quando sei qua all'inizio. Quando torna dallo specialista, in realtà, l'utilità è relativa» (Intervista a Marco, medico di medicina generale, 2024). Questa distribuzione è data tanto da una moltiplicazione delle ontologie e delle loro rappresentazioni, quanto dalla possibilità di riassemblare i corpi ove necessario. La possibilità di riassettaggio è fornita, supportata e resa visibile dai software: grazie alla capacità delle CCE di leggere i diversi valori del sangue nel loro andamento storico è possibile per Lorenzo e Federica cercare un pattern per produrre una diagnosi. Nonostante l'apparato sociotecnico, i due medici non sono in grado di capire cosa stessero facendo di diverso Edoardo e il medico precedente, dunque l'assistito si sottoporrà a una nuova scomposizione, i suoi esami del sangue saranno ripetuti e una nuova corporeità sarà co-costruita. Nel secondo caso invece, l'impossibilità di individuare tramite la CCE la molteplicità ontologica dell'assistita determina l'impossibilità di riordinarne il mondo. I problemi respiratori esperiti dalla signora e tradotti tramite l'anamnesi non trovano conferma negli apparati sociotecnici: si dovrà procedere a interpretarne altri prima di poter riordinare corpo e mondo. La possibilità di scomporre e ricomporre le rappresentazioni e le ontologie dei corpi è assolutamente straordinaria: dagli esami del sangue si proietta un'ombra di Edoardo in ambulatorio, l'esperienza vissuta della signora richiede una scomposizione in grado di parlare da sé, o perlomeno il linguaggio degli apparati sociotecnici, gli stessi che sono stati in grado di reificare l'esperienza di Gioachino, garantendone una presa in carico.

Nell'introdurre queste tecnologie, la variabilità ontologica riflette un rinnovato ruolo della biomedicina stessa nella sua capacità di demistificare del mondo. In questo senso, secondo Nettleton (2002), essa ha messo in atto due movimenti di fuga dal suo ruolo di gestione, monitoraggio e ordinamento dei corpi: il primo sarebbe dovuto alla possibilità di "vedere" questi ultimi tramite le nuove tecnologie – come si evince dalla possibilità di valutare gli esami del sangue, l'artefatto da movimento, o comprendere la discrasia fra l'esperienza vissuta della signora e i suoi esami; il secondo movimento sarebbe invece dato dagli stessi corpi che possono fare a meno di presentarsi nei luoghi di cura per eccellenza, cliniche e ospedali, per applicare una cura del sé grazie alle stesse e diverse tecnologie di cui sopra. Il corpo, in questo modo, diventa «knowable in new ways, with a vast range of personalized measures – blood glucose, body temperature,

breathing rate and cardiac output, among myriad others – accessible any time from virtually everywhere» (MILLINGTON 2016). Non è la scomparsa della corporeità, quanto la linea che divide essa dagli apparati sociotecnici ad assottigliarsi (*ibidem*), rendendo ancora più necessarie indagini qualitative e in profondità delle pratiche che attuano suddetti assottigliamenti. Nel prossimo paragrafo analizzo come le vignette etnografiche presentate possono configurarsi in letteratura come forme di rappresentazione dei corpi molto specifiche. Infatti, i Cbs sottolineano come, data la sempre maggiore capacità di calcolo, ci sia il rischio di esacerbare le disuguaglianze già presenti e rinforzare il potere coercitivo e securitario degli algoritmi (VAN DIJCK 2014; ZUBOFF 2019). Queste forme distopiche di coercizione e controllo sarebbero possibili a partire proprio dall'esistenza delle identità algoritmiche e, nello specifico, dei *data double*.

Data double

Il concetto di *data double* è fortemente legato alla letteratura che si muove dalle teorie securitarie e si lega all'emergente paradigma di sorveglianza che va oltre il panopticon foucaultiano (FOUCAULT 2014) per teorizzare un "*electronic panopticon*" (GORDON 1987 in HAGGERTY, ERICSON 2000) che fa degli apparati sociotecnici alleati fondamentali nel controllo e nella disciplina dei corpi. Il *data double* è teorizzato come il risultato distopico di questa sorveglianza perpetua e onnisciente, ovvero nell'assemblaggio di tutti i dati riguardanti un individuo cosicché se ne possa delineare la persona senza doverla fisicamente avere presente in clinica, in aeroporto, o ovunque il controllo sia necessario (RUCKENSTEIN 2014). In ambulatorio, il *data double* dovrebbe poter essere formato dall'incrocio dei diversi flussi informativi che, se adeguatamente combinati, ricomporrebbero le individualità – nella vignetta precedente, un esempio è dato dagli esami del sangue di Edoardo. L'assemblaggio così pensato opera «by abstracting human bodies from their territorial settings and separating them into a series of discrete flows. These flows are then reassembled into distinct 'data doubles' which can be scrutinized and targeted for intervention» (HAGGERTY, ERICSON 2000: 606).

