

*Retoriche dell'incontro fra medici di base e loro pazienti.*

*Strategie identitarie e uso del camice e di altri dispositivi nella costruzione dello spazio terapeutico\**

## Maya Pellicciari

dottore di ricerca in "Metodologie della ricerca etnoantropologica", Università degli studi Siena (sede amministrativa) - Università degli studi di Cagliari e Università degli studi di Perugia (sedi consorziate) / ricercatrice presso la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia).

Nonostante i diffusi stereotipi veicolati a livello di senso comune da una vasta ed eterogenea letteratura sull'argomento, l'antropologia medica dispone ormai della consapevolezza teorico-critica per affermare che il rapporto fra medico e paziente non è mai un semplice rapporto a due e non si svolge mai su un terreno puramente tecnico.

Anche quando lo spazio ambulatoriale è condiviso da un singolo medico e dal suo paziente, si tratta di qualcosa di ben più complesso che del semplice incontro fra due individui. Attraverso la voce di entrambi si esprime in realtà un vasto coro: lo spazio terapeutico è infatti vitalizzato da dinamiche che riflettono la complessità degli universi culturali che trasversalmente ogni medico e ogni paziente porta con sé, e che in tale spazio interagiscono. E non si tratta tanto di rappresentazioni che – elaborate all'interno di specifici e differenti contesti – possono dare corpo a differenti modi di concepire la malattia e ogni sua singola storia. Si tratta altresì di un più generalizzato e costante dialogo, spesso implicito, che i due attori intrattengono, a vari livelli, con il contesto sociale, le sue forme, i suoi soggetti e le sue istituzioni. Le connotazioni sociali di salute e malattia proiettano infatti l'interazione fra medico e paziente sullo sfondo di una sorta di dramma collettivo, una performance i cui singoli attori – sia il medico che il paziente, sebbene in maniera diversa – esprimono ora adesione e appartenenza, ora rifiuto, disagio, alienazione: «queste due forme di espressione corporea esistono in relazione dialettica, esprimendo le tensioni tra appartenenza ed alienazione che esistono ovunque nella vita sociale» (SCHEPER-HUGHES

N. 2000 [1994]: 285). Come tutti gli ambiti sociali in cui gli individui concreti *agiscono*, anche l'incontro terapeutico può essere cioè letto come luogo di produzione di senso o dissenso, o – per dirla con Gramsci – come uno dei luoghi in cui le dinamiche per l'egemonia prendono forma.

La pressione dell'egemonia istituzionale si esercita infatti tanto sui corpi dei pazienti quanto su quelli dei medici, attraverso processi apparentemente opposti ma che di fatto sembrano volti, in entrambi i casi, ad assicurare conformità e consenso. Già negli anni '50 Parsons aveva individuato l'importanza strategica che aveva per la continuità del sistema sociale l'istituzionalizzazione dei ruoli di medico e di paziente: elaborare strutture comportamentali dotate di intensa carica positiva di valore significava regolamentare e coordinare la risposta degli individui a problemi essenziali di vita, potenzialmente minacciosi per la stabilità dell'ordine costituito (PARSONS T. 1965 [1951], SEPELLI T. - GUAITINI ABBOZZO G. 2002 [1973]). Tuttavia la banalizzazione del discorso parsonsiano (in realtà carico di elementi critici) sul rapporto che lega medici e pazienti ha contribuito ad alimentare e rafforzare l'immagine dei medici come esclusivamente detentori di "potere", contrapposta a quella dei pazienti come esclusivamente vittime di tale potere. Gli stessi toni di certa antropologia medica contemporanea a tutt'oggi così definiscono la relazione medico-paziente: «the physician today is an essentially new breed of professional whose scientific body of knowledge and professional freedom place him in a class of his own: he has obtained unrivalled power to control his own practice and the affaire which impinge upon it and the patient, depersonalised by medical technology is increasingly being reduced to a mere raw material» (SENAH K.A. 2002: 45).

