

Osservare per apprendere: l'antropologia medica nella (tras)formazione degli infermieri pediatrici

EUGENIO ZITO

Università degli Studi di Napoli Federico II

Riassunto

Nell'articolo l'autore discute della sua esperienza di insegnamento in discipline demo-etno-antropologiche presso il Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche Pediatriche della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. L'obiettivo è di mostrare quanto il contributo dell'antropologia medica possa essere utile per un reale processo trasformativo dei futuri infermieri pediatrici in termini di umanizzazione. Con una metodologia etnografica applicata alla pratica di tirocinio in reparto in un semestre dell'anno accademico e il ricorso a teorie e concetti dell'antropologia medica, è possibile, analizzando criticamente alcuni aspetti del modello biomedico, potenziare le loro capacità umane, relazionali e di cura, pur con alcuni limiti. Gli studenti sono invitati a osservare come etnologi alcune interazioni cliniche e a trascriverle in protocolli narrativi, discussi poi in aula. Sono così stimolati a riflettere sulla propria dimensione corporea implicita nelle relazioni con i pazienti per tentare la ricomposizione del dualismo mente/corpo del modello biomedico e recuperare le dimensioni storiche, sociali, politiche e culturali della malattia. La metodologia proposta, con il coinvolgimento personale che comporta, promuove un "saper essere" che va a integrare i loro "saper" e "saper fare" biomedici.

Parole chiave: antropologia medica, osservazione etnografica, infermieri pediatrici, corpo, emozioni.

Learning Through Observation: Medical Anthropology in the (Trans)Formation of Pediatric Nurses

Abstract

In the article the author discusses his experiences while teaching cultural anthropology for the Degree Course in Pediatric Nursing Sciences at the School of Medicine and Surgery at the University of Naples Federico II. The aim is to show how the contribution of medical anthropology can be useful for a real transformative process of humanization in future pediatric nurses. With an ethnographic methodology applied to the practical training in the wards for one semester of the academic year and using theories and concepts of medical anthropology, it is possible, by critically analyzing some aspects of the biomedical model, to enhance their human, relational and caring skills with some limitations. Students are invited to observe some clinical interactions as ethnographers and to transcribe them into narrative protocols, which are then discussed in the classroom. They are thus stimulated to reflect on their own bodily dimension implicit in the relationships with patients in order to try to recompose the mind/body dualism of the biomedical model and recover the historical, social, political and cultural dimensions of disease. The proposed methodology, with the personal involvement that it implies, promotes a “knowing how to be” that integrates their biomedical “knowledge” and “know how”.

Key words: medical anthropology, ethnographic observation, pediatric nurses, body, emotions.

Osservare, trascrivere, condividere l'esperienza clinica

L'umanizzazione¹ della biomedicina anche in Italia, già da diversi anni, coinvolge il processo formativo di medici, infermieri e altri professionisti sanitari (Cozzi & Nigris 1996; Zannini 2008; Pizza 2011), come emerge, pur con alcune contraddizioni (Cozzi 2014), dai rispettivi percorsi universitari che includono, all'interno di più ampi corsi integrati, specifici inse-

¹ Sui concetti di “umanizzazione” e “dis-umanizzazione” della biomedicina, Lupo (2014: 105), partendo dal termine “umano”, ci ricorda che in italiano non c'è corrispondenza con l'utile distinzione, presente invece nella lingua inglese, tra *human* (ciò che è genericamente attinente agli esseri umani) e *humane* (ciò che caratterizza moralmente gli esseri umani come capaci di compassione), e che lo sviluppo in senso organicista della medicina occidentale negli ultimi due secoli, se da un lato ha ridotto morbilità e mortalità, dall'altro ha comportato una certa “dis-umanizzazione”, intesa come allontanamento dalla considerazione, in senso più olistico, dell'insieme delle componenti psichiche, affettive, culturali, sociali, economiche e politiche della salute e della malattia.

gnamenti di scienze umane, sociali e psicopedagogiche. Si tratta tuttavia di moduli piuttosto esigui rispetto a quelli più caratterizzanti tali percorsi universitari e con un focus prevalente sul miglioramento della comunicazione con i pazienti, lasciando tendenzialmente in ombra significati culturali, sociali e politici del processo di cura (Pizza 2005; Lupo 2012, 2014; Schirripa 2014).

Negli anni, insegnando in differenti moduli di scienze umane e sociali di vari corsi di laurea per le professioni sanitarie della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II e nell'ambito di percorsi per la formazione continua in medicina rivolti a medici, infermieri e ad altro personale sanitario, ho gradualmente elaborato una metodologia didattica finalizzata all'umanizzazione della pratica biomedica, con l'utilizzo dell'osservazione etnografica applicata all'esperienza di tirocinio svolta in reparto durante – nel caso specifico degli studenti di infermieristica pediatrica cui mi riferirò in quest'articolo – un semestre dell'anno accademico (Zito 2015, 2017). In base a questa metodologia i futuri infermieri sono stimolati a riflettere sulla relazione clinica attraverso la dimensione corporea, per recuperare, nelle esperienze con i pazienti, le dimensioni storiche, sociali e culturali della malattia e dei corpi (Good 2006; Kleinman & Kleinman 2006; Quaranta 2018), ivi inclusi quelli propri di studenti e futuri operatori sanitari, e con esse la complessa sfera delle emozioni (Lock & Scheper-Hughes 2006). Al riguardo il tirocinio nei reparti, attivo per essi già dal primo semestre del primo anno accademico – a differenza di quanto accade agli studenti di Medicina e Chirurgia, dove è praticato solo negli anni successivi del percorso formativo – può risultare molto utile allo scopo. La metodologia didattica da me utilizzata nel modulo² di discipline demo-etno-antropologiche del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche Pediatriche prevede infatti un coinvolgimento degli studenti in attività di osservazione in reparto e di trascrizione in protocolli³ narrativi dell'esperienza svolta, con la consegna di esplorare un

² Le ore di questo modulo didattico, all'interno del corso integrato di infermieristica 1 al II anno di tale percorso di laurea triennale, sono 16, organizzate in otto incontri, corrispondenti complessivamente a un credito formativo.

³ Ogni anno, dopo una selezione molto competitiva, si iscrivono a questo corso di studio a numero chiuso 13 studenti, in prevalenza donne. Durante il semestre, all'interno del modulo di antropologia, agli studenti sono richieste sei differenti osservazioni delle attività cliniche che li coinvolgono durante il tirocinio parallelo ai corsi, alternando situazioni in cui sono protagonisti dell'interazione con i pazienti ad altre in cui osservano

segmento delle proprie e altrui interazioni in ambito sanitario, chiarendo nell'elaborato scritto le circostanze spazio-temporali e gli attori coinvolti, con un focus specifico sulle relazioni, da discutere poi in aula. L'obiettivo generale è di stimolare la riflessività e consolidare l'esercizio di una pratica attraverso esperienze dirette che li aiutino a comprendere le proprie emozioni, quelle dei pazienti e degli altri operatori coinvolti, ma anche la natura corporea delle interazioni, malgrado le difficoltà determinate dalla brevità del corso⁴ e dalla metodologia didattica diversa da quella delle altre discipline. A tal fine risulta fondamentale non solo l'esperienza osservativa in sé, ma anche la fase della sua sistematizzazione, attraverso la scrittura, a distanza di qualche ora, di un protocollo narrativo, dettagliato e analitico, dell'interazione clinica scelta. La trascrizione dell'osservazione, infatti, consente agli studenti di ripensare criticamente relazioni ed emozioni connesse alle pratiche mediche di cui si è stati protagonisti e testimoni, per rielaborare queste ultime nell'ambito di un esercizio graduale di riflessività, reso possibile dalla scrittura, con la conseguente occasione che questa offre di oggettivare pensieri, reazioni e moti affettivi. Alcuni dei protocolli prodotti sono letti a turno e discussi in aula per provare così, nello scambio delle esperienze, ad ampliare e arricchire lo sguardo clinico di nuove prospettive, stimulate da una riflessione in gruppo sulle dimensioni relazionali, narrative e contestuali della pratica sanitaria, attraverso la partecipazione di tutti gli studenti e con l'alternanza di chi ne raccoglie delle note.