Haggerty ed Ericson disegnano un *data double* «of pure virtuality» (HAGGERTY, ERICSON 2000: 611), laddove io ritengo che questa scelta semantica rischi di compromettere la nostra concezione di corpi riducendoli, appunto, a entità puramente virtuali. Infatti, pur parlando di un loro

“doppio”, eliminare il corpo dall’analisi non può che far perdere di vista che – nonostante previsioni distopiche – siamo corpi, prima di possederli (RYLKO-BAUER *et al.* 2009). Inoltre, se è vero che, come Lock ha previsto, essi si trovano «*abstracted from real time, actual location, and social space*» (LOCK 1994: 371), non si può affermare che questi ultimi non prendano parte al processo di produzione di conoscenza – per quanto ci si possa riferire in un dato momento solo all’andamento della glicata nel sangue, o agli esami perfettamente nella norma della signora con problemi respiratori. Per questa ragione parlo di generazione sociotecnica delle ontologie variabili: culturalmente prodotte e sociotecnicamente generate laddove gli apparati sociotecnici ne garantiscono la presenza, tuttavia non indipendenti dai corpi stessi. Le identità algoritmiche, ad esempio, fanno del riduzionismo la loro forza, ma la loro ricomposizione difficilmente può avvenire tramite l’utilizzo esclusivo dei flussi poiché, anche se magicamente ricomposti, non restituirebbero una figura indipendente dall’essere corpi, prima di averli. S’è vero che l’attenzione data da Lorenzo e Federica ai valori degli esami del sangue di Edoardo rimanda a un’assenza del corpo nell’ambulatorio, è vero anche che, poco dopo, una signora sarebbe entrata in ambulatorio portando con sé la propria esperienza vissuta, fino a quel momento negata su un piano sociotecnico. Senza queste persone e le loro presenze corporee in centri specializzati e in ambulatorio non ci sarebbe alcun *data double*.

In altre parole, l’attenzione posta da diversi autori al tema della sorveglianza (VAN DIJCK 2014; HAGGERTY, ERICSON 2000; ZUBOFF 2019) e delle identità algoritmiche (CHENEY-LIPPOLD 2011) è fondamentale, ma dimentica le pratiche *enactment* dei corpi, di composizione e scomposizione degli stessi – come se, ottenuta la possibilità di scomporli, questi abbiano cessato di esistere, e solo le loro parti componessero il sociale. Il mio obiettivo è proprio recuperare le pratiche attraverso le quali le corporeità si scompongono e riassemblano, per dimostrarne la centralità anche nell’assenza. Se, infatti, ho parlato delle CCE come *l’absent present* (VAN VOORST, AHLIN 2024) riferendomi a elementi tecnologici che, sebbene invisibili, determinano la produzione di conoscenza, l’osservazione della pratica ambulatoriale dimostra come sia spesso il corpo la presenza invisibile nel momento in cui la variabilità ontologica è generata sociotecnicamente in processi di datificazione. Nella pratica clinica è possibile assistere alla co-costruzione di *data double* ma questi non prescindono dai corpi. Un quadro di analisi che rende la struttura strutturante ma non strutturata – e dunque dimentica il *loop* onto-epistemico con la quale si generano conoscenze – oscura le pratiche di *empowerment* di assistiti e assistite. A partire da ciò, il prossimo paragrafo

affronta questi processi di *empowerment* tramite il concetto del *quantified-self*: un paradigma che fa della possibilità di quantificare le proprie azioni una modalità di culturalmente connotata e sociotecnicamente generata che garantisce agli individui la riappropriazione della pratica del “contarsi” e, dunque, scomporsi. Con questa teoria voglio discutere la dimensione datificata del sé non più solamente “*data poor*” ma attore⁸.

Quantified-self

In questa vignetta etnografica mi trovo in ambulatorio con Federica, abbiamo già iniziato le visite e siamo con una signora con un problema all'anca che comporta una deambulazione particolarmente faticosa. La signora vorrebbe poter eseguire un'operazione chirurgica per recuperare, auspicabilmente, capacità motoria, ma Federica è al momento cauta sul percorso da seguire.

La prima persona che entra è una signora anziana, entra camminando con l'ausilio di un bastone. Federica ha l'abitudine di andare in corridoio ad accogliere i pazienti, e camminare con loro fino al suo studio, in fondo a sinistra. Mentre cammina con la signora, le anticipa della mia presenza: «Signora oggi c'è con me un ragazzo, Matteo, è un ricercatore di antropologia». Federica entra con la signora, si siede e apre la cartella [...]. La signora mi squadra ma non sembra essere infastidita dalla mia presenza. Si siede, e Federica subito: «Come sta? Col camminare la vedo benissimo!». La signora muove un solo angolo della bocca, a formare un sorriso quasi beffardo: «Eh, anche lei me lo dice... in corridoio! Mi vedesse per strada» (Diario di campo, 1 agosto 2023).

