

SEZIONE MONOGRAFICA
Il contributo dell'antropologia
alla riconfigurazione delle pratiche mediche

Introduzione

Il contributo dell'antropologia alla riconfigurazione delle pratiche mediche¹

ERICA EUGENI

Società Italiana di Antropologia Medica

ALESSANDRO LUPO

Sapienza Università di Roma

Premessa

A distanza di cinque anni, L'Uomo torna a ospitare una sezione monografica di tema antropologico-medico che raccoglie alcuni dei saggi scaturiti rielaborando le relazioni presentate al Convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica², svoltosi il 14-16 giugno 2018 a Perugia, con l'intento di rendere omaggio nella sua sede universitaria al fondatore e presidente della SIAM, Tullio Seppilli, scomparso a 89 anni nell'agosto del 2017. Era questo il secondo convegno nazionale dell'associazione, intitolato «*Un'antropologia per capire, per agire, per impegnarsi*». *La lezione di Tullio Seppilli*, riprendendo un passaggio della sua testimonianza autobiografica pubblicata su L'Uomo nel 2014, con l'intenzione di sottolineare l'antico e mai sopito intento di mettere il sapere scientifico al servizio della società per contribuire a risolverne i problemi e cancellarne le ingiustizie (Seppilli 2014: 74). Certamente anche in ragione del desiderio di testimoniare la stima e l'affetto per il proprio padre fondatore, la comunità degli antropologi medici (non solo italiani) ha aderito con entusiasmo all'iniziativa, affollando per i tre giorni del convegno le sale ove si sono tenute oltre novanta relazioni, distribuite su otto sezioni tematiche (a loro volta con articolazioni interne): Teorie e metodi della ricerca; Usi sociali dell'antropologia; Cittadinanza, corpo e Stato; Agency, soggettività e

¹ Benché concepita congiuntamente, questa introduzione è da attribuire ad Alessandro Lupo per il primo e il terzo paragrafo e a Erica Eugeni per il secondo.

² Il fascicolo n. 1 del 2014 raccoglieva alcuni articoli scaturiti dal I Convegno nazionale della SIAM, tenutosi a Roma nel 2013 (Schirripa & Eugeni 2014).

violenza; Il contributo dell'antropologia alla riconfigurazione delle pratiche mediche; Salute sessuale e riproduttiva; Salute, ambiente e rischio.

Non essendo realistico – come già per il I Convegno del 2013 – pensare di destinare alla sola rivista organo della SIAM la pubblicazione di una pur drastica selezione dei numerosissimi interventi, si è optato per una distribuzione su più testate, grazie all'ospitalità eccezionalmente offerta da gran parte delle riviste di ambito DEA italiane. Questo primo fascicolo del 2019 de L'Uomo si trova dunque ad accogliere alcuni degli articoli elaborati a partire dalle relazioni presentate nella sezione su *Il contributo dell'antropologia alla riconfigurazione delle pratiche mediche*, che nella loro ampia diversità tematica forniscono una rappresentativa panoramica dei settori delle istituzioni sanitarie cui l'antropologia può offrire il proprio apporto conoscitivo e analitico. Altri articoli, che i tempi editoriali non hanno permesso di includere in questo fascicolo, appariranno verosimilmente nei prossimi.

Antropologia medica e istituzioni sanitarie

Negli ultimi anni il contributo dei saperi antropologici all'ambito sanitario, nel contesto delle istituzioni preposte alla promozione e alla tutela della salute, si è fatto viepiù consistente, anche in Italia. Tale contributo si apprezza particolarmente – ma in maniera sempre meno esclusiva – rispetto all'utenza straniera, dal momento che i fattori culturali vengono percepiti come un potenziale ostacolo nella realizzazione di programmi di salute pubblica e di educazione sanitaria, e nell'interazione medico-paziente.

Le esperienze di collaborazione degli antropologi con i servizi socio-sanitari e i professionisti della salute trovano spazio tanto in ambito clinico, quanto, più in generale, nella sanità pubblica intesa come quel campo disciplinare che include tutte le attività volte alla tutela della salute individuale e collettiva, esercitate dagli enti del servizio sanitario nazionale, anche in sinergia con il privato sociale.