In questo lavoro analitico, finalizzato a promuovere, per quanto possibile, un'efficace formazione universitaria degli infermieri, il sapere antropologico applicato ai contesti biomedici con una metodologia didattica

l'operato di giovani colleghi, oppure di operatori sanitari di diversa formazione, inclusi i medici, anche già strutturati, incrociati nei reparti. Così ogni anno accademico è possibile raccogliere quasi 80 protocolli osservativi che offrono diversi spunti su varie situazioni cliniche. Per la stesura di questo articolo mi sono riferito al materiale raccolto durante l'anno accademico 2018-2019.

⁴ Il corso di 16 ore è effettivamente piuttosto breve rispetto a quelli delle altre discipline biomediche, ma, con il lavoro osservativo come consegna da svolgere durante la settimana che separa le lezioni nel corso del semestre, la sua efficacia e intensità si amplifica, anche considerando la fase creativa di scrittura come trascrizione dell'osservazione e il fatto che il numero di studenti è contenuto e la partecipazione interattiva in aula è garantita e significativamente elevata per ciascuno di essi. A tutto ciò si aggiunga l'ulteriore lavoro creativo di inquadramento teorico dell'osservazione scelta per l'esame che confluisce in una piccola tesi da discutere.

così partecipativa può concretamente contribuire a incrementare – seppure con alcuni limiti conseguenti a spazi e tempi ridotti e a una mancanza di abitudine degli studenti a un tale approccio che può perciò inizialmente spiazzarli perché avvezzi a lezioni frontali o ad attività pratiche in reparto – le loro capacità conoscitive, esplicative e operative, migliorando in prospettiva la qualità clinica dell’assistenza erogata, particolarmente in contesti delicati come quelli pediatrici. Infatti, prendersi cura della persona sofferente e non semplicemente curare le alterazioni a carico di organi e funzioni dell’organismo, significa concretamente riconoscere l’importanza e l’utilità, all’interno della relazione sanitaria, di emozioni, storia personale e mutevoli significati conferiti alla malattia dal paziente (Del Vecchio Good & Good 2000), senza trascurarne rete familiare e sociale, con uno sguardo anche alle proprie reazioni emotive di operatori sanitari.

In questo modo l’antropologia medica in particolare, con il suo ricco bagaglio di modelli teorici e di ricerche empiriche (Csordas 2002; van der Geest & Finkler 2004; Finkler, Hunter & Iedema 2008; Mulemi 2008; Wind 2008), può concretamente aiutare gli infermieri pediatrici in formazione sul versante specifico del “sapere essere”: ne allarga cioè in senso antropologico lo sguardo nell’analisi dei fenomeni di salute e malattia in una prospettiva più olistica e con ricadute pratiche relativamente alla capacità di essere operatori sanitari in grado di stare nella relazione assistenziale con un’adeguata gestione delle relative emozioni, andando così a integrare il loro “sapere” e “saper fare” biomedici, per sostenerli in un’adeguata attività di cura. D’altro canto, se è vero che la cultura vive nelle pratiche (Bourdieu 2003) ed è un processo che si realizza intersoggettivamente, è principalmente attraverso un coinvolgimento pratico, basato per esempio sull’esercizio concreto e ripetuto dell’osservazione etnografica riferita a interazioni cliniche, della sua trascrizione e poi discussione in gruppo, che significati trasformativi possono essere attivati, soprattutto considerando che capacità autoriflessive, sguardo critico e abilità di ascolto non sono insegnati nei percorsi universitari rivolti al personale sanitario. Quaranta (2012) ci ricorda che la formazione, per essere davvero efficace, deve produrre trasformazione, che a sua volta richiede necessariamente una qualche forma di partecipazione. Il significato, infatti, trasforma l’esperienza non quando viene semplicemente comunicato, ma quando attivamente prodotto in una dimensione relazionale. La metodologia descritta, attraverso il forte coinvolgimento personale e gruppale che inevitabilmente comporta, durante le fasi di osservazione e scrittura prima e di presentazione,

condivisione e discussione dei protocolli osservativi poi, mira, pur se con i limiti prima accennati, a conseguire tale obiettivo, ponendo al centro dell'attenzione l'esperienza corporea nella pratica sanitaria con le relative emozioni che la attraversano. All'interno di un processo intersoggettivo di produzione di significati, senza delegittimare anatomia e fisiologia, si propone così, attraverso una breve ma intensa esperienza etnografica, un tentativo di intersezione tra sapere biomedico e sapere antropologico.

Nelle pagine seguenti provo concretamente a mostrare, con il ricorso al materiale etnografico costituito dalle osservazioni raccolte nei reparti e commentate a lezione e alle note di tali discussioni prodotte dagli studenti insieme a quelle del sottoscritto, l'utilità di una tale metodologia, nonostante alcune difficoltà.

Il corpo, tra pratiche sanitarie, processi di significazione ed emozioni

Punto di partenza a lezione e tema attorno al quale si snodano le considerazioni successive collegate al materiale osservativo, finalizzate a mostrare il valore pedagogico di questo modello didattico, è il corpo con il suo corredo di emozioni nelle relazioni cliniche. Esso viene discusso nella sua complessità e multidimensionalità, con riferimento innanzitutto a quello in carne e ossa dei pazienti all'interno del campo (Bourdieu 2001) biomedico in cui si muovono, spazio sociale caratterizzato da rapporti di forza in cui agiscono istituzioni e persone (Pizza 2005). I reparti osservati e descritti dagli studenti sono contesti concreti in cui la biomedicina come sistema culturale profondamente eterogeneo fatto di saperi, rappresentazioni, credenze, valori, pratiche e organizzazione delle istituzioni tesi a fronteggiare l'evento malattia (Schirripa & Zùniga Valle 2000; Schirripa 2012), assume specifiche forme, mostrando spesso, relativamente alle relazioni sanitarie analizzate, problematici equilibri soggetti a continue negoziazioni e ridefinizioni da parte dei vari attori sociali implicati, quali pazienti, familiari, medici e infermieri. Quaranta (2012) evidenzia l'utilità di interrogarsi in merito a cosa viene prodotto dal riduzionismo medico oltre all'efficacia terapeutica, individuando nell'azione di dare risposta a tale quesito la possibilità di un dialogo fruttuoso con l'antropologia. Tale dialogo può dunque essere inteso come occasione di reciproca trasformazione più che di contrapposizione. Infatti la biomedicina produce con le sue tecniche di intervento significative trasformazioni sul piano dell'organismo, laddove l'antropologia