Le recenti riflessioni dell'antropologia medica critica sul corpo come metonimia, sulla malattia come resistenza e quindi sui comportamenti di malattia come gesti di critica sociale, fanno saltare questo stereotipo e lasciano intravedere una differente lettura dello stesso messaggio parsonsiano. Da una parte, infatti, se tanto per il medico che per il paziente parliamo di "ruoli", dobbiamo necessariamente parlare, almeno in qualche misura, di un medesimo – sebbene bifronte – dispositivo di controllo sociale, il cui esito finale resta in entrambi i casi la conformità. Dall'altra parte, l'osservazione della pratica clinica e lo studio degli itinerari terapeutici hanno messo in evidenza l'enorme capacità di azione e libertà espressiva di cui di fatto lo stesso paziente dispone (AINSWORTH-VAUGHN N. 1998).

Anche la "posizione" occupata dal medico è dunque una posizione ambigua, in cui il gioco fra potere subito e potere esercitato segue dinamiche

molto simili a quelle fra cui si destreggia ogni paziente. Seppure attraverso modalità differenti, in entrambi i casi ciò che viene messo in scena è il dramma dell'affermazione autonoma del soggetto e della resistenza alle forme egemoniche, in particolare dell'istituzione medica. Ognuno degli attori utilizza a tale scopo gli strumenti che ha disposizione e che, paradossalmente, spesso sono i medesimi – sebbene utilizzati talora in chiave “soversiva” – che l'egemonia fornisce loro a fini di controllo, per sancire e delimitare la propria posizione sulla scena sociale. Se in qualche misura lo spazio dell'incontro terapeutico costituisce per il paziente un'opportunità per riaffermare – anche nei confronti del medico stesso, identificato con l'autorità medica *tout court* – il diritto all'autogestione del proprio corpo, per il medico <sup>(1)</sup> esso costituisce il luogo in cui mettere in campo un continuo confronto-scontro con l'istituzione medica e l'“identità” professionale che essa ha cucito per lui. In breve, il luogo in cui diventa concretamente possibile rivendicare un *proprio* modo di essere medico. Ecco perché risulta riduttivo rappresentare in senso esclusivamente oppositivo il rapporto fra medico e paziente: talora alleati, talora avversari, la sfida di ognuno è lanciata ben oltre i confini dell'ambulatorio. La strategia retorica che li identifica, mettendoli l'uno *contro* l'altro, come ruoli in contrapposizione, sembra dunque rispondere alla volontà di annullare e rendere innocua la carica dirompente di tale sfida.

Anche il concetto di “negoziazione”, letto in quest'ottica, assume connotazioni più ampie e complesse: non si tratta infatti di una sorta di braccio di ferro fra due individui portatori di differenti valori culturali, ma di un'arena in cui ognuno dei due utilizza la presenza dell'altro per affermare la propria soggettività sulla scena sociale, nei modi che via via gli si offrono e che ritiene più idonei.

Gli strumenti retorici e performativi con cui è giocata questa partita sono molteplici e vorrei qui soffermarmi su alcuni di quelli messi in campo dai medici, e in particolare dai medici di medicina generale con cui ho avuto modo di lavorare durante il periodo della mia ricerca di dottorato (2000-2003).

Esistono una serie di oggetti, una serie di modi di manipolare tali oggetti, di occupare gli spazi, retoriche della comunicazione verbale e non verbale, e via dicendo, che costituiscono – pur con infinite variabili – il bagaglio con cui ogni singolo medico costruisce il proprio spazio terapeutico e in esso il proprio rapporto con ogni singolo paziente. Tutti elementi per lo più acquisiti durante il percorso formativo, ovvero incorporati attraverso l'esposizione degli aspiranti medici all'egemonia dell'istituzione medica.

Cito qui di nuovo Nancy Scheper-Hughes e il modo in cui ha criticamente rivisto il concetto di *embodiment*, ovvero stemperando le connotazioni di passività del soggetto rispetto alla struttura sociale che tale termine implicava per l'antropologia sociale e simbolica fino agli anni '80. Non più, cioè, solo la violenza delle istituzioni sul corpo individuale, ma una lotta continua fra l'egemonia, appunto, e la capacità sovversiva dei "corpi" di rimanipolarne i significati in chiave critica rispetto al sistema dominante<sup>(2)</sup>.