Come durante ogni visita, Federica per prima cosa controlla la CCE, cerca tracce datificate dello stato di salute e malattia dell'assistita, trovando risultati che ne certificano la condizione clinicamente non patologica. Tuttavia, la signora interviene subito nella definizione del suo benessere: «Eh, anche lei me lo dice... in corridoio! Mi vedesse per strada». Nel pronunciare la frase, la signora irrompe con la sua esperienza vissuta, rendendo l'ambulatorio il luogo d'eccezione (AGAMBEN 2017) dove si configurano salute e malattia, dove si performat una corporeità che non è quella della vita di tutti i giorni. È nell'espressione «mi vedesse per strada» che sono giocate le identità quotidiane, fuori dall'ambulatorio: è lì che il corpo si relaziona col mondo ed è lì e in quel momento che non è più dato: un buco nel manto stradale, un gradino, una persona che cammina senza guardare davanti a sé, un clacson che suona all'improvviso. È in questa dimensione di relazioni causali e casuali che i corpi si declinano con plasticità, quelli

che non sono più in grado di farlo sperimentano la demartiniana “crisi della presenza” (DE MARTINO, GALLINI 2021) e cercano una ricostruzione della propria variabilità ontologica nella clinica. È nella discrasia tra questi luoghi di cura e il mondo esterno che possiamo notare la variabilità ontologica dei corpi, cioè la coesistenza delle ontologie declinate relazionalmente. In altre parole, assistiti/e entrano in ambulatorio con sintomi, non malati. I corpi possono non essere funzionali ma devono passare al vaglio della critica per eccellenza: la biomedicina. È l'ingresso nei luoghi di cura che etnograficamente li rende sani o meno, come è evidente dal prosieguito della vignetta.

Federica si sta concentrando molto sulla cartella clinica elettronica, guarda attentamente una serie di numeri circa gli esami del sangue appena effettuati, li misura, li pesa, cerca di capire a che genere di corpo i numeri stanno dando vita. La signora, nel mentre, prosegue: «Non faccio più di tremila passi al giorno» [...]. Nel proseguire la visita, Federica controlla la pressione: altri numeri (Diario di campo, 1 agosto 2023).

Non solo, oggi la generazione sociale della sofferenza deve passare più che mai al vaglio dei reami sociotecnici: è tramite questi ultimi che è possibile validare molte delle esperienze di salute e malattia – se non direttamente, tramite l'utilizzo della stessa semantica datificata. In questa vignetta, la forma più interessante dello scambio di dati – o, meglio, di questo *mixage* di ontologie – è la scelta di riportare un dolore inquantificabile in indicatori quantificati: numeri di passi correlati alla patologia. È una scelta – informata dalla sempre più trasversale adozione di nuove tecnologie e dei linguaggi di cui sono composte – che irrompe nella relazione medico-paziente, poiché «In the clinical context, self-tracking can balance or adjust the power dynamics of the doctor-patient relationship by giving rise to forms of therapeutic alliance in which patients and providers are both seen as experts» (NAFUS, NEFF 2016: 140; RUCKENSTEIN, SCHÜLL 2017). Dunque, la relazione non è più solo costituita dalla dualità medico-paziente, né tantomeno dalla verticalità della stessa, bensì dalle relazioni – diacroniche e isotopiche – tra gli attori. L'intervento dell'apparato sociotecnico fa sì che le identità algoritmiche vadano oltre la demartiniana crisi della presenza. Specificatamente, in questa vignetta avviene un'appropriazione e un'adozione delle stesse autorità epistemiche – utilizzate e di cui sono composti gli apparati sociotecnici, dunque relative variabilità ontologiche – che parlano la lingua delle istituzioni e in grado di generare socialmente e tecnicamente la malattia, altrimenti solo individualmente esperita. Si sceglie di

riportare un dolore inquantificabile in indicatori quantificati: numeri di passi, correlati alla patologia, ossia il *quantified-self* (SCHÜLL 2019).

Schüll propone una lettura interessante del processo di auto-quantificazione, una posizione che si oppone alle visioni derivativamente foucaultiane sul potere inteso come disciplinamento dei corpi. Le forme di quantificazione che co-produciamo ogni giorno – geolocalizzazione, social network, *Internet of Things* – consentono una maggiore predittività da parte degli algoritmi delle interazioni sociali (SEEVER 2021), in altre parole rendono prevedibile la società e al tempo stesso aggiungono nuove forme di autodeterminazione (ESPELAND, SAUDER 2007). Ciò garantirebbe alle ultime di essere assoggettate a un potere disciplinare, con conseguenti svolte biopolitiche da parte delle istituzioni. Da un lato, Schüll sottolinea come «*datification decomposes the person*» (2019: 910), dunque con la conseguenza, secondo altri autori, di configurarsi sempre più in «*persons without qualities*» (DAVIS, SCHERZ 2019): individui, soggetti scomposti in dataset e flussi informativi. Dall'altro, Schüll evidenzia che, se analizzato da un punto di vista etnografico, ciò che distingue moderne forme di *self-tracking* dalla tecnologia del sé foucaultiana di sorveglianza è che la prima manca di una caratteristica fondamentale tra quelle descritte dal filosofo francese in *Sorvegliare e Punire*: la dimensione punitiva (FOUCAULT 2014).