ha gli strumenti per promuovere le dimensioni simboliche della trasformazione del sé con cui rinegoziare l'esistenza. In questa direzione il materiale osservativo degli studenti consente concretamente di mostrare loro, per allargarne lo sguardo, che se la cultura è un processo intersoggettivo, la relazione fra operatore sanitario e paziente può essere ripensata nei termini di un contesto in cui avviene un'articolata co-costruzione di significati, sottolineando quanto la dimensione del significato stesso sia assolutamente centrale in caso di malattia, anche se la biomedicina tende culturalmente ad escluderla (Moerman 2002). L'idea che il corpo sia prevalentemente un organismo su cui intervenire a livello tecnico comporta infatti la tendenza a trascurarne la dimensione esistenziale – sulla quale in aula si cerca invece di riportare l'attenzione – dimenticando quindi che esso è anche soggetto dell'esperienza, attivamente partecipe nella produzione dei significati attraverso cui viene interpretata la realtà. Concretamente il corpo è spesso automaticamente e inconsapevolmente ridotto nella pratica biomedica a oggetto su cui espletare azioni e pratiche sanitarie nella modalità più veloce ed efficace per garantirne, quando possibile, la guarigione, all'interno di un sistema caratterizzato da una rilevante iper-specializzazione e tecnologizzazione della clinica (Pasquarelli 2008; Lupo 2014), dimenticando la sua funzione significante. Tale corpo può essere così tendenzialmente spersonalizzato, proprio come si coglie in uno stralcio del protocollo osservativo di uno studente relativo al tirocinio infermieristico in pediatria.

La caposala, impotente nel risolvere il problema, chiama il pediatra specializzando. Pochi minuti dopo il medico entra sbuffando, forse sapendo già cosa dovrà affrontare, avendo incontrato questo piccolo paziente la settimana prima in DH [Day Hospital]. Col viso contrariato sbatte con violenza la cartella clinica che ha in mano e con uno scatto si siede sul lettino, afferra il bambino e lo fa sedere sulle sue cosce, poi gli blocca i piedi con i suoi [...], il bambino comincia a dimenarsi come un assatanato. Sul volto del medico è evidente il fastidio mentre cerca di tenerlo immobile con scarso esito rispetto all'inserimento dell'ago-cannula per eseguire il carico di glucosio [...]. Dopo un po' dice infastidito "si muove troppo, non c'è niente da fare!" e spinge il bambino bruscamente dalle gambe come un pacco. Senza dire una parola si alza e, così come era entrato, con passo veloce si allontana (Daniele, 12 aprile 2019).

La scena descritta è problematica, così come emerge anche dall'accesa discussione in aula dopo la presentazione del protocollo. Più di tutto,

all'interno del campo di forze descritto, colpisce la difficoltà del giovane medico, coinvolto improvvisamente senza una programmazione e forse già oberato da un grosso carico di lavoro, di riuscire a stabilire una relazione più funzionale con il bambino emotivamente esuberante e difficile da gestire e con la sua mamma, che resta in disparte tutto il tempo, come si legge altrove nel protocollo. Dalla scena clinica descritta emerge il fatto che non sembra esserci una vera interlocuzione, non ci sono domande al piccolo paziente e ai suoi genitori, né tanto meno spiegazioni che possano contribuire a costruire un sufficiente senso di fiducia necessario all'espletamento della pratica sanitaria invasiva (inserimento di un ago-cannula che dovrà restare per alcune ore nel braccio per monitorare, secondo precisi tempi, le eventuali alterazioni glicemiche e insulinemiche in risposta al glucosio somministrato). Il bambino, in questa circostanza, sembra ridotto prevalentemente a un organismo su cui operare. Senza tentare attivamente di stabilire con lui una relazione rassicurante, come si evince dalla lettura complessiva del protocollo osservativo, viene poi, alla fine della veloce interazione, fallimentare rispetto all'obiettivo clinico posto, lasciato andare, perché non si riesce a effettuare la curva da carico prescritta, a causa di reazioni emotive forti e difficili da contenere, al punto da invalidare la pratica sanitaria. Il linguaggio medico, di per sé tendenzialmente essenziale, veloce, scarno, che taglia fuori tutto quanto non appartiene strettamente alla *disease* del paziente, come si legge altrove nel lungo e dettagliato protocollo di questa interazione, ma anche in altri protocolli relativi a diverse circostanze cliniche osservate dagli studenti, in questo frangente sembrerebbe completamente assente, sostituito da pratiche sanitarie dirette.

Il fastidioso pianto del bambino e il suo dimenarsi fisico, se da un lato costituiscono, sul piano della relazione sanitaria, una concreta e problematica variabile da gestire, anche legata al suo stato psicologico e alle sue dinamiche familiari, ostacolo all'operare clinico, dall'altro suggeriscono un orizzonte di senso che non è stato possibile contemplare in questa veloce interazione caratterizzata dall'urgenza, con il risultato di condurre al fallimento della pratica medica programmata. Talvolta, come nel caso descritto, le pratiche mediche si esplicano, per una molteplicità di variabili, in circostanze contestuali sfavorevoli, costrette entro protocolli centrati prevalentemente sulle dimensioni organiche del corpo, che possono pure, per diverse ragioni, irrigidirsi, lasciando in ombra la persona del paziente e alcuni significati utili al processo di cura. L'osservazione partecipante in ospedale può anche restituire l'idea che la tendenza culturalmente deter-

minata a focalizzarsi nella relazione sanitaria sul corpo biologico (Gordon 1988; Godeau 1993; Good & Del Vecchio Good 1993) rischia di diventare ancora più forte proprio quando l'operatore sanitario, non specificamente formato per esempio in senso antropologico ed esposto a relazioni problematiche come quella descritta, ha ovviamente difficoltà a gestire le intense emozioni del paziente – e talvolta le proprie –, spesso attivate dalle pratiche mediche stesse.

Questa osservazione, con l'ampia discussione che suscita in aula, diventa anche l'occasione per mostrare concretamente agli studenti che predisporre al cuore dell'incontro clinico, diagnostico o terapeutico che sia, una sistematica esplorazione della prospettiva del paziente e talvolta dei suoi familiari, pratica certamente molto utile, e che richiede sia un pieno riconoscimento della dignità di tale prospettiva, sia della natura culturale delle proprie pratiche biomediche (Quaranta 2001, 2006; Pizza 2005), non sempre è però possibile, perché spesso diverse ragioni legate a circostanze specifiche, a dinamiche relazionali e organizzative, a peculiari contesti, ma anche a determinate politiche, possono di fatto non consentirlo. Diviene per questa via anche possibile ritornare con gli studenti a riflettere sul fatto che più in generale il ragionamento clinico, per restare sugli aspetti organici della persona e raggiungere la sua elevata efficacia, opera, di fatto, per effetto di un processo di selezione culturale, un taglio di dimensioni di senso, altrettanto importanti nello stesso processo diagnostico-terapeutico (Lock & Gordon 1988) e quindi assolutamente da recuperare.