Gli strumenti più potenti in questo senso – e perciò stesso più "ambigui", quindi paradossalmente più "manipolabili" dal soggetto – sono quelli a matrice identitaria. Fra questi il più "visibile" nell'ambito professionale medico è proprio il camice bianco: «les formes d'identités qui sont marquées ou portées sur le corps [...] semblent plus faciles à maintenir que les autres formes d'identité, parce qu'elles sont définies comme internes à la personne et donc plus stables» (GAGNÉ N. 2001: 105). La funzione pratica del camice (peraltro dubbia, in un ambiente non sterile) appare infatti chiaramente secondaria a tutta una serie di funzioni di natura "semantica", che lo caratterizzano come una sorta di "marcatore di posizione". La principale funzione simbolica che sembra essere ufficialmente affidata al camice è cioè quella di costruire per i nuovi medici una identità funzionale a quello specifico modo di occuparsi della salute e della malattia che è della biomedicina, e che si fonda epistemologicamente su opposizioni e dualismi, ovvero in sostanza sulla *separazione*: fra tecnica ed emozione, fra norma e creatività, fra rigore scientifico e umanizzazione, fra ciò che può essere dominato e ciò che è incerto. Infine, fra obbedienza e resistenza. Il camice è dunque uno degli elementi a cui è assegnato il compito di salvaguardare tali confini: tuttavia, ciò che vi è di incontrollabile è l'utilizzo che ne faranno i singoli soggetti una volta che lo avranno, appunto, "incorporato". L'ambiguità che connota ogni forma simbolica – proprio per la fragilità del legame che unisce significante e significato – rende infatti il camice un elemento dalle vaste potenzialità semantiche e quindi un oggetto privilegiato proprio nel dialogo con l'ordine sociale. Si può scegliere di indossarlo o meno: il messaggio di conformità o di critica sociale non è necessariamente comunicato dall'una o dall'altra azione, quanto dal significato che di volta in volta si attribuisce ad entrambe le scelte.

«Il fatto stesso di mettere il camice ti fa sentire un altro! Ci sono dei rituali, no? Il camice, la misurazione della pressione, il fatto di andare con il fonendoscopio attaccato al collo, il primo prelievo, la prima somministrazione endovenosa, il primo striscio di sangue la prima volta che lo guardi al microscopio: ti senti dottore! Smetti di sentirti studente e ti senti un dottore!» [dottor D., 48 anni].

Il camice identifica, certifica, espone, nasconde, protegge, rassicura: da strumento di addomesticamento e conformità esso diviene materiale grezzo impiegato nel processo di attribuzione di senso, nella determinazione dei rapporti di forza, nella connotazione dei diversi spazi relazionali, sia fisici che metaforici. In breve, nella costruzione dei rapporti sociali. A tale scopo, come un bricoleur, ogni medico utilizza gli strumenti retorici e performativi che ha a disposizione per connotare, significare, marcare, differenziare il proprio modo di “fare” medicina: «il bricoleur, di fronte a un compito, utilizza i materiali alla sua portata per donar loro un altro significato, se così posso dire, di quello che avevano nella loro prima destinazione» (LÉVI-STRAUSS C. 1990: 155). Il repertorio è circoscritto, fortemente marcato in chiave egemonica (la pressione egemonica è già insita nel camice di per sé, non solo nel modo in cui il medico ne fa uso), ma vi è sempre un certo margine di manovra in cui ogni medico può muoversi in maniera autonoma. Si tratta peraltro di scelte che si determinano e acquisiscono un significato proprio nel rapporto dialettico con gli individui che si presentano in ambulatorio nel ruolo di pazienti, e che a loro volta “agiscono” tale ruolo in maniera altrettanto creativa e strategica:

«[Io non lo indosso] mai! [...] Quelli che vengono da me [lo vedono come un fatto] positivo, perché se no non ci verrebbero, questo è ovvio, no? Cioè, c'è una scelta reciproca... il dottor D., che porta sempre il camice, probabilmente ha un tipo di pazienti che come tipologia è diversa dalla mia, perché questa si seleziona nel tempo, capito?» [dottor F., 48 anni].