Dal punto di vista dell'operatività, con riferimento all'ambito clinico l'antropologia offre un valido contributo alla messa in prospettiva della malattia per come viene intesa in ambito biomedico. Se la biomedicina, infatti, costruisce e veicola un'immagine della patologia in quanto *disease*, ossia disturbo eminentemente legato alla sfera organica e riconducibile all'interno di specifiche categorie nosologiche, la ricerca antropologica contribuisce a scardinare questa visione riduttivamente organicista attraverso

la presa in considerazione anche di *illness* e *sickness* (Young 1982); e dunque, recuperando la malattia alla dimensione soggettiva e socio-culturale, procede verso una comprensione più ampia delle condizioni generalmente considerate come patologiche, che tenga conto del carattere stratificato di contesto ed esperienza (Massé 2001). In questo senso, nell'ambito del *setting* clinico (anche con riferimento alla partecipazione ad *équipe* multidisciplinari), lo sguardo antropologico permette di restituire complessità alle rappresentazioni degli specialisti della salute, arginando il rischio di arbitrarie semplificazioni e facili riduzionismi culturali. Inoltre, inserendosi nei curricula formativi di professionisti e operatori sanitari, esso concorre a sostenere lo sviluppo di una maggiore sensibilità relativamente agli aspetti comunicativi, psico-affettivi e socio-culturali nella relazione con i pazienti, a sviluppare un approccio alla presa in carico che integri le competenze tecniche con le capacità relazionali e, in definitiva, a promuovere quella che viene definita "umanizzazione" delle cure (Lupo 2014).

Nell'ambito della sanità pubblica, come rilevava Didier Fassin (1994), l'apporto specifico di una figura come quella dell'antropologo è rappresentato da una certa sensibilità nei riguardi del mondo sociale e dalla capacità di mettere in campo degli strumenti di comprensione della società. L'attenzione e la sensibilità per il punto di vista degli attori e per i contesti di una prospettiva che si pone ai margini, attenta agli equilibri e alle dinamiche, con uno sguardo rivolto al proprio posizionamento, a quello dell'ente e ai valori che soggiacciono ai programmi di sanità pubblica, permettono all'antropologo di fare da mediatore tra più figure o gruppi, attraverso un lavoro di ascolto e traduzione (Fassin 1994). Con riferimento all'implementazione di piani o attività, il contributo si può apprezzare tanto a livello della comprensione dei bisogni dei beneficiari e dell'utenza, quanto rispetto al disegno e alla valutazione degli interventi (Hahn & Inhorn 2009). L'emergente scienza dell'implementazione, in particolare, promuove il ricorso alle discipline antropologiche per colmare il divario tra i risultati delle ricerche epidemiologiche e il loro trasferimento nella pratica (Rhodes & Lancaster 2019; Baglio & Eugeni 2019). Questo approccio valuta l'analisi approfondita dei contesti di intervento e dei processi che le attività implementate mettono in moto presso i gruppi *target* come imprescindibile al fine di realizzare azioni efficaci e in vista della programmazione di iniziative future. Lo sviluppo di ricerche che includano una permanenza all'interno dei gruppi coinvolti negli interventi e la realizzazione di interviste di profondità, infatti, permette, se attuato in