Si tratta perciò, a questo punto, di provare a far riflettere gli infermieri in formazione su un "corpo pensante" (Scheper-Hughes & Lock 1987) e portatore di significati, anche nei contesti sanitari, quello che appartiene alla persona del paziente, vero protagonista dell'esperienza – intesa come terreno di mediazione tra dimensioni personali e processi storico-sociali – e che proprio attraverso esso incorpora (Csordas 1990) elementi del contesto. Si tratta di considerare la persona tutta intera del paziente comprensiva di corredo emozionale e collocata con il suo corpo in uno specifico contesto storico all'interno di campi di forze, insieme soggetto e oggetto di esperienza e di rappresentazione, proprio come emerge nella relazione clinica, che è sempre anche una relazione sociale, e con essa quella dell'operatore sanitario che agisce in conformità al proprio ruolo, mettendo in gioco anche le sue di emozioni. Così sembra chiaramente mostrare la rete di protagonisti presenti sulla scena clinica appena descritta, il bambino "resistente", la caposala impossibilitata a

procedere da sola all'inserimento dell'ago-cannula che ricorre *in extremis* al pediatra, quest'ultimo che, sollecitato dall'urgenza, afferra risoluto il piccolo paziente, ma fallisce perché, travolto dalle circostanze problematiche e in un contesto sfavorevole, non ha concretamente la possibilità di accogliere le sue fastidiose emozioni, la madre ansiosa che resta nella stanza, ma si fa in disparte, il padre ancora più in difficoltà che aspetta fuori, come si legge altrove nel protocollo osservativo. Per tutto ciò può risultare fruttuoso, sul piano operativo e clinico, il recupero di una dimensione narrativa (Good 2006) nelle relazioni tra operatori sanitari e pazienti che si sottopongono a diverse pratiche sanitarie, anche solo di natura diagnostica, come quella appena descritta, offrendo così alla discussione in aula con gli studenti un importante e utile tema di ampia riflessione. Questi ultimi possono infatti concretamente valutare, restando sul materiale osservativo presentato, il fatto che favorire un'attitudine narrativa nell'incontro clinico significhi mettere il paziente e i suoi familiari in condizione di esprimere rappresentazioni, dubbi, incertezze ed emozioni, ma anche di istituire connessioni con altre esperienze per facilitare la comunicazione della propria esperienza.

Le relazioni cliniche sono infatti, in particolare, attraversate da emozioni che possono essere fortissime – quale è il caso di questo bambino molto spaventato – anche se spesso negate o non accolte in un adeguato spazio di ascolto, perché come operatori sanitari non si è formati a ciò o perché organizzativamente circostanze, contesti, istituzioni e politiche non lo prevedono, come ci mostra pure l'esperienza di un'altra tirocinante che entra in contatto con pazienti ricoverati per fibrosi cistica, consentendoci un'ulteriore riflessione sui problematici rapporti tra i diversi attori sociali operanti in un campo biomedico come il reparto ospedaliero per la gestione di una tale malattia cronica.

Questa mattina entro per la prima volta nel reparto per osservare le attività mediche svolte con i cinque bambini con fibrosi cistica ricoverati [...], tra tutti mi colpisce Flavia che ha 12 anni, ma ne dimostra fisicamente nove. Questa, dopo aver eseguito l'operazione di svuotamento dei muchi, mi guarda arrabbiata e con fare di sfida mi dice “che ne sai tu?” [...]. Deve aver capito che sono una nuova infermiera tirocinante e deve essersi infastidita per come l'ho osservata [...] (Virginia, 2 maggio 2019).

La domanda che Flavia rivolge a Virginia ci ricorda che nell'interazione clinica durante il tirocinio c'è innanzitutto, attraverso la loro corporeità,

la presenza mentale e affettiva degli studenti – che è anche quella di futuri professionisti sanitari – come emerge durante la pratica sanitaria svolta nei reparti. La domanda carica di aggressività riporta a quel senso di sbilanciamento che si può produrre nella relazione tra chi è malato e chi è sano, in questo caso forse anche più forte per la maggiore prossimità anagrafica tra paziente e giovane operatrice. Così, andando a ritroso, come un indizio, può condurci fino al doloroso e ineludibile processo di ricerca di senso e significati (Augé & Herzlich 1986) che l'esperienza di malattia, quale realtà individuale e sociale al contempo, attiva nella mente di chi ne è colpito e dei suoi familiari. Più avanti nello stesso protocollo si legge:

[...] La pediatra di turno che deve aver visto tutta la scena e che forse conosce molto bene Flavia si avvicina per trarmi d'impaccio avendo colto il mio imbarazzo, spiegandole con tono confidenziale e rassicurante che sono al primo giorno di tirocinio in quel reparto e che sono lì per aiutarli, ma anche per imparare. Flavia mi guarda trionfante e si rilassa. Più tardi la dottoressa mi spiega che lavora da oltre 15 anni con questa tipologia di pazienti i quali, mano a mano che crescono e si avvicinano all'adolescenza, pongono ai medici una serie di domande sul perché di questa malattia, sul perché proprio a loro, diventando in alcune circostanze più provocatori e aggressivi [...] (*ibidem*).

Questa osservazione offre anche la possibilità di discutere in aula degli interrogativi esistenziali che accompagnano l'esperienza di malattia e che vanno al di là di quanto la biomedicina possa spiegare, per investire il senso stesso della vita. Una lettura antropologica di tale materiale, nel gruppo di lavoro, consente di mostrare agli studenti che i tentativi di attribuire un significato simbolico a quanto accaduto sono una parte integrante e importante dell'esperienza di malattia e della terapia, con diverse sfumature all'interno del ciclo di vita, e richiedono, per quanto possibile, un adeguato spazio di elaborazione. Ancora dalla ricca discussione in aula stimolata da tale osservazione emerge pure la possibilità di scorgere un'implicita domanda sul senso della propria malattia nel “che ne sai tu?”, gancio che Flavia offre per l'apertura di un spazio narrativo, di ascolto e relazione con la sua giovane interlocutrice, seppure formulata con rabbia e aggressività prodotte da una condizione così pesante. Questa interazione, infine, se da un lato mostra quanto il riconoscimento dell'altro nella direzione della più ampia configurazione che ne fa l'antropologia possa essere la base per la costruzione di un rapporto aperto a cogliere l'altrui narrazione di malattia e così aiutare la persona sofferente a darvi un senso come parte integrante

del processo di cura, dall'altro ci ripropone l'utilità della nozione di campo (Bourdieu 2001) biomedico, inteso come spazio sociale della biomedicina stessa, per leggere la problematicità di molte interazioni sanitarie. In questo caso l'esperienza di malattia cronica, che Flavia anche con una certa aggressività esprime, mette in crisi la giovane e inesperta tirocinante che con lei interagisce, mostrando quest'altro versante dei rapporti di potere tra gli attori sociali di un contesto sanitario.

Sempre sul fronte delle problematiche connessioni tra corpo, relazioni ed emozioni nella pratica clinica in un campo biomedico come quello costituito da un ospedale universitario, un'altra studentessa riporta il forte coinvolgimento esperito durante un momento particolarmente significativo del suo tirocinio al nido, in occasione dell'osservazione di un parto spontaneo.