Si tratta talora di *strategie*, talora di *tattiche* (DE CERTEAU M. 2001 [1990]), che animano quel complesso campo di forze che è l'incontro terapeutico. Un campo in cui differenti “saperi” e dunque differenti “poteri” si affrontano, si confrontano, subiscono continui processi di decodifica e ricodifica al fine di stabilire le coordinate della posizione di ognuno dei soggetti presenti in quel determinato terreno di azione. Ogni medico sembra cioè manipolare a suo piacimento l'area semantica di un oggetto che in tal modo assume una chiara funzione di mediatore interfacciale su più livelli: tra l'individuo e la sua percezione del proprio essere medico; tra il “medico” e i suoi “pazienti”; tra il medico in quanto “professionista” e l'istituzione medica cui appartiene. Occorre cioè di volta in volta individuare l'ambito discorsivo che l'atto di indossarlo apre in quel momento e in quella specifica situazione, per poi riconnetterlo al più ampio discorso egemonico della biomedicina con il quale è comunque in costante relazione dialettica.

È interessante notare ad esempio come anche chi era solito ricevere i pazienti in ambulatorio in “abiti civili”, si riservava la possibilità di indossare il camice là dove il tipo di intervento richiesto poteva essere interpretato

come più “invasivo” da un punto di vista relazionale: ad esempio durante un’ispezione del condotto uditivo o una auscultazione del petto e delle spalle. In pratica, nelle occasioni in cui si richiedeva una ancorché minima compromissione corporea e dunque una “violazione” dell’intimità fisica altrui, che è poi anche una messa in gioco della propria intimità fisica. Perché venga attutito l’impatto destabilizzante che provoca il contatto fisico tra estranei, infatti, sembra necessaria da una parte una sorta di “legittimazione a procedere”, che viene di fatto affidata alla capacità del camice di evidenziare l’“identità” medica, e contemporaneamente, dall’altra, una vera e propria azione difensiva, supportata dalle proprietà “estranianti” del camice.

D’altro canto, è proprio questo carattere estraniante a spingere alcuni medici a non indossarlo affatto, convinti che fare medicina sia inevitabilmente connesso – pur nei limiti di una corretta profilassi igienica – ad un contatto fisico diretto con il paziente:

«normalmente non lo metto, perché secondo me crea distanza il camice. Allora, se devo fare una medicazione vado di là e metto il camice, se no se devo stare qui a misurare la pressione, a sentire un torace, a palpare un addome, non mi sporco mica se sto così! [...] il camice serve per non sporcarsi, non per far vedere che quello è il medico, ché lo sanno che io sono il medico, quindi non ho bisogno del camice per farmi riconoscere!» [dottor D., 48 anni].

Ma in molti casi il modo in cui viene utilizzato il camice sembra comunicare che mentre per accogliere il paziente in ambulatorio, farlo sentire a proprio agio e instaurare una relazione di tipo informale ed empatica, l’assenza del camice (simbolo di “ufficialità” professionale, quindi di distacco e differenziazione) è fondamentale, quando si tratta di “agire” sul corpo del paziente devono entrare in gioco competenze tecniche specifiche per l’esercizio delle quali la componente emotiva è di grande disturbo, poiché crea uno spazio di condivisione con il paziente che indebolisce il “potere” – ovvero l’ “identità” – del medico.