Con questa vignetta etnografica il tentativo è pensare la dimensione del *self-tracking* per discutere delle conseguenze di questi processi in ambito ambulatoriale. Nell'esclamazione «non faccio più di tremila passi al giorno», la signora sta consciamente quantificando una parte della sua esperienza vissuta, sta co-costruendo un nuovo modo di esperire il suo corpo associandolo a un dato quantitativo (SMITH, VONTHETHOFF 2017) nella speranza che sia possibile trovare una cornice di senso agli occhi dell'autorità. Per farlo, fornisce a quest'ultima una conoscenza che possa essere ritenuta «*uncontaminated by interpretation*» (PANTZAR, RUCKENSTEIN 2017) – autorità rappresentata nella persona di Federica nel suo ruolo di medica di medicina generale. La richiesta avviene mentre Federica si affida alle ontologie sociotecnicamente generate nella CCE – esami, tabelle, numeri, “dati” – per giungere allo stesso punto: intraprendere un percorso terapeutico valido. Nel momento in cui l'assistita dichiara di non fare più di tremila passi al giorno non sta semplicemente riportando un dato che ha rintracciato su di sé: la decisione di comunicare la sua esperienza vissuta in questa forma si traduce nell'esplicare lì, davanti alla scrivania di Federica, l'esistenza di un nodo gordiano che impedisce il prosieguo di una storia – che, sebbene non configuri una dinamica di per sé “punitiva”, ne condivide la connotazione

bipolitica. Quale forma della corporeità può garantire alla sofferenza della signora l'ingresso nel regime di verità? Il nodo epistemologico è fin troppo stretto per potere essere sciolto, la complessità del mondo non può essere tradotta all'interno dell'ambulatorio, la CCE non fornisce le risposte che Federica cerca, né riporta specifiche variabilità ontologiche tali per cui si possa giustificare al SSN (o alla deontologia professionale) un intervento. Sebbene ciò che si chiede alla medicina oggi è proprio questo: sciogliere il nodo gordiano, fare in modo che si possano fare più di «tremila passi». Laddove, sola, non riesce, assistiti e assistite vengono incontro: contano i passi, i litri d'acqua bevuti, i battiti, misurano la pressione a casa, tutto nel tentativo fornire rappresentazioni dei corpi generabili sociotecnicamente, fornendo una variabilità ontologica valida per gli apparati sociotecnici.

Conclusioni

I CDS contribuiscono largamente al discorso intorno all'utilizzo delle nuove tecnologie in ambito sanitario e, sebbene a livello internazionale sia possibile trovare lavori etnografici a riguardo – come quelli di Schüll (2019, 2006) – nel contesto italiano è più raro. Questo studio ha contribuito a riposizionare l'etnografia all'interno degli ambulatori, guadagnando una *thick description* delle pratiche di cura nonché il punto di vista di professionisti e professioniste. Nello specifico, in un panorama sanitario italiano che insiste alla digitalizzazione più o meno coerente e pianificata delle pratiche di cura (The Lancet 2025), lo studio ha dimostrato l'importanza delle CCE nel guidare queste ultime e nel rappresentare assistiti/e. Nell'osservare l'ambulatorio come un nodo epistemologico dove le conoscenze sono co-prodotte diacronicamente e isotopicamente, sono emerse pratiche agite da una moltitudine di attori a loro volta in grado di scatenare la variabilità ontologica dei corpi. In questo modo, le conoscenze prodotte si nutrono di ontologie molto diverse tra loro che concorrono nel determinare una presa in carico e una cura quanto più coerente e vicina ai bisogni delle persone.

Laddove esami del sangue, TAC, e passi contati rappresentano delle possibilità di moltiplicazione ontologica delle rappresentazioni dei corpi, è dai corpi che esse dipendono. Nelle vignette etnografiche riportate, la necessità di una generazione sociotecnica dell'esperienza di malattia ha fatto sì che si creassero le condizioni per l'emersione di sempre più imperanti identità algoritmiche: non meri costrutti culturali, bensì ontologie variabili nate dai e coi corpi, la cui generazione sociale è avvenuta tramite gli appa-

rati sociotecnici. Al tempo stesso, se i lavori svolti sul *quantified-self* trattano temi fondamentali nel parlare di come ognuno può suddividere e concepirsi secondo valori numerici, questi non esauriscono la portata ontologica del processo di “contarsi”. L’ipotesi dei flussi informativi in termini di *data double* ha rappresentato un punto di partenza utile per comprendere come le diverse ontologie si possono combinare e manifestare, ma è solo portando l’attenzione ai corpi e alle pratiche che si è concretizzata una visione olistica dei processi. In questo panorama, le CCE hanno costituito una modalità culturalmente connotata di esperire i corpi e sono state tra i principali attori in grado di generarli socialmente: l’attuale configurazione della pratica clinica è tale che la generazione sociale di corpo, salute e malattia dipende dalla commistione fra epidemiologia e pratica clinica, quest’ultima fortemente influenzata dall’apparato sociotecnico della CCE – non tanto per gli esiti quanto, appunto, per la possibilità di corpi e malattie di esistere, dunque essere “curati”. La capacità delle CCE di rendere visibile la variabilità ontologica sottolinea l’importanza che ha assunto oggi l’analisi delle identità algoritmiche. Infatti, se la biomedicina – forte degli approcci introdotti anche dall’antropologia – cerca di non scomporre i corpi nelle loro componenti essenziali, oggi sono i software a richiederlo, mentre al contempo garantiscono ai/alle professionisti/e l’autorità epistemica, nonché il funzionamento istituzionale. È in questi processi di datificazione che avviene la generazione sociale e tecnica di corpo, salute e malattia, senza la quale non sarebbe possibile prendersi cura delle persone.