Arrivata in sala parto ho notato che la futura mamma era già posizionata sul lettino e intorno a lei c'erano l'ostetrica e tre infermiere [...]. La cosa che più mi ha colpito in quell'ambiente così sterile è stato come l'ostetrica si avvicinava alla donna, incitandola a sforzarsi per mettere al mondo suo figlio [...]. Non le staccava gli occhi di dosso e accarezzandola le diceva "Dài, forza, sei bravissima, ancora una volta!". Inizialmente la giovane donna dimostrava di avere difficoltà nel meccanismo della spinta e allora l'ostetrica le ha spiegato come fare mimandoglielo, con un tono al tempo stesso dolce, ma anche deciso, in grado di trasmetterle sicurezza [...]. A questo punto la donna, fiduciosa, ha cominciato a spingere più forte, incitata dall'ostetrica, finché, continuando così, tra urla e sudore, nelle tre ore successive ha dato al mondo il suo bambino che l'ostetrica ha aiutato a far uscire dal suo corpo salutandolo con un "È bellissimo!" e poggiandolo delicatamente sul suo petto. È stata molto emozionante per me tutta la sequenza, eravamo emozionante e tutte abbiamo pianto per la gioia, inclusa l'ostetrica! (Filomena, 29 marzo 2019)

La situazione descritta appare molto stimolante per la discussione in aula, non solo perché consente di mostrare chiaramente agli studenti come le emozioni dei diversi protagonisti entrino in gioco in maniera forte nel corso delle interazioni sanitarie, che in questo caso hanno come fulcro l'esperienza di un parto spontaneo in ospedale (Ranisio 2012), ma anche perché restituisce dettagli utili in merito alle tecniche del corpo messe in campo, in particolare dall'ostetrica e altrove dalle infermiere che la aiutano, e dalla capacità che tali tecniche hanno di contenere emozioni forti, se correttamente adoperate all'interno di relazioni funzionali in un contesto caratterizzato da elevati livelli di adrenalina e in alcuni casi da un rilevante

rischio di violenza (Quattrocchi 2019). Le tecniche che caratterizzano la pratica ostetrica e quella infermieristica includono precisi gesti e parole, sguardo, postura, tono della voce e modo in cui viene gestita la relazione clinica, esito di un lungo e articolato processo di plasmazione culturale secondo il paradigma biomedico, ma anche di esperienze professionali accumulate nel tempo.

Tecniche del corpo specifiche, ma forse più disfunzionali, sono anche quelle utilizzate dal pediatra prima descritto, diventando azioni meccaniche e quasi di contenzione nell'atto di bloccare il corpo-oggetto del bambino, certamente molto emotivo e difficile da gestire, per inserirgli in vena l'ago-cannula. In quella circostanza infatti l'attenzione del medico sembra, anche forse per la condizione di urgenza in cui questi è sollecitato a intervenire, prevalentemente circoscritta al braccio del paziente che deve cercare di immobilizzare, la parte per il tutto, e il bambino spaventato e ingestibile è ridotto a realtà organica da controllare e indagare in profondità per rintracciare l'anomalia (un problema metabolico) e risolverla, senza spazio per le emozioni e senza un adeguato slancio relazionale – come appare invece durante il parto appena descritto – in grado di contenere i differenti vissuti attivati dalla pratica medica espletata con tutta la sua invasività, non solo sul bambino, ma anche sui suoi genitori.

Tutte e tre le situazioni appena presentate mostrano concretamente agli studenti, attraverso la loro stessa pratica etnografica e nell'ambito di un'intensa e partecipata discussione in aula, che sulla scena clinica l'incontro del corpo del paziente con quello dell'operatore attiva, all'interno di problematici campi di forze, una varietà di possibili reazioni emozionali con relative dimensioni significanti, che spesso il modello biomedico non è predisposto culturalmente a considerare in modo adeguato e che possono andare dal fastidio e l'insofferenza del pediatra della prima scena in risposta all'ansia e alla paura del bambino e dei suoi genitori, alla rabbia di Flavia per una malattia cronica pesante da gestire come la fibrosi cistica e con tutti gli interrogativi esistenziali che pone, fino al contagio emotivo positivo delle operatrici che assistono la donna al momento del parto.

D'altro canto, sul fronte del problematico rapporto tra corpi ed emozioni nei contesti sanitari, è utile ricordare che nella maggior parte dei casi il momento dell'incontro del paziente con l'operatore durante la visita costituisce solo l'ultima tappa di un processo ben più lungo e che spesso si carica di vissuti di incertezza e di specifiche rappresentazioni. Mi riferisco in particolare alla densità e pesantezza del tempo dell'attesa, con le relative produzioni

simboliche, che precede proprio la visita medica, come ci descrive un'altra studentessa parlando del tirocinio nell'ambulatorio generale di pediatria.

Quando arrivo in ambulatorio mancano pochi minuti alle otto e un certo caos è già presente! Ci vuole ancora un'ora all'inizio delle visite previste per le nove, ma le persone in attesa sono già tante, forse per aggiudicarsi il primo numero [...]. Avverto un forte senso di impazienza negli occhi di chi aspetta, non solo la visita, ma quello che la visita potrà rappresentare in termini di salute o malattia dei loro figli [...]. Alcuni restano seduti con aria di preoccupazione, altri si alzano e sono agitati, altri ancora cercano di distrarsi come possono, qualcuno si guarda intorno, qualcun'altro familiarizza, condividendo pensieri e dubbi durante l'attesa (Martina, 30 aprile 2019).

Martina, con la sua descrizione minuziosa, ci restituisce la densità emozionale del tempo dell'attesa, cogliendo inoltre quel senso di condivisione e prossimità che spesso in queste, come in altre circostanze legate per esempio all'ospedalizzazione e all'esperienza di un tempo liminale e di sospensione, quale è quello della malattia, può caratterizzare le relazioni sociali che si intrecciano tra i genitori di bambini a ricovero. Anche in questo caso l'attesa è saturata da sguardi preoccupati ed emozioni di incertezza, un senso di caos generale che riempie lo spazio fuori l'ambulatorio e che la giovane operatrice percepisce in tutta la sua intensità materiale, restituendo ai suoi colleghi, attraverso il protocollo osservativo, un'utile testimonianza da discutere in più direzioni. Infatti la descrizione di Martina centrata non solo sui piccoli pazienti, con un'ancora ridotta capacità di esplicitare in maniera articolata i propri vissuti corporei, ma anche sui genitori, fornisce in particolare l'occasione per far riflettere gli studenti su come lo sguardo antropologico possa aiutare l'operatore ad allargare la sua visuale nell'analisi della scena clinica. In questo modo diviene possibile, per esempio, mettere in luce i limiti di un approccio che focalizza l'intervento sul solo malato, non considerandone la più estesa propaggine sociale, tra l'altro particolarmente rilevante in un *setting* come quello pediatrico. Come evidenzia Lupu (2014) modelli concettuali e prassi biomediche improntate a un marcato riduzionismo biologico portano infatti a individualizzare in maniera molto forte l'idea della malattia, circoscrivendo l'attenzione sul singolo paziente, con l'esclusione della sua rete familiare e sociale, fondamentale invece nel processo di elaborazione del senso della malattia stessa e nella sua condivisione emotiva oltre che, in molti casi, nella sua gestione pratica e quotidiana, dentro e fuori l'ospedale.

L'esperienza del contatto con il corpo del paziente che si incrocia durante la pratica del tirocinio, con il relativo impatto emotivo, può risultare molto problematica anche per un'altra studentessa che si trova a gestire il prelievo a un'adolescente, riuscendo, nel suo protocollo, a dare spazio alle emozioni sollecitate da un campo di forze piuttosto articolato.