Il camice, meglio di altri oggetti dell’inventario medico, sembra in grado di veicolare quello che potremmo definire il cuore epistemologico del sapere biomedico, l’elemento che fonda e legittima il potere di chi esercita tale sapere: l’opposizione gerarchica fra tecnica ed emozione. Forzando la separazione fra razionalità e sensibilità, fra “mente” e “corpo”, tale assunto si pone come uno dei più violenti della formazione medica: riconoscendo come proprio ambito specifico esclusivamente il primo dei due corni del dilemma, esso viola la consustanziale unità del corpo umano e sancisce tale scissione con il marchio indiscutibile della scienza. Ma la pratica clinica costituisce

per ogni singolo medico l'occasione non proprio per annientare, ma quanto meno per ridiscutere tali confini: in un continuum che va dall'esclusiva e rigida selezione dell'elemento tecnico al suo rifiuto totale nell'ottica di una totale empatia emotiva, il camice viene spesso utilizzato come marcatore di posizione e modella di volta in volta i contorni dello spazio terapeutico.

Nei medici che hanno vissuto una drammatica esperienza di malattia sulla propria pelle è frequente, ad esempio, la scelta di indossare il camice il meno possibile, e in particolare con i pazienti dalle storie di malattia più compromesse ed emotivamente coinvolgenti. In molti casi esso rimane tuttavia in bella mostra, appeso sull'appendiabiti, a ricordare che non è la sua assenza ma il suo essere stato dismesso l'elemento a cui si affida il proprio messaggio. E si tratta sempre di un duplice messaggio: di intima condivisione nei confronti del paziente, e di forte critica nei confronti dell'ideologia medica, un modo per denunciare il conflitto che un certo modo di gestire l'emotività, trasmesso durante la formazione medica, ingenera in chi la medicina la *pratica* applicandola a corpi "reali", a quelli che qualcuno definirebbe *mindful bodies* (SCHEPER-HUGHES N. - LOCK M. 1987). Sembra infatti che la sofferenza vissuta in prima persona o attraverso l'esperienza dei propri cari sia uno degli elementi che con più forza fanno saltare il dispositivo di oggettivazione su cui si incardina il sapere biomedico, quel dispositivo cui la biomedicina affida il controllo dei rischi destabilizzanti – poiché difficilmente controllabili – introdotti dall'elemento emotivo. La scelta di riporre il camice, in questi casi, è dunque la dichiarazione di un tentativo in atto di reintegro e riappropriazione di quanto indebitamente "sottratto".

Le recenti spinte alla aziendalizzazione delle istituzioni sanitarie e la conseguente tendenza a trasformare la salute in un bene commerciale e commerciabile, tuttavia, hanno introdotto in proposito – e non solo in Italia – elementi di ulteriore complessità.

Nella prospettiva di una più generale calibratura in chiave neoliberista delle politiche di gran parte dei paesi altamente industrializzati, infatti, il ruolo di paziente tende ad essere sempre più equiparato a quello di cliente consumatore; la competitività diventa la moneta di scambio per la gestione delle risorse e dei capitali, anche in campo sanitario; ogni elemento "debole" finisce per rendere meno spendibile – in quanto a "gradimento" degli utenti – il proprio "prodotto".

Le stesse pressioni che dall' "alto" sembrano voler promuovere una maggiore "umanizzazione" della medicina e del "rapporto medico-paziente",

pertanto, non possono che risultare profondamente e strategicamente marcate in questo senso. Detto in parole povere, si diventa più competitivi se si trova la formula del corretto rapporto medico-paziente, e fatti i dovuti calcoli rispetto a costi e benefici, la strategia migliore sembra essere quella della rivitalizzazione della medicina generale, cui viene delegata ogni responsabilità in materia di “umanizzazione” dei rapporti. Ecco dunque fiorire corsi di formazione, seminari e stage per “insegnare” ai medici (generalisti) a “comprendere” i propri pazienti. Ma per molti di loro la strategia è smascherata:

«Hanno “tecnicizzato” anche l’elemento umano... ora *dobbiamo* essere “umani”, pretendono di insegnarci anche quello! È diventata una buffonata...» [dottoressa M., 51 anni, durante un corso di formazione sul rapporto medico-paziente].