fase di pianificazione delle attività, di favorire una concreta partecipazione dei beneficiari e realizzare azioni rispondenti ai bisogni “reali” percepiti dalle comunità, portando il punto di vista dei gruppi *target* all’interno dei piani (Bibeau 1997). In fase realizzativa e a valle degli interventi, rende possibile analizzare l’impatto di programmi e piani sulla vita quotidiana dei soggetti beneficiari, monitorando come questi ultimi valutino, recepiscano ed eventualmente risignifichino quanto è stato fatto alla luce dei valori attribuiti, e le dinamiche a cui le attività “sitate” danno luogo. Tale valutazione consente di pianificare, se necessario e nei limiti del possibile, un’eventuale rimodulazione degli interventi anche in corso d’opera e/o di calibrare attività future. Sebbene, inoltre, di rado le ricerche commissionate dalle istituzioni sanitarie siano volte alla conoscenza degli enti stessi e dei valori e dei presupposti culturali che soggiacciono alle attività (si vedano, a tale proposito, Eugeni 2013, 2014), le indagini focalizzate sui beneficiari possono consentire contestualmente di guardare agli interventi dal punto di vista dei soggetti direttamente chiamati a metterli in atto, e di fare emergere e valorizzare il punto di vista degli operatori e le buone prassi. In questo senso, ricomponendo la frattura tra un’antropologia *nella* sanità pubblica e un’antropologia *della* sanità pubblica (Parker & Harper 2006), la disciplina può fornire informazioni utili a sostenere un cambiamento organizzativo, e favorire una riflessione sulle stesse istituzioni sanitarie e sui presupposti epistemologici degli interventi.

Un ulteriore contributo dell’antropologia è offerto dall’approccio qualitativo alla raccolta dei dati (Campbell 2010; Trostle & Sommerfeld 1996). Nel campo della ricerca in sanità pubblica, in particolare, si può ricorrere all’antropologo nell’ottica di una triangolazione di metodi e approcci di indagine. Sebbene, infatti, la maggior parte delle ricerche realizzate in questo ambito si avvalga di metodi quantitativi che garantiscono una conoscenza ampia e quantificabile di un fenomeno, l’utilizzo combinato delle tecniche può fornire un valido contributo ad una comprensione più approfondita e completa delle dinamiche in atto: gli strumenti e le tecniche dell’indagine qualitativa possono rivelarsi estremamente utili per mettere a punto questionari per indagini quantitative o interpretare/integrare aspetti emersi nell’ambito di ricerche epidemiologiche (Forcella & Eugeni 2015).

Nonostante le potenzialità di questi apporti della disciplina, permangono resistenze e nodi critici rispetto alla collaborazione con le istituzioni e i professionisti della salute sui quali sarebbe opportuno avviare una riflessione ponderata, mettendo a sistema le esperienze di quanti hanno

sperimentato competenze e metodi nei servizi; senza dimenticare il punto di vista di quegli operatori socio-sanitari, clinici e scienziati di sanità pubblica che, particolarmente sensibili a un approccio integrato e disponibili alla contaminazione dei saperi e al confronto, possono contribuire in maniera feconda al dibattito. In prima battuta, appare comunque possibile individuare alcune criticità emergenti dalle esperienze sin qui maturate, a partire proprio dalla percezione dei metodi qualitativi che continuano ad essere intesi da molti scienziati della sanità pubblica come eccessivamente basati sulla soggettività e dunque incapaci di restituire una rappresentazione esaustiva e attendibile di un fenomeno. Anche nei casi in cui la ricerca qualitativa è utilizzata, inoltre, se ne rileva spesso un utilizzo aneddotico o comunque ancillare rispetto agli approcci quantitativi. D'altra parte, si registra anche una certa diffidenza da parte degli antropologi nei riguardi della ricerca epidemiologica, giudicata spesso inadeguata a cogliere la complessità di dinamiche e processi.