In conclusione, rendere conto delle pratiche e degli attori che garantiscono una co-produzione di conoscenze, una datificazione di queste ultime e, infine, una generazione sociotecnica delle ontologie variabili è fondamentale affinché si possa recuperare una dimensione critica sul discorso intorno a corpo, salute, malattia, e tecnologie. Nell’osservare l’ambulatorio come un nodo epistemologico in grado di moltiplicare all’infinito gli attori che co-producono conoscenza, ho individuato gli apparati sociotecnici come principali responsabili della reificazione dello statuto ontologico dei corpi. Questo passaggio l’ho definito “generazione sociotecnica delle ontologie variabili” perché, sebbene si possa affermare la generazione di queste ultime in ambulatorio, è altresì vero che solo a quelle generate sociotecnicamente, oltre che culturalmente, è garantito uno statuto ontologico valido per gli attori sociali e istituzionali in gioco. In altre parole, è la capacità di generare tecnicamente e socialmente le ontologie che rende le CCE attori imprescindibili. Dunque, mentre i Cds forniscono una lettura strutturale dei corpi, l’antropologia medica, grazie

alla sua metodologia squisitamente etnografica e al suo posizionamento critico, si trova nuovamente in grado di fornire un perno intorno al quale incardinare un ingaggio critico interdisciplinare con le più recenti tecnologie. Tuttavia, senza una rinnovata attenzione alle pratiche di cura, il rischio è una predeterminazione del ruolo dei dispositivi elettronici e, in questa configurazione, dei corpi stessi. Infine, solo attraverso un'analisi onto-epistemica è possibile osservare i ruoli che corpi e apparati sociotecnici assumono vicendevolmente nel co-costruire i primi, così da trovare spazi di dialogo interdisciplinare. In altre parole, se oggi in ambulatorio è necessaria la reificazione da parte del software per attestare una diagnosi e/o un percorso di cura, ignorare i processi e le pratiche che agiscono con e tramite i software stessi vanifica ogni tentativo di comprensione delle corporeità e della sua sempre maggiore variabilità ontologica.

Note

⁽¹⁾ La *Datafied society* è una società che fa affidamento su apparati sociotecnici complessi per il monitoraggio e la gestione della salute e della malattia (DI SALVO, MILAN 2021).

⁽²⁾ Per attori “non-umani” si intendono tutti quegli elementi del campo considerati privi di agency – come, in questo caso, i software – che l’Actor-Network Theory ha indagato ampiamente. Pur non adottandone il vocabolario estremamente complesso, questo paradigma teorico-metodologico fornisce un punto di partenza fondamentale nella ricostruzione degli elementi che “compongono il sociale” (LATOUR 2022).

⁽³⁾ “Dispiegamento” è utilizzato con la connotazione di Latour: «“Dispiegare” significa semplicemente che, nel rapporto che conclude l’indagine, il numero di attori aumenta; [...] il numero di oggetti attivi nella stabilizzazione dei gruppi e delle agency si moltiplica» (LATOUR 2022: 213).

⁽⁴⁾ La medicina di gruppo è una organizzazione di medici di medicina generale che condividono una sede fisica e la segreteria per svolgere la loro attività. Inoltre, la medicina di gruppo consente a tutti/e i/le partecipanti di accedere alle CCE di assistiti/e di colleghi/e.

⁽⁵⁾ L’*International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification* (ICDM-9-CM) è un sistema di classificazione che assegna codici numerici o alfanumerici a diagnosi, interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche, utilizzato per la codifica delle informazioni cliniche nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (MINISTERO DELLA SALUTE 2025).

⁽⁶⁾ A. Mol svolge un’etnografia di sette anni all’interno di un ospedale – anonimizzato come Hospital z – dove la ricercatrice segue tutte le fasi – dalla presa in carico all’anamnesi fino alla chirurgia e alle analisi di laboratorio – di cura della condizione di arteriosclerosi, dimostrando come, per esempio, i tessuti analizzati in laboratorio possiedano una propria ontologia rispetto alle persone da cui sono stati rilevati.

⁽⁷⁾ Gli artefatti da movimento sono offuscamenti di alcune parti o dell'intera TAC dovute a un movimento della persona durante l'esame. Questo movimento: «Comporta l'offuscamento dell'intera immagine da parte di "immagini fantasma"» o, laddove si muova solo una parte: «Comporta invece l'offuscamento nell'immagine di quella porzione dell'oggetto» (HORNAK 1996).

⁽⁸⁾ Secondo Boyd e Crawford, nel panorama attuale di Big Data e Intelligenze Artificiali, esistono delle forti e difficilmente affrontabili dinamiche di potere tra i *data poor*, cioè chi fornisce i dati, e i *data rich*, cioè istituzioni private o pubbliche che li gestiscono (BOYD, CRAWFORD 2012).