Se la spinta egemonica va verso la costruzione tecnica di medici non tecnici, verso la produzione di medici “umanizzati” e perciò più gradevoli al pubblico dei propri utenti, non è raro cogliere in alcuni medici atteggiamenti più o meno consapevoli di profonda critica e rifiuto a tale manipolazione. Anche in questi casi, il messaggio è affidato ad un certo modo di organizzare gli spazi e gli strumenti tecnici di cui si dispone. Un messaggio che prende forma nel campo delle relazioni e dei rapporti di forza e che pertanto non è mai univoco. Se ad esempio l’istanza “umanizzante” viene letta come un tentativo di “abbassare” il ruolo del medico di base a semplice intrattenitore e accompagnatore dei pazienti nei luoghi in cui si esercita la “medicina vera”, quella specialistica e ipertecnologica, il camice ed altri strumenti diagnostici quali il misuratore elettronico del diabete e di altri valori sanguigni vengono esposti e manipolati in modo da ricordare che il medico di medicina generale è comunque sempre uno “scienziato” autorevole e un medico altamente competente.

Il medesimo messaggio sembra anche affidato alle rivendicazioni identitarie o “di categoria” messe in campo per la costruzione di uno specifico ruolo istituzionale per il medico di medicina generale. Paradossalmente, infatti, si tenta di esprimere una certa istanza di autonomia anche quando ci si appropria delle banalizzazioni (medico generalista = medico amico). Herzfeld sottolinea come lo stereotipo non è mai un semplice “pregiudizio”, quanto piuttosto una vera e propria arma di potere, uno strumento destinato a mascherare specifici interessi e specifiche strategie: la produzione di stereotipi è infatti imprescindibilmente connessa a situazioni in cui sono in gioco delle “identità”, in quanto permette ai soggetti che se ne fanno promotori di sviluppare strategie di auto-giustificazione (HERZFELD M. 1992: 67, HERZFELD M. 2003 [1997]). È un fatto, ad esempio, che gli organismi di rappresentanza dei medici



di medicina generale stiano tentando – giocando in parte con questo stesso stereotipo – di intraprendere, in Italia, la strada della riappropriazione di spazi e modalità della cura che i processi di aziendalizzazione hanno in qualche misura contribuito ad impoverire e dequalificare:

«lo sforzo che stiamo facendo noi in questi anni è stato proprio quello di dare una connotazione e un'immagine e un ruolo, dei compiti, delle funzioni, al medico generale codificati, riconosciuti, anche, no? Perché poi noi intendiamo questo, quello che è importante è che ci venga riconosciuto anche dall'università» [dottor G., 52 anni].

In conclusione, potremmo dire che il sapere biomedico fonda la propria egemonia *anche* sulla costruzione di alcuni dispositivi nei quali condensa i suoi tratti più salienti, affinché si riproducano e si rafforzino attraverso la loro inoculazione nei corpi dei futuri medici e – secondo altre modalità che qui non è stato possibile affrontare – in quelli dei pazienti. Sembra anche, però, che entrambi, medici e pazienti, apprendano altrettanto bene ad utilizzare “scappatoie”, ovverosia tattiche di manipolazione alternativa degli strumenti acquisiti che consentono loro di “agire” in maniera dialettica un proprio dialogo autonomo con l'istituzione medica e, più in generale, con l'ordine sociale.

Un'organizzazione sociale – e quindi anche la biomedicina – ha sempre la necessità, per conservare il proprio assetto e il proprio ordine interno, di prevedere protocolli di comportamento relativamente rigidi e di controllare le potenziali “spinte centrifughe”: è anche a tale scopo che vengono messi in campo dispositivi di contenimento che, sebbene potenti ed efficaci (il camice ne è un esempio), acquisiscono – proprio perché agiti ed utilizzati da *esseri umani* – contorni ambigui e indefiniti, e possono essere costantemente ribaltati ed utilizzati in chiave critica anche contro la stessa organizzazione sociale che li ha prodotti (soprattutto laddove, nel caso della biomedicina, le tattiche adottate dai medici si combinano con quelle attuate dai pazienti). L'etnografia mostra come questo sia concretamente messo in campo proprio nell'ambito dell'incontro terapeutico, che si configura così come lo spazio privilegiato in cui la medicina, in quanto *pratica medica*, si mostra realmente “creativa”, “vitale” e quindi “umana”.