Un ulteriore limite ravvisabile nelle collaborazioni che coinvolgono antropologi per la realizzazione di attività di ricerca riguarda i tempi, i linguaggi e le modalità di restituzioni dei materiali prodotti. La durata solitamente lunga delle indagini etnografiche, infatti, mal si concilia con il carattere emergenziale e l'esigenza di risultati a brevissimo termine di molti programmi di salute attualmente realizzati (Pizza & Ravenda 2016). Inoltre, relativamente alla restituzione degli esiti delle ricerche alle istituzioni e/o alle organizzazioni committenti, i termini e i concetti utilizzati risultano spesso poco comprensibili per i professionisti della salute, anche a causa di una certa reticenza da parte degli antropologi a esplicitare i propri concetti e a ridiscutere alcuni aspetti delle proprie metodologie in ragione del timore di comprometersi eccessivamente col paradigma epidemiologico proprio della sanità pubblica e, più in generale, con quello biomedico. Mentre i rapporti lunghi e descrittivi attraverso i quali sono di norma presentati i contributi e le riflessioni provenienti dalle indagini etnografiche sono difficilmente comprensibili per operatori avvezzi ad altre modalità di restituzione, e rischiano di restare lettera morta e privi di concrete potenzialità operative. Esiste, dunque, la necessità di adattare non solo i tempi, ma anche i linguaggi alle esigenze dei programmi e degli interlocutori, individuando modalità meno narrative di presentazione dei risultati che rendano quanto prodotto accessibile in maniera chiara, sintetica e immediata, e propongano indicazioni puntuali, pur senza ridurre, per quanto possibile, la complessità dei fenomeni analizzati, né risolvendosi in soluzioni *prêt-à-porter*.

Un ulteriore e serio limite per gli antropologi che lavorano all'interno dei servizi e delle istituzioni pubbliche è senza dubbio il fatto che i materiali prodotti nell'ambito delle ricerche, frutto di un coinvolgimento intenso del ricercatore – in quanto egli stesso primo e principale strumento dell'indagine –, il più delle volte non possono essere gestiti in autonomia. Talora il ricercatore si trova anche di fronte alla richiesta di rinunciare a tutti i materiali elaborati nell'ambito delle indagini in favore dell'ente e/o dell'azienda sanitaria che finanzia il progetto, perdendo, in questo modo, completamente il controllo su quanto prodotto, tanto nei termini delle interpretazioni ricavate dalle informazioni raccolte quanto rispetto agli usi che ne vengono successivamente fatti, e riducendosi a mero raccoglitore di dati.

Senza contare poi che, anche a fronte di esempi di collaborazioni efficaci, non sempre i risultati proposti a valle delle indagini realizzate possono trovare concreta attuazione nel contesto dei servizi e dei programmi, poiché talora questo richiederebbe dei cambiamenti profondi delle pratiche attuate che possono non essere conciliabili con le esigenze di tipo organizzativo-gestionale o con le logiche di ordine economico e politico che sempre più orientano gli interventi. In molti casi, inoltre, le criticità evidenziate rimandano a condizioni materiali di esistenza che non sono fronteggiabili con i soli strumenti della sanità pubblica se non in forme emergenziali e tampone, prive di effetti sul lungo periodo. Tali questioni meriterebbero piuttosto un approccio sistemico, in grado di tener conto delle condizioni socio-economiche e delle dinamiche socialmente prodotte, che si può realizzare esclusivamente attraverso un passaggio da politiche sanitarie settoriali a politiche per la salute intersettoriali (Giarelli 2003) e mediante raccordi con ambiti diversi da quello sanitario, non sempre facilmente attuabili.

Sullo sfondo, resta infine la questione del mancato riconoscimento dell'antropologo tra le professioni sociosanitarie e della difficoltà di disporre in pianta stabile da parte degli enti del servizio sanitario nazionale. Nonostante, infatti, il moltiplicarsi delle esperienze, la presenza degli antropologi all'interno di istituzioni pubbliche e in programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie resta ancora episodica e spesso legata a incontri fortuiti e fortunati. Le collaborazioni avvengono generalmente all'interno di specifiche progettualità che si sviluppano per brevi periodi di tempo e a fronte di finanziamenti limitati, mentre molte delle esperienze di ricerca e, in generale, dei contributi documentati all'interno delle aziende sono realizzati da professionisti con inquadramenti diversi

(ad esempio di tipo amministrativo o sanitario) e una formazione ulteriore di ambito etno-antropologico. In definitiva, come rilevato anche per settori diversi da quello strettamente sanitario (Altin & Sanò 2017), sebbene in molti casi si tratti di figure con alta formazione e grande motivazione personale, gli antropologi risentono di una limitata stabilità contrattuale e di una scarsa definizione del proprio ruolo.