Bibliografia

- AGAMBEN G. (2017), *The Omnibus Homo Sacer*, Stanford University Press, Stanford.
- BOYD D., CRAWFORD K. (2012), *Critical Questions for Big Data: Provocations for a Cultural, Technological, and Scholarly Phenomenon*, "Information, Communication & Society", Vol. 15 (5): 662-679.
- BRAUDEL F. (1958), *Histoire et Sciences sociales: La longue durée*, "Annales. Économies, Sociétés, Civilisations", Vol. 13 (4): 725-753.
- BONANNO L. (2025), *Vignettes from Athens: On Drawing, Ethnography, and Being a Bad Anthropologist*, "Anthropology and Humanism", e70055.
- BOURDIEU P. (2016), *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Média Diffusion, Monaco.
- BUSO S. (2015), *What works. Efficacia e quantificazione nelle politiche sociali in trasformazione*, "Rassegna Italiana Sociologia", Vol. 3: 479-502.
- CANALI S. (2016), *Big Data, Epistemology and Causality: Knowledge in and Knowledge Out*, "Big Data & Society", Vol. 3 (2): 1-11.
- CASTELLS M. (2014 [2002]), *La nascita della società in rete*, EGEA Università Bocconi Editore, Milano.
- CHENEY-LIPPOLD J. (2011), *A New Algorithmic Identity: Soft Biopolitics and the Modulation of Control*, "Theory, Culture & Society", Vol. 28 (6): 164-181.
- COULDRY N., YU J. (2018), *Deconstructing Datafication's Brave New World*, "New Media & Society", Vol. 20 (12): 4473-4491.
- CSORDAS T.J. (1990), *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, "Ethos", 18 (1): 44.
- DAVIS J.E., SCHERZ P. (2019), *Persons without Qualities: Algorithms, AI, and the Reshaping of Ourselves*, "Social Research: An International Quarterly", Vol. 86 (4): xxxiii-xxxix.
- DE MARTINO E., GALLINI C. (2021 [1958]), *Morte e Pianto Rituale Nel Mondo Antico: Dal Lamento Funebre Antico al Pianto Di Maria*, Piccola Biblioteca Einaudi, Torino.
- DESROSIÈRES A. (2002 [1998]), *The Politics of Large Numbers: A History of Statistical Reasoning*, Harvard University Press, Cambridge.
- DI SALVO P., MILAN S. (2021), *Four Invisible Enemies in the First Pandemic of a "Datafied Society"*, "openDemocracy", <https://www.opendemocracy.net/en/can-europe-make-it/four-invisible-enemies-in-the-first-pandemic-of-a-datafied-society/> (consultato il 7/05/2025).
- EPELAND W.N., SAUDER M. (2007), *Rankings and Reactivity: How Public Measures Recreate Social Worlds*, in *American Journal of Sociology*, Vol. 113 (1): 1-40.

- EDWARDS P.N. (2003), *Infrastructure and Modernity: Force, Time, and Social Organization in the History of Sociotechnical Systems*, "Technology and Modernity: The Empirical Turn", Vol. 1: 185-226.
- FOUCAULT M. (2014 [1975]), *Sorvegliare e Punire, nascita della prigione*, Giulio Einaudi Editore, Torino.
- FOUCAULT M. (1990 [1976]), *The History of Sexuality: An Introduction*, Vintage Books, New York.
- HAEMMERLE R., PALUDO J., HADDAD T.C., PRITCHETT J.C. (2024), *The Growing Role of Digital Health Tools in the Care of Patients with Cancer: Current Use, Future Opportunities, and Barriers to Effective Implementation*, "Current Oncology Reports", Vol. 26 (6): 593-600.
- HAGGERTY K.D., ERICSON R.V. (2000), *The Surveillant Assemblage*, "The British Journal of Sociology", Vol. 51 (4): 605-622.
- HORNAK J.P. (1996), *The Basics of MRI*, Rochester Institute of Technology, Rochester, NY.
- KITCHIN R. (2014), *Big Data, New Epistemologies and Paradigm Shifts*, "Big Data & Society", Vol. 1 (1): 1-12.
- LATOUR B. (2022 [2005]), *Riassemblare il sociale: Actor-Network Theory*, Meltemi, Milano.
- LEHMANN H. (2017), *The Informatics Stack: A Heuristic Tool for Informatics Teaching*, *Methods of Information*, "Medicine", Vol. 56 (1): e129-e133.
- LIAW S.T., KUZIEWSKY C., SCHREIBER R., JONNAGADDALA J., LIYANAGE H., CHITTALIA A., BAHNIWAL R., HE J.W., RYAN B.L., LIZOTTE D.J., KUEPER J.K., TERRY A.L., DE LUSIGNAN S. (2021), *Primary Care Informatics Response to Covid-19 Pandemic: Adaptation, Progress, and Lessons from Four Countries with High ICT Development*, "Yearbook of Medical Informatics", Vol. 30 (01): 44-55.
- LOCK M. (1994), *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*, University of California Press, Oakland.
- LOCK M., FARQUHAR J. (2007), *Beyond the Body Proper: Reading the Anthropology of Material Life*, Duke University Press, Durham.
- LUPTON D. (2013), *The Digitally Engaged Patient: Self-Monitoring and Self-Care in the Digital Health Era*, "Social Theory & Health", Vol. 11 (3): 256-270.
- MATURO A., MORETTI V., MORI L. (2016), *An Ambiguous Health Education: The Quantified Self and the Medicalization of the Mental Sphere*, "Italian Journal of Sociology and Education", Vol. 8 (10/2016): 248-268.
- MATURO A., SETIFFI F. (2016), *The Gamification of Risk: How Health Apps Foster Self-Confidence and Why This Is Not Enough*, "Health, Risk & Society", Vol. 17 (7-8): 477-494.
- MERLEAU-PONTY M. (2007), *The Phenomenology of Perception*, in *Beyond the Body Proper: Reading the Anthropology of Material Life*, Duke University Press, Durham.
- METCALF J., CRAWFORD K. (2016), *Where Are Human Subjects in Big Data Research? The Emerging Ethics Divide*, "Big Data & Society", Vol. 3 (1): 1-14.
- MILLINGTON B. (2016), *'Quantify the Invisible': Notes Toward a Future of Posture*, "Critical Public Health" Vol. 26 (4): 405-417.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2025), *Ministero della Salute – FAQ SDO*. https://www.salute.gov.it/new/it/faq/faq-schede-di-dimissione-ospedaliera-sdo/?utm_source (consultato il 13/02/2025).
- MOL A. (2002), *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Duke University Press, Durham.
- NAFUS D., NEFF G. (2016), *Self-Tracking*, Mit Press, Cambridge.
- NETTLETON S. (2002), *The Emergence of E-Scaped Medicine?*, "Sociology", Vol. 38: 661-679.