Questa mattina è stata molto difficile, perché nel mio tirocinio con i pazienti NPI [Neuropsichiatria] mi sono trovata a gestire il prelievo a una ragazzina anoressica con un braccio magrissimo dove non si riusciva a prendere la vena, mentre la stessa piangeva impaurita e la madre incinta la insultava dicendole che per colpa sua erano in ospedale [...]. È stata dura perché non sapevo come comportarmi e con me l'infermiera strutturata che ha provato a parlare alla madre mentre io, un po' agitata per la situazione, cercavo di capire come far rilassare la DCA [Disturbo del Comportamento Alimentare] (Elisabetta, 5 aprile 2019).

Questo frammento di protocollo risulta proficuo per la discussione in aula, perché, mentre da un lato evidenzia il complesso gioco di emozioni che può caratterizzare la scena clinica nel caso in cui il paziente è un'adolescente – la rabbia della madre, la disperazione della ragazza, la paura e la confusione della giovane operatrice –, dall'altro offre agli studenti la possibilità di riflettere sul linguaggio biomedico che, per praticità, con l'utilizzo di acronimi, sintetizza le persone, riducendole spesso alle loro malattie. La ragazzina di cui si parla non ha un nome e neppure una descrizione fisica che la rappresenti in maniera più complessiva e che ci aiuti a comprendere meglio i possibili significati del suo comportamento di rifiuto del cibo, se non pochi dettagli come il braccio magrissimo. Da “paziente NPI” (sigla con la quale si fa riferimento alla specializzazione neuropsichiatria), passando per “anoressica”, diventa “DCA” (sigla diagnostica da manuale psichiatrico per disturbo alimentare), testimoniando così una certa difficoltà culturale a restare sui pazienti come persone, che finiscono spesso, così come è stato ampiamente mostrato, con l'essere identificati *tout court* con le patologie di cui soffrono o con i loro organi malati (Lupo 2014: 109), o ancora, come in questo caso, anche con i settori di specializzazione medica cui si fanno afferire per le relative cure.

Talvolta la tendenza a medicalizzare il paziente è invece paradossalmente stimolata dai familiari stessi che non riescono a gestire alcune condizioni e individuano nel “farmaco” la panacea di tutti mali. Sono allora i medici a dover contrastare, all'interno di un campo di forze problematico per tutti

gli attori, un così pericoloso meccanismo, come si legge nel protocollo di un'altra studentessa, relativo al tirocinio nell'ambulatorio pediatrico per le dislipidemie.

[...]. Dopo la lettura delle analisi in cui il colesterolo è ancora altissimo, la madre di Martina, quasi a volersi giustificare, chiede alla dottoressa di iniziare subito una terapia farmacologica per sua figlia che non riesce a seguire la dieta [...]. La dottoressa con molta pazienza le spiega che la problematica è risolvibile modificando lo stile di vita, con buona alimentazione e sport e che il farmaco avrebbe una serie di controindicazioni, oltre a medicalizzare inutilmente la vita di una bambina di nove anni. La signora appare contrariata e con una certa aggressività protesta, insistendo con la sua richiesta e provocando un certo imbarazzo alla dottoressa che è costretta a rimarcare faticosamente e ripetutamente la sua posizione e il suo ruolo (Rosaria, 15 aprile 2019).

L'idea dei farmaci che in modo veloce e senza sforzo possono risolvere ogni problema risulta certamente molto radicata nel senso comune improntato al mito dell'efficienza della biomedicina, inducendo spesso le persone, anche quando il parere del medico è contrario, a un loro eccessivo consumo, con una conseguente passivizzazione del ruolo del paziente stesso.

A proposito ancora di corpo ed emozioni in contesti clinici analizzabili come campi di forze, non sono infine infrequenti nelle relazioni sanitarie meccanismi di socializzazione che possono andare da una sponda amicale fino a dinamiche seduttive, come si può rilevare durante l'osservazione partecipante in ospedale (Zito 2016). Le strategie mimetiche che molti pazienti e familiari attivano nelle varie fasi del processo di cura, evidenti anche in tante osservazioni raccolte dagli studenti, fanno pensare alla loro capacità di adattarsi alla malattia sopraggiunta che implica, inoltre, una ristrutturazione delle relazioni sociali (Honkasalo 2001). Queste infatti si allargano fino a includere il personale sanitario. Talvolta pazienti e familiari possono fare ricorso a strategie seduttive nella relazione con gli operatori per bilanciare il dolore e l'incertezza che si accompagna alla malattia oppure, nei casi più complessi, come segno importante di ritorno alla vita. Talvolta sono gli operatori stessi a promuovere tali "speciali" relazioni per ragioni molto varie. Utile in merito a questi temi, per lo specifico contributo che offre al dibattito in aula, appare quanto un'altra studentessa riporta nel suo protocollo, relativamente a un rapporto "speciale", ma disfunzionale, che si crea tra un'infermiera e una bambina di nove anni ricoverata per una malattia cronica.

Quando la madre della bambina incrocia l'infermiera le dice che sua figlia la stava cercando, raccontandole che durante il turno precedente non si era fatta toccare da altri richiedendo solo "la sua amica speciale" [...]. Al momento del prelievo parte un astio della madre nei confronti dell'infermiera del giorno prima, colpevole di non aver svolto in maniera adeguata le pratiche di cura richieste dalla patologia della figlia (una malattia cronica infiammatoria auto-immune del tratto gastro-intestinale) [...]. Una cosa però mi ha sconvolto e cioè la reazione dell'infermiera che, pur di farsi bella, non ha preso le distanze dalla confidenza della madre, ma ha buttato paglia sul fuoco, avendo come conseguenza quella di creare ancora più diffidenza verso gli altri operatori, con grosse difficoltà nei giorni successivi in termini di scarsa collaborazione con essi (Anna, 9 aprile 2019).

A proposito ancora di processi relazionali e vissuti emozionali tra i diversi operatori che si prendono cura dei pazienti, come medici e infermieri, significative risultano, per concludere, le parole di un'altra studentessa che riporta lo scambio verbale avuto con una caposala da lei incrociata durante il suo tirocinio in uno dei reparti della pediatria.

Questa mattina mentre aspettavo in medicheria l'arrivo dei piccoli pazienti dal DH [Day Hospital], Angela, la caposala, mi ha detto "penso, con i miei 35 anni di esperienza, che prima di intraprendere la carriera di medico bisognerebbe essere infermiere, per poter comprendere veramente il lavoro di cura e quindi capire i nostri pazienti" [...] (Maria Francesca, 3 maggio 2019).

Le parole semplici ma incisive che la caposala rivolge alla giovane, frutto della sua lunga esperienza di relazione con pazienti, familiari e altri operatori sanitari, pur se con un tono un po' retorico che lascia trapelare una dialettica di incontro-scontro con i medici, come altra componente del campo di forze in cui sono immersi gli attori descritti, restituiscono agli studenti quanto la prossimità con il corpo del paziente stesso – che la professione infermieristica più di tutte offre in termini di intensità, qualità e durata – e la messa in discussione di alcuni assunti teorici, possano effettivamente contribuire in modo utile e realmente trasformativo a un sostanziale processo di umanizzazione, scevro da paternalismo. In questa direzione giova ricordare che diversi sono infatti i lavori etnografici che hanno riflettuto sulla professione infermieristica, sugli scambi tra questa e la ricerca antropologica e più in generale molteplici risultano le ricerche contestualizzate proprio nelle corsie ospedaliere, in grado di restituire la pluralità di piani e dimensioni implicate nella pratica sanitaria di tali

professionisti (Dougherty & Tripp-Reime 1985; Samuelson 1991; Eugeni 2014; Holland 2019).