## Note

<sup>(\*)</sup> Il testo che qui si presenta, inedito in italiano, costituisce una versione rivista del paper (*Rhetorics of encounter between general practitioners and patients. Identity strategies and use of coat and other devices in therapeutic space construction*) presentato il 24 settembre 2003 al III Convegno internazionale

“Medical anthropology at home”, sul tema “Medical anthropology, welfare state and political engagement”, svoltosi a Perugia (Italia) nei giorni 24-27 settembre 2003 (per il quale si può vedere una più precisa informazione in questo stesso volume 15-16 di *AM* nella sezione *Resoconti dell’Osservatorio* alle pp. 549-553). La versione originale, in inglese, di questo testo comparirà fra gli atti del Convegno in pubblicazione nel prossimo numero di questa stessa rivista.

<sup>(1)</sup> Qui in particolare il riferimento va soprattutto ai medici di medicina generale, che più di altri fondano la propria specificità professionale su una profonda, ampia e duratura relazione con i propri pazienti.

<sup>(2)</sup> Occorre sottolineare che alla base di un certo tipo di rilettura critica su concetti quali “embodiment”, “agency”, e via dicendo, è evidente come anche l’antropologia statunitense abbia in certa misura proficuamente, sebbene tardivamente, recepito l’insegnamento gramsciano.

## Bibliografia

AINSWORTH-VAUGHN Nancy (1998), *Claiming power in doctor-patient talk*, Oxford University Press, New York - Oxford, XII+ 212 pp.

DE CERTEAU Michel (2001), *L’invenzione del quotidiano*, traduz. dal francese di Mario BACCIANINI, prefazione di Alberto ABRUZZESE, postfazione di Davide BORRELLI [ediz. orig.: *L’invention du quotidien. 1. Arts de faire*, Éditions Gallimard, 1990], Edizioni Lavoro, Roma, XLIV+ 317 pp.

GAGNÉ Natacha (2001), *Théorisation et importance du terrain en anthropologie. Etude de la construction des notions d’ “identité” et de “mondialisation”*, “*Anthropologie et Sociétés*”, vol. 25, n. 3, 2001, pp. 103-122.

HERZFELD Michael (1992), *La pratique des stéréotypes*, “*L’Homme*”, anno XXXII, n. 121, gennaio-marzo 1992, pp. 68-77.

HERZFELD Michael (2003), *Intimità culturale. Antropologia e nazionalismo*, traduz. dall’inglese di E. NICOLCENCOV [ediz. orig.: *Cultural intimacy. Social poetics in the Nation-State*, Routledge, New York - London, 1997, XIV+ 226 pp.], L’Ancora del Mediterraneo, Napoli, 240 pp.

LÉVI-STRAUSS Claude (1990), *De près et de loin*, nuova edizione, Odile Jacob, Paris.

PARSONS Talcott (1965), *Il sistema sociale*, traduz. dall’inglese di A. COTTINO [ediz. orig.: *The social system*, The Free Press, Glencoe (Illinois), 1951], Edizioni di Comunità, Milano, 620 pp.

SCHEPER-HUGHES Nancy (2000), *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un’antropologia medica critica*, pp. 281-295, in BOROFKY Robert (curatore), *L’antropologia culturale oggi*, traduz. dall’inglese [ediz. orig.: *Assessing cultural anthropology*, McGraw-Hill, 1994], Meltemi, Roma, 667 pp.

SCHEPER-HUGHES Nancy - LOCK Margareth (1987), *The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology*, “*Medical Anthropology Quarterly*”, vol. 1, n. 6, 1987, pp. 41-83.

SENAH Kodjo A. (2002), “*Doctor-talk*” and “*patient-talk*”. *Power and ethnocentrism in Ghana*, pp. 43-66, in VAN DER GEEST Sjaak - REIS Ria (curatori), *Ethnocentrism. Reflections on medical anthropology*, Aksant, Amsterdam.