- PAGLIARI C. (2021), *Digital Health And Primary Care: Past, Pandemic and Prospects*, "Journal of Global Health", 11: 1-9.
- PANTZAR M., RUCKENSTEIN M. (2017), *Living the Metrics: Self-Tracking and Situated Objectivity*, "Digital Health", Vol. 3: 1-10.
- PORTER T. M. (1995), *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton University Press, Princeton.
- PRELAJ A., MISKOVIC V., ZANITTI M., TROVO F., GENOVA C., VISCARDI G., REBUZZI S.E., MAZZEO L., PROVENZANO L., KOSTA S., FAVALI M., SPAGNOLETTI A., CASTELO-BRANCO L., DOLEZAL J., PEARSON A.T., LO RUSSO G., PROTO C., GANZINELLI M., GIANI C., AMBROSINI E., TURAJILIC S., AU L., KOOPMAN M., DELALOGUE S., KATHER J. N., DE BRAUD F., GARASSINO M.C., PENTHEROUDAKIS G., SPENCER C., PEDROCCHI A.L.G. (2024), *Artificial Intelligence for Predictive Biomarker Discovery in Immuno-Oncology: A Systematic Review*, "Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology", Vol. 35 (1): 29-65.
- QUARANTA I. (2014), *Antropologia medica e salute globale*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", Vol. 16 (37): 127-146.
- RAFFAETÀ R., AGNELLI S., MARTINI C. (2022), *Post-genomica e post-verità: Un dialogo interdisciplinare*, pp. 221-249, in IENNA G., D'ABRAMO F., BADINO M. (a cura di), *Expertise ed epistemologia politica*, Meltmi, Milano.
- RUCKENSTEIN M. (2014), *Visualized and Interacted Life: Personal Analytics and Engagements with Data Doubles*, "Societies", Vol. 4 (1): 68-84.
- RUCKENSTEIN M., SCHÜLL N.D. (2017), *The Datafication of Health*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 46 (1): 261-278.
- RYLKO-BAUER B., WHITEFORD L., FARMER P. (2009), *Coming to Terms with Global Violence and Health*, pp. 3-16, in RYLKO-BAUER B., WHITEFORD L., FARMER P. (a cura di) *Global Health in Times of Violence*, NM: School for Advanced Research Press, Santa Fe.
- SAYES E. (2014), *Actor–Network Theory and Methodology: Just What Does It Mean to Say That Nonhumans Have Agency?*, "Social Studies of Science", Vol. 44 (1): 134-149.
- SCHEPER-HUGHES N., LOCK M. (1987), *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 1 (1): 6-41.
- SCHLOSSER A.V., NINNEMANN K. (2012), *Introduction to the Special Section: The Anthropology of Psychopharmaceuticals: Cultural and Pharmacological Efficacies in Context*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", Vol. 36 (1): 2-9.
- SCHÜLL N.D. (2019), *The Data-Based Self: Self-Quantification and the Data-Driven (Good) Life*, "Social Research: An International Quarterly", Vol. 86 (4): 909-930.
- SCHÜLL N.D. (2006), *Machines, Medication, Modulation: Circuits Of Dependency And Self-Care In Las Vegas*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Vol. 30 (2): 223-247.
- SHARMA A., HARRINGTON R.A., MCCLELLAN M.B., TURAKHIA M.P., EAPEN Z.J., STEINHUBL S., MAULT J.R., MAJMUDAR M.D., ROESSIG L., CHANDROSS K.J., GREEN E.M., PATEL B., HAMER A., OLGIN J., RUMSFELD J.S., ROE M.T., PETERSON E.D. (2018), *Using Digital Health Technology to Better Generate Evidence and Deliver Evidence-Based Care*, "Journal of the American College of Cardiology", Vol. 71 (23): 2680-2690.
- SEAVER N. (2021), *Everything Lies in a Space: Cultural Data and Spatial Reality*, "Towards an Anthropology of Data", Vol. 27 (S1): 26-43.
- SMITH G.J.D., VONTHETHOFF B. (2017), *Health by Numbers? Exploring the Practice and Experience of Datafied Health*, "Health Sociology Review", Vol. 26 (1): 6-21.