Esperienze, problemi e prospettive

La lettura dei contributi raccolti nella presente sezione monografica ci sembra mostri con chiarezza, attraverso la sintetica presentazione di alcuni significativi esempi, tanto la presenza e la portata delle criticità fin qui illustrate quanto la varietà e la produttività delle diverse forme di collaborazione tra antropologi e istituzioni preposte alla tutela della salute. A distanza di oltre trent'anni dalla fondazione della Società italiana di antropologia medica (nel 1988) e di un sessantennio dai primi passi mossi in tal senso da Tullio Seppilli in Umbria³, tali collaborazioni annoverano ormai un considerevole numero di esperienze, distribuite sia su gran parte del territorio nazionale sia in non pochi contesti extraeuropei, con esiti decisamente incoraggianti⁴.

Negli articoli che seguono emerge con evidenza sia la necessaria disponibilità dei ricercatori a fare realisticamente i conti con le esigenze degli enti con cui si sono trovati a interagire, senza per questo rinunciare ai presupposti epistemologici e agli ancoraggi metodologici dell'antropologia, sia la loro capacità di costruire con i propri interlocutori istituzionali dei percorsi d'indagine e delle proposte operative flessibili e originali, dalle apprezzabili potenzialità conoscitive e innovative. Il che è stato possibile grazie a una non facile negoziazione, resa efficace dalla qualità delle evidenze etnografiche e dalla forza argomentativa che se ne è saputa ricavare. Dai diversi casi affrontati risulta chiaro come le probabilità che l'antropologo ha di venire ascoltato e di incidere in qualche misura sulle prospettive, gli atteggiamenti e le azioni dei soggetti con cui interagisce e collabora variano

³ Si vedano, in proposito, Seppilli (1954, 1959, 1960).

⁴ Per una rappresentativa panoramica su tali ricerche, si rinvia alla collana della SIAM *Biblioteca di Antropologia Medica*, edita da Argo, e soprattutto ai 43 volumi fin qui usciti di *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica*, che oltre agli articoli contengono recensioni, schede di lettura e ampi repertori.

in ragione di quanto rigidamente strutturata e gerarchica è l'istituzione cui questi appartengono, del grado in cui le procedure che ne orientano l'azione sono regolate da norme difficilmente eludibili, oltre che del margine di manovra concesso ai diversi attori presenti sulla scena. Eppure, quand'anche al prezzo di compromessi (quasi sempre sui tempi d'indagine, ma anche su aspetti metodologici), di rinunce e faticose contrattazioni, la potenzialità esplicativa dello strumentario antropologico non manca di dare i suoi frutti. Esso infatti può innanzitutto contribuire a mostrare quanto spesso gli specialismi disciplinari dei diversi operatori limitino la percezione della complessità dei fenomeni, dandone una conoscenza riduzionistica e per ciò stesso limitando la capacità di incidere efficacemente sulla realtà. In questo senso, operare in contatto con le istituzioni sanitarie pone costantemente in evidenza la distanza epistemologica tra l'impronta umanistica del sapere antropologico – profondamente legato all'attenta considerazione dei variabili contesti e alla minuziosa analisi dei significati –, e la predilezione che le scienze sperimentali, la bio-medicina e i saperi solitamente utilizzati dalle amministrazioni mostrano per le concrete evidenze quantitative e le sistematizzazioni generalizzanti. Più in particolare, poi, l'antropologia mostra di saper contribuire a individuare strategie di condotta e orientare scelte operative meglio commisurate ai contesti applicativi e alle finalità perseguite dalle istituzioni cui offre la propria consulenza e collaborazione. E in diversi dei casi qui presentati essa porta efficacemente alla luce come – anche in situazioni fortemente condizionate da norme, vincoli procedurali e protocolli esecutivi – gli attori finiscono sempre per individuare, creare e utilizzare spazi di manovra in cui esercitare creativamente la propria agentività, perseguendo obiettivi e producendo esiti inizialmente non previsti.