In conclusione, considerando quanto mostrato sul tema della corporeità nelle sue diverse dimensioni oltre quelle biologiche, nel materiale degli studenti raccolto durante il tirocinio e successivamente oggetto di discussione critica in gruppo, si manifesta, anche attraverso un'analisi delle ricadute formative, l'utilità di un più ampio approccio al processo di cura e alle emozioni che circolano intorno a esso. A questo punto apparirà forse più chiaro perché la formazione, per essere efficace e trasformativa, deve necessariamente implicare un certo grado di partecipazione, come per esempio quella stimolata dalla metodologia descritta, attraverso un coinvolgimento pratico che riguardi anche la sfera delle emozioni (Quaranta 2012), mostrandoci concretamente come il significato trasformi l'esperienza non attraverso un semplice passaggio di nozioni teoriche, ma quando attivamente prodotto in una dimensione relazionale e grupppale. L'articolato esercizio di osservazione, trascrizione, condivisione e discussione proposto mira infatti, complessivamente, ad arricchire in senso antropologico lo sguardo degli infermieri in formazione che possono diventare gradualmente più consapevoli di nuove prospettive nell'analisi dei fenomeni di salute e malattia, e quindi nei relativi processi di cura, attraverso una pratica etnografica, che, seppure decisamente ridotta, può tuttavia risultare abbastanza significativa, perché applicata alle esperienze cliniche in cui sono immersi.

Per concludere

Le considerazioni riportate ci mostrano quanto gli spazi clinici di un ospedale, veri e propri campi di forze in cui si fronteggiano protocolli clinici con emozioni e significati dei vari attori sociali coinvolti nei processi di cura, possano essere uno stimolante terreno di riflessione antropologica (Long, Hunter & van der Geest 2008; Holland 2019) per una lettura critica della biomedicina contemporanea, al fine di promuovere utili ricadute formative sulle pratiche degli operatori. I contesti ospedalieri costituiscono infatti un campo specifico di ricerca che può risultare difficile da decifrare, non solo per la densità emozionale che li caratterizza e che viene spesso non riconosciuta e dunque analizzata, ma soprattutto per la specificità dei suoi codici, la normatività delle sue regole, la pluralità delle pratiche e dei protocolli agiti (Pasquarelli 2008; Ranisio 2016).

Come le osservazioni proposte sembrano mostrare, attraverso concetti teorici di marca antropologica e con l'utilizzo di una metodologia didattica applicata all'esperienza pratica di tirocinio svolta in reparto durante un semestre dell'anno accademico, può diventare possibile provare ad aprire un varco nel modello biomedico per produrre alcuni effetti trasformativi. Gli studenti possono essere aiutati concretamente a riflettere sulla propria dimensione corporea implicita nelle relazioni cliniche e sulle connesse emozioni all'interno di problematici rapporti di forza, ma soprattutto sull'essere persona del paziente, oltre che di se stessi, per tentare di ricomporre quel dualismo mente-corpo, base epistemologica della biomedicina, in una visione più ampia e olistica dell'umano. Infatti l'antropologia medica introduce una specifica attenzione alle dinamiche socio-culturali nei contesti di cura e con la sua attitudine interpretativa si sofferma sul punto di vista dell'altro e sul corpo (Lupo 2014; Seppilli 2014), non più considerato semplicemente «luogo di dominio o oggetto della pratica medica, ma come origine creativa dell'esperienza» (Good 2006: 180). L'attenzione al corpo come fonte creativa dell'esperienza e alla narrazione quale sua rappresentazione consente di cogliere la relazione tra incorporazione, significato intersoggettivo, rielaborazione dei vissuti di malattia e pratiche sociali, permettendo di porre in evidenza l'intreccio complesso tra esperienze personali, simbologie sociali e processi politici (Scheper-Hughes & Lock 1987; Quaranta 2006). La raccolta di narrazioni di malattia, come mostrato da Good (2006) e dai Kleinman (2006), costituisce un'occasione utile per ricostruire la trama esistenziale dei pazienti, i quali senza tali narrazioni-rappresentazioni del proprio male, come pratica di conferimento di senso anche in chiave morale, influenzata da modelli culturali, valori e logiche sociali (Lupo 2014), difficilmente possono intraprendere un processo di cura.

In definitiva, a partire dal materiale osservativo degli studenti, è possibile mettere in evidenza l'utilità di un approccio narrativo nei processi di assistenza, ribadendo quanto l'ampiezza della cura come *care* non sia circoscrivibile alla sola prospettiva biomedica della *cure*. Essa infatti attiene alle relazioni e presuppone la tecnica dell'ascolto e del dialogo, che si compone di parole e gesti (Pizza 2005). Inoltre la sua efficacia non si esaurisce nella produzione della guarigione in senso biomedico – per altro non sempre possibile come nelle condizioni croniche o letali –, ma si amplia nella strutturazione di processi di relazione con la costruzione di significati e simboli. Il problema dell'efficacia, come suggerisce Lupo (1999, 2012), ingloba quello della relazione tra pazienti e operatori sanitari, su cui è necessario lavorare.

La qualità di tale relazione è sia in grado di determinare quel coinvolgimento necessario ad avviare processi di autoguarigione, ridefinendo il proprio stato di malessere e uscendo dalla prostrazione indotta dalla malattia, sia lo strumento fondamentale attraverso cui, anche in caso di condizioni croniche e degenerative, è concretamente possibile aiutare i malati a gestire la sofferenza, convivendoci nel migliore dei modi possibili (Lupo 2014).

Particolare rilevanza potrebbe acquisire, in quest'ottica, la metodologia didattica dei protocolli osservativi descritta, non tanto e solo come strumento etnografico di sostegno a quanto teoricamente proposto, quanto piuttosto e soprattutto come pratica trasformativa. Pur tra diversi limiti, anche di spazi e tempi, essa mira infatti a favorire l'acquisizione e incorporazione da parte degli studenti, attraverso un processo di elaborazione dell'esperienza corporea con relativa produzione di significati, che si rende possibile con la pratica dell'osservazione, della trascrizione narrativa e della successiva condivisione e discussione in gruppo, di un *habitus* alla relazione, efficace contrappeso a una pervasiva e limitante antropopoesi programmata⁵ (Remotti 2011).

In conclusione, attraverso lo specifico approccio dell'antropologia medica come specializzazione transdisciplinare, critica e dialogica (Pizza 2011; Cozzi 2012), applicata alla formazione infermieristica, e con il ricorso a una metodologia etnografica centrata sull'esercizio dell'osservazione, diventa concretamente possibile, pur tra difficoltà di vario ordine e grado, provare a introdurre nella dimensione della cura, con potenziali utili ricadute applicative, l'attenzione alle dinamiche socio-culturali e ai contesti sociali di provenienza dei pazienti e degli operatori sanitari, alla corporeità dei soggetti in relazione alla salute e alla biomedicina, alle rielaborazioni dei vissuti e infine ai significati culturali delle rappresentazioni.