TAYLOR L. (2020), *The Price of Certainty: How the Politics of Pandemic Data Demand an Ethics of Care*, "Big Data & Society", Vol. 7 (2): 205.

The Lancet Regional Health – Europe (2025), *The Italian Health Data System Is Broken*, "The Lancet Regional Health - Europe", 48: 101206.

TURNER V. (2007), *Symbols in Ndembu Ritual*, pp. 69-82, in M. Lock, J. Farquhar (a cura di), *Beyond the Body Proper: Reading the Anthropology of Material Life*, Duke University Press, Durham.

VAN DIJK J. (2014), *Datafication, Dataism and Dataveillance: Big Data between Scientific Paradigm and Ideology*, "Surveillance & Society", Vol. 12 (2): 197-208.

VAN DIJK J. (1999), *The One-Dimensional Network Society of Manuel Castells*, "New Media Society", Vol. 1: 127-138.

VAN VOORST R., AHLIN T. (2024), *Key Points for an Ethnography of AI: An Approach Towards Crucial Data*, "Humanities and Social Sciences Communications", Vol. 11 (1): 337.

WALTON S. (2021), *Digital Health 'from above' and 'below': Cases from Italy*, Anthropology of Smartphones and Smart Ageing Blog.

WHO (2020), *Global Strategy on Digital Health 2020-2025*, World Health Organization, Geneva.

ZUBOFF S. (2019), *The Age of Surveillance Capitalism: The Fight for a Human Future at the New Frontier of Power*, PublicAffairs, New York.

Scheda sull'Autore

Matteo Valoncini è nato a Bergamo nel 1993. Ha conseguito la laurea triennale in Lettere moderne presso l'Università degli Studi di Milano e la laurea magistrale in Antropologia culturale ed etnologia presso l'Università di Bologna. Presso il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (Csi) ha partecipato al progetto di ricerca-azione *L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna*. Ha successivamente ottenuto un dottorato di ricerca presso l'Università di Bologna con uno studio sulla digitalizzazione delle cure primarie, svolto all'interno del Dipartimento di Storie, Culture e Politiche del Globale.

Riassunto

Corpi, digitalizzazione e datificazione: la generazione sociotecnica delle ontologie variabili

L'articolo analizza come corpi, salute e malattia emergano da configurazioni socio-tecniche, intrecciando pratiche, tecnologie e conoscenze. L'articolo evidenzia come tali rappresentazioni producano nuove forme di soggettività, in particolare le identità algoritmiche. Dialogando con i Critical Data Studies e il concetto di variabilità ontologica di Mol, l'articolo cerca un rinnovato ingaggio dell'antropologia medica con lo studio di corpi, salute e malattia che consideri la generazione non solo culturale e sociale, ma anche sociotecnica di questi ultimi.

Parole chiave: digitalizzazione, cure primarie, cartelle cliniche elettroniche, identità algoritmiche

Resumen

Cuerpos, digitalización y datificación: la generación sociotécnica de ontologías variables

El artículo analiza cómo los cuerpos, la salud y la enfermedad emergen de configuraciones sociotécnicas que entrelazan prácticas, tecnologías y saberes. Se muestra cómo estas representaciones generan nuevas formas de subjetividad, en particular identidades algorítmicas. Dialogando con los Critical Data Studies y el concepto de variabilidad ontológica de A. Mol, el texto propone una renovación del compromiso de la antropología médica con el estudio del cuerpo, la salud y la enfermedad que considérez la génération non seulement culturelle et sociale, mais aussi socio-technique de ces derniers.

Palabras clave: digitalización, atención primaria, historias clínicas electrónicas, identidades algorítmicas

Résumé

Corps, numérisation et datification: la génération sociotechnique des ontologies variables

L'article examine comment le corps, la santé et la maladie émergent de configurations sociotechniques mêlant pratiques, technologies et savoirs. Il met en lumière la manière dont ces représentations produisent de nouvelles formes de subjectivité, notamment les identités algorithmiques. En dialogue avec les Critical Data Studies et le concept de variabilité ontologique d'A. Mol, l'article appelle à un renouveau de l'engagement de l'anthropologie médicale dans l'étude du corps, de la santé et de la maladie que considère la generación non solo cultural y social, sino también sociotécnica de estos últimos.

Mots-clés: digitalisation, soins primaires, dossiers médicaux électroniques, identités algorithmiques