I cinque casi presentati negli articoli che seguono riguardano prevalentemente contesti “domestici” (in Piemonte, Toscana, Umbria e Campania) familiari all'antropologia medica “at home” (Seppilli 2001), oltre a un esempio africano (in Etiopia), e tutti testimoniano lo spessore conoscitivo (e la problematicità) dell'apporto che lo sguardo antropologico può dare, nonché i concreti esiti operativi che ne possono scaturire, una volta che i referenti istituzionali condividano la sostanza delle analisi proposte. Le questioni affrontate sono rappresentative di un ampio spettro tematico: l'accoglienza e l'assistenza offerta a pazienti migranti all'interno di strutture ospedaliere torinesi (Pettirino); l'individuazione delle possibili cause della recente sensibile riduzione del consenso alla donazione di organi da

parte dei familiari di pazienti deceduti in ospedali toscani (Di Pasquale); la crescente medicalizzazione delle difficoltà di apprendimento rilevate tra gli alunni delle scuole umbre a seguito di recenti innovazioni legislative, con le relative conseguenze sul piano sociale, in termini di tutela ma anche di conflitto (Flamini e Pellicciari); il ruolo che l'insegnamento dell'antropologia può avere nei percorsi formativi degli infermieri, con l'implicazione della loro dimensione emozionale e corporea nel corso di brevi esperienze "etnografiche" in un reparto ospedaliero pediatrico in Campania (Zito); la tutela della salute riproduttiva e materna della popolazione femminile in Tigray, in un contesto di crescente medicalizzazione del parto ove un ruolo significativo è tuttavia ancora svolto dalle figure delle levatrici tradizionali (De Silva *et al.*).

Pur con le già ricordate difficoltà metodologiche, le protagoniste e i protagonisti di queste ricerche mostrano di non avere rinunciato ai presupposti epistemologici e all'armamentario teorico dell'antropologia, sforzandosi di adeguare sia il linguaggio che le forme di presentazione degli esiti delle indagini ai registri e alle esigenze dei propri interlocutori e committenti. Prevedibilmente, da quanto qui presentato emergono le difficoltà del personale di formazione medica e infermieristica a considerare il proprio sapere e le proprie prassi come culturalmente e storicamente determinati e dunque a farsi una ragione della loro non universale e scontata condivisione e accettazione: ciò è evidente sia nel caso della discutibile patologizzazione di disturbi dell'apprendimento che – specie per bambini di origine non italiana – non è certo facile agli operatori distinguere da banali difficoltà di ambientamento e impacci con la lingua italiana (Flamini e Pellicciari); sia in quello, assai più drammatico e controverso, della definizione della morte cerebrale e della statuizione normativa della universale condizione di donatori potenziali, che rivela difficoltà di accettazione perfino all'interno dell'ambiente medico-sanitario (Di Pasquale). Analogamente, è tutt'altro che facile far accettare agli operatori delle strutture sanitarie l'approccio olistico alla salute e alla malattia adottato dall'antropologia e, soprattutto, dai pazienti e dai loro familiari, per il quale quello fortemente organicista della biomedicina risulta non soltanto riduzionista, ma anche sovente incapace di fornire il tipo di presa in carico attento alle esigenze della persona e dell'*entourage* sociale che costituisce l'essenza del *to care* (Cozzi & Nigris 1996; Lupo 2012). È proprio grazie alla capacità di situare le patologie dei pazienti all'interno delle loro idiosincratice concezioni e dei contesti concreti in cui sono costretti a vivere e combattere la malattia, che è stato possibile mostrare la produttivi-