Bibliografia

- Augé, M. & H.C. Herzlich (a cura di) 1986. *Il senso del male: antropologia, storia e sociologia della malattia*. Milano: Il Saggiatore.
- Bourdieu, P. 2001. *Science de la science et réflexivité. Cours du Collège de France 2000-2001*. Paris: Raisons d'Agir Editions.

⁵ Può essere intesa, in questo caso, come l'insieme dei processi di plasmazione degli operatori sanitari dal punto di vista della modificazione del corpo socializzato durante il loro iter formativo, secondo modelli della cultura biomedica.

- Bourdieu, P. 2003. *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cozzi, D. (a cura di) 2012. *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*. Perugia: Morlacchi.
- Cozzi, D. 2014. Stato dell'antropologia medica nella didattica universitaria italiana. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 37: 191-208.
- Cozzi, D. & D. Nigris 1996. *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*. Milano: Colibrì.
- Csordas, T.J. 1990. Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18: 5-47.
- Csordas, T. 2002. *Body/Meaning/Healing*. New York: Palgrave.
- Del Vecchio Good, M.J. & B.J. Good 2000. Clinical Narratives and the Study of Contemporary Doctor-Patient Relationships, in *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, a cura di G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick & S.C. Scrimshaw, pp. 243-258. London: Sage.
- Dougherty, M.C. & T. Tripp-Reime 1985. The Interface of Nursing and Anthropology. *Annual Review of Anthropology*, 14: 219-241.
- Eugeni, E. 2014. L'infermiere in emodialisi tra tecnologie mediche, presa in carico e burn-out. *Anuac*, 3,1: 20-37.
- Finkler, K., Hunter, C. & R. Iedema 2008. What is Going On? Ethnography in Hospital Spaces. *Journal of Contemporary Ethnography*, 37, 2: 246-250.
- Godeau, E. 1993. "Dans un amphithéâtre...". La fréquentation des morts dans la formation des médecins. *Terrain*, 20: 82-96.
- Good, B.J. & M. J. Del Vecchio Good 1993. Learning Medicine: The Constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School, in *Knowledge, Power & Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, a cura di S. Lindenbaum & M. Lock, pp. 81-107. Berkeley: University of California Press.
- Good, B.J. 2006. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Einaudi.
- Gordon D.R. 1988. Tenacious Assumptions in Western Medicine, in *Biomedicine examined*, a cura di M. Lock & D. R. Gordon, pp. 19-56. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Holland, K. 2019. *Anthropology of Nursing. Exploring Cultural Concepts in Practice*. London: Routledge.
- Honkasalo, M.L. 2001. Vicissitudes of Pain and Suffering: Chronic Pain and Liminality. *Medical Anthropology*, 19: 319-353.
- Kleinman, A. & J. Kleinman 2006. La sofferenza e la sua trasformazione professionale, in *Antropologia medica. I testi fondamentali*, a cura di I. Quaranta, pp. 199-234. Milano: Raffaello Cortina.
- Lock, M. & D. R. Gordon. (eds.) 1988. *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

- Lock, M. & N. Scheper-Hughes 2006. Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica. Rituali e pratiche disciplinari e di protesta, in *Antropologia medica. I testi fondamentali*, a cura di I. Quaranta, pp. 149-194. Milano: Raffaello Cortina.
- Long, D., Hunter, C. & S. van der Geest 2008. When the Field is a Ward or a Clinic: Hospital Ethnography. *Anthropology & Medicine*, 15, 2: 71-78.
- Lupo, A. 1999. Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta tra dialogo e azione. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 7-8: 53-92.
- Lupo, A. 2012. Malattia ed efficacia terapeutica, in *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, a cura di D. Cozzi, pp. 127-155. Perugia: Morlacchi.
- Lupo, A. 2014. Antropologia medica e umanizzazione delle cure. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 37: 105-126.
- Moerman, D. 2002. *Meaning, Medicine and the "Placebo Effect"*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mulemi, B.A. 2008. Patients' perspectives on hospitalization: Experiences from a cancer ward in Kenya. *Anthropology & Medicine*, 15, 2: 117-131.
- Pasquarelli, E. 2006-2008. L'etnografia dell'ospedale. Alcune prospettive di studio nel dibattito antropologico contemporaneo. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 21-26: 475-496.
- Pizza, G. 2005. *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci.
- Pizza, G. 2011. L'antropologia medica, in *Antropologia culturale*, a cura di A. Signorelli, pp. 217-221. Milano: McGraw-Hill.
- Quaranta, I. 2001. Contextualizing the Body: Anthropology, Biomedicine and Medical Anthropology. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 11-12: 155-172.
- Quaranta, I. 2006. Introduzione, in *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, a cura di I. Quaranta, pp. IX-XXX. Milano: Raffaello Cortina.
- Quaranta, I. 2012. La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura. *Antropologia e Teatro*, 3: 264-290.
- Quaranta, I. 2018. Le traiettorie teoriche del corpo fra ordine e disordine sociale. *Dada. Rivista di antropologia post-globale*, 2: 7-22.
- Quattrocchi, P. 2019. Violenza ostetrica. Le potenzialità politico-formative di un concetto innovativo. *EtnoAntropologia*, 7, 1: 125-148.
- Ranisio, G. (a cura di) 2012. *Culture della nascita. Orizzonti della maternità tra saperi e servizi*. Napoli: Dante & Descartes.
- Ranisio, G. 2016. Prefazione, in *Vivere (con) il diabete. Uno sguardo antropologico su corpo, malattia e processi di cura*, a cura di E. Zito, pp. 7-11. Milano: Ledizioni.
- Remotti, F. 2011. *Cultura. Dalla complessità all'impovertimento*. Roma-Bari: Laterza.
- Samuelson, H. 1991. Nurses between Disease and Illness, in *Anthropology and Nursing*, a cura di P. Holden & J. Littlewood, pp. 190-203. London: Routledge.
- Scheper-Hughes, N. & M. Lock 1987. The Mindful Body: a Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 1: 6-41.

- Schirripa, P. & C. Zùniga Valle 2000. Sistema medico. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 9-10: 210-222.
- Schirripa, P. 2012. Sistema medico. Campo politico, istituzioni sanitarie e processi di medicalizzazione tra egemonia e resistenza, in *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, a cura di D. Cozzi, pp. 269-284. Perugia: Morlacchi.
- Schirripa, P. 2014. Ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 37: 59-80.
- Seppilli, T. 2014. Antropologia medica e strategie per la salute. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 37: 17-32.
- van der Geest, S. & K. Finkler 2004. Hospital Ethnography: Introduction. *Social Science & Medicine*, 59, 10: 1995-2001.
- Wind, G. 2008. Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings. *Anthropology & Medicine*, 15, 2: 79-89.
- Zannini, L. 2008. *Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Zito, E. 2015. Oltre Cartesio. Corpo e cultura nella formazione degli operatori sanitari. *Archivio Antropologico Mediterraneo*, 17, 2: 39-54.
- Zito, E. 2016. *Vivere (con) il diabete. Uno sguardo antropologico su corpo, malattia e processi di cura*. Milano: Ledizioni.
- Zito, E. 2017. Un antropologo in ospedale. Etnografia in un'istituzione biomedica universitaria, tra intersezioni disciplinari e contaminazioni metodologiche. *Lares*, LXXXIII, 3: 509-525.