tà dell'impiego di uno strumento innovativo come la "cartella etnografica" (Pettirino): per mezzo di essa i modelli culturali dei pazienti immigrati, i loro criteri assiologici e le loro concrete strategie di integrazione mostrano talora tutta l'articolata gamma di implicazioni (psicologiche, relazionali e sociali, economiche e politiche) che accompagnano la loro condizione di ammalati. Non diversamente, può bastare una sia pur brevissima indagine sul campo per portare alla luce le lacerazioni del tessuto sociale e le difficoltà di ordine logistico ed economico causate nella popolazione dalle politiche di repressione dei saperi medici tradizionali e di ospedalizzazione del parto che vengono attuate in Etiopia (De Silva *et al.*). Senza voler ovviamente mettere in discussione la necessità che gli interventi ospedalieri sui piccoli pazienti perseguano prioritariamente la risoluzione dei loro problemi organici, l'originale modalità didattica sperimentata nell'Ateneo napoletano (Zito) ha fatto in modo che gli studenti di infermieristica verificassero in modi difficili da dimenticare quanto anche per i bambini – la cui breve parabola esistenziale non gli ha ancora fornito una piena e sperimentata consapevolezza della propria corporeità e gli strumenti espressivi per rappresentarla esaustivamente – la malattia sia una condizione profondamente investita di significati e la sua terapia, non meno che con gli adulti, attraverso campi di forze e interessi relazioni di potere.

Quel che soprattutto ci pare interessante è il fatto che l'apertura delle istituzioni al contributo dell'antropologia ha permesso di arricchire considerevolmente la comprensione delle realtà indagate e di mostrare come – a dispetto della forza cogente di norme e modelli uniformanti imposti dall'alto –, in ogni contesto i diversi soggetti operanti finiscano per sapersi ritagliare margini di libertà, iniziativa e creatività commisurati ai contesti, siano essi le levatrici tradizionali e le gestanti tigrine, le madri e le insegnanti dei bambini con disturbi di apprendimento in Umbria, gli operatori torinesi intenti nell'assistenza dei migranti extracomunitari, gli infermieri dei pazienti pediatrici campani o il personale incaricato di promuovere e monitorare la donazione di organi in Toscana. A riprova che una impostazione degli interventi eccessivamente standardizzata e rigidamente uniforme rischia di risultare mal calibrata e dispersiva, oltre a compromettere la propria efficacia.

In conclusione, dall'esame di questi saggi come di molte altre relazioni presentate al II Convegno nazionale della SIAM, ci sembra di poter considerare in via di definitivo superamento la lunga fase di iniziazione e apprendistato – per usare due metafore etnologiche –, in cui svariati fattori

hanno contribuito a giustificare la scarsissima presenza di antropologi organicamente strutturati all'interno delle istituzioni sanitarie italiane: tra gli altri, la tendenza dei corsi universitari a fornire una formazione accademica in cui si privilegino le conoscenze teorico-analitiche sulle competenze pratiche e i loro risvolti applicativi, così come l'intrinseca propensione critica della disciplina, assai più efficace nel disvelamento della complessità dei fenomeni osservati, nella decostruzione delle retoriche vigenti, nel disvelamento degli interessi soggiacenti alle pratiche sociali e nella denuncia delle cause strutturali della morbilità e delle inefficienze delle istituzioni, che non nella proposta di soluzioni efficaci e di rapida e concreta realizzazione.

Adesso che quella di antropologo non si configura più soltanto come una qualifica nei ranghi accademici, ma come una professione pienamente capace di fornire il proprio contributo al riorientamento e alla riconfigurazione delle pratiche mediche, riteniamo che i tempi siano maturi per forme sempre più intense e strutturate di collaborazione, così come per un ben calibrato e organico reclutamento degli antropologi all'interno delle istituzioni (Lupo & Palagiano 2015).

Bibliografia

- Altin, R. & G. Sanò 2017. Richiedenti asilo e sapere antropologico. Una introduzione. *Antropologia pubblica*, 3, 1: 7-34.
- Baglio, G. & E. Eugeni 2019. Evidenze: dal dire al fare. *Salute internazionale*. <<https://www.saluteinternazionale.info/2019/11/evidenze-dal-dire-al-fare/>>, [18/12/2019].
- Bibeau, G. 1997. At Work in the Fields of Public Health: The Abuse of Rationality. *Medical Anthropology Quarterly* 11, 2: 246-252.
- Campbell, D. 2010. Anthropology's Contribution to Public Health Policy Development. *McGill Journal of Medicine*, 13, 1: 76-83.
- Cozzi, D. & D. Nigris 1996. *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*. Paderno Dugnano (MI): Colibri.
- Eugeni E. 2013. Dalla riproduzione alla manipolazione dello Stato: gli "usi" del capitale sociale nel welfare che cambia. Il caso dell'assistenza domiciliare sociale, *AM Rivista della società italiana di antropologia medica*, 35-36: 225-245.
- Eugeni E. 2014. Culture in sanità. Politiche e pratiche dell'accesso e della presa in carico in un Distretto sanitario romano. *AM Rivista della società italiana di antropologia medica*, 38: 537-554.
- Fassin, D. 1994. L'anthropologie et la santé publique, in *Anthropologie, santé, maladie: autour d'études de cas*, eds. J. Benoist, O. Sturzenegger & A. Desclaux. Toulouse: AMADES. <https://f-origin.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/11/files/2008/09/fassin.pdf>, 18/12/2019.

- Forcella, E. & E. Eugeni 2015. Gli studi qualitativi, in *Manuale critico di sanità pubblica*, a cura di F. Calamo-Specchia, pp. 552-557. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli.
- Giarelli, G. 2003. *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Hahn, R. A. & M. C. Inhorn (eds) 2009. *Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture and Society*. New York: Oxford University Press.
- Lupo, A. 2012. Corpo, salute e malattia: tra plasmazione culturale e riconoscimento sociale, in *Prendersi cura: la relazione terapeutica medico-paziente. Manuale di Metodologia clinica e Scienze Umane I*, a cura di M. Caporale, P. Falaschi & G. Familiari, pp. 73-91. Roma: UniversItalia.
- Lupo, A. 2014. Antropologia medica e umanizzazione delle cure. *AM Rivista della società italiana di antropologia medica*, 37: 105-126.
- Lupo, A. & C. Palagiano 2015. Antropologi medici e geografi medici: le figure mancanti, in *Manuale critico di sanità pubblica*, a cura di F. Calamo Specchia, pp. 509-514. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli.
- Massé, R. 2001. Contributions and challenges of Medical Anthropology to Anthropology. Integration of multiple dimensions of social suffering and medicalization of Medical Anthropology. *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 11-12: 41-60.
- Parker, M. & I. Harper 2006. The anthropology of public health. *Journal of Biosocial Science*, 38: 1-5.
- Pizza, G. & A. Ravenda 2016. Esperienza dell'attesa e retoriche del tempo. *Antropologia Pubblica*, 2, 1: 29-46.
- Rhodes, T. & K. Lancaster 2019. Evidence-making interventions in health: a conceptual framing. *Social Science & Medicine*, 238, 112488.
- Schirripa, P. & E. Eugeni 2014. Introduzione. Antropologia medica, genere, sviluppo e politiche. *L'Uomo. Società Tradizione Sviluppo*, 4, 1: 13-21.
- Seppilli T. 1954. Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia, in *Atti della XLV Riunione (Napoli, 16-20 ottobre 1954)*, a cura di Società Italiana per il Progresso delle Scienze, pp. 295-312. Roma: SIPS.
- Seppilli T. 1959. Il contributo della antropologia culturale alla educazione sanitaria, in *Principi, metodi e tecniche dell'educazione sanitaria. Atti del Primo Corso estivo di educazione sanitaria (Perugia, 14-21 settembre 1958)*, a cura di G. Barro, A. Modolo & M. Mori, pp. 33-45. Perugia: CESPES.
- Seppilli, T. 1960. Social conditions of fertility in a rural community in transition in Central Italy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, LXXXIV, 17, December 8: 959-962.
- Seppilli, T. 2001. Medical anthropology "at home": a conceptual framework and the Italian experience. *AM Rivista della società italiana di antropologia medica*, 11-12: 23-36.

- Seppilli, T. 2014. Come e perché decidere di “fare l'antropologo”: una personale *case history* nella brasiliana São Paulo degli anni Quaranta. *L'Uomo. Società Tradizione Sviluppo*, 4, 2: 67-84.
- Trostle, J. A. & J. Sommerfeld 1996. Medical Anthropology and Epidemiology. *Annual Review of Anthropology*, 25: 253-274.
- Young, A. 1982, The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11: 257-285.