SEPPILLI Tullio - GUAITINI ABBOZZO Grazietta (1974 [1973]), *Schema concettuale di una teoria della cultura*, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale della Università degli Studi di Perugia, Perugia, 89 pp.

## Scheda sull’Autore

Maya Pellicciari è nata a Milano il 13 giugno 1974. Si è laureata in lettere nel febbraio del 1999 presso l’Università degli studi di Perugia, con una tesi di Antropologia medica

**dal titolo:** *Storie di vita di immigrate e immigrati peruviani a Perugia. Il contesto socio-culturale nel paese di origine, la decisione di emigrare, il progetto migratorio, il mutamento delle condizioni di esistenza, le concezioni e le pratiche relative ai processi di salute e malattia, con la quale ha ottenuto il Premio "Alessandro Seppilli" (edizione 1999) indetto dalla Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute per tesi di laurea sul tema: La calibrazione culturale delle politiche sanitarie. Nell'aprile del 2003 ha conseguito il Dottorato di ricerca in Metodologie della ricerca etnoantropologica (Università di Siena [sede amministrativa], Perugia e Cagliari [sedi consorziate]), con una tesi dal titolo: La questione del "rapporto medico-paziente". Uno sguardo critico sulla letteratura e una ricerca etnografica in ambulatori di medicina generale nel Distretto n. 1 della AsL n. 2 (Perugia) della Regione dell'Umbria. Dal 1999 lavora come ricercatrice presso la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, per conto della quale tiene corsi di formazione presso varie Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere e altri enti pubblici e privati. A partire dallo stesso periodo collabora inoltre alle attività didattiche della Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia. I suoi interessi scientifici vertono attorno ai temi dell'antropologia medica e in particolare del rapporto fra operatori, servizi sanitari e utenti, alla questione delle medicine "non convenzionali", al tema della migrazione e del suo rapporto con i servizi sanitari. Fra le principali pubblicazioni in proposito: *Health policies and practices of the Italian services toward immigrant beneficiaries: response typologies*, pp. 174-194, in VULPIANI Pietro - COMELLES Josep Maria - VAN DONGEN Els (curatori), *Health for all, all in health. European experiences oh health care for migrants*, CIDIS/Alisei, Perugia, 2000, 221 pp. / con SEPPILLI Tullio (curatori), *Repertorio bibliografico delle pubblicazioni scientifiche sui problemi di salute/malattia concernenti i nuovi immigrati nel territorio italiano*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 9-10, ottobre 2000, pp. 223-310 / *Ethnography in the consulting room. General practitioners' attitudes towards Italian and Immigrant patients in Perugia (Umbria)*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 11-12, ottobre 2001, pp. 273-287 [volume monografico dedicato a *Medical Anthropology and Anthropology. Contributions of Medical Anthropology at Home to anthropological theories and health debates*, a cura di VAN DONGEN Els e COMELLES Josep Maria].*

## Riassunto

***Retoriche dell'incontro fra medici di base e loro pazienti. Strategie identitarie e uso del camice e di altri dispositivi nella costruzione dello spazio terapeutico***

Uno dei modi in cui viene espressa, riprodotta e rafforzata l'egemonia del sapere biomedico è la costruzione di dispositivi nei quali si condensano i suoi tratti più salienti e la loro incorporazione nei corpi dei futuri medici e, seppure secondo modalità apparentemente differenti, in quelli dei pazienti. Sembra anche, però, che entrambi, medici

e pazienti, apprendano altrettanto bene ad utilizzare “scappatoie” o tattiche di manipolazione alternativa degli strumenti acquisiti che consentono loro di dialogare in maniera dialettica con l’istituzione medica e, di riflesso, con il proprio contesto sociale. La funzione pratica del camice, ad esempio – peraltro dubbia, in un ambiente non sterile – appare chiaramente secondaria a tutta una serie di funzioni di natura “semantica” che lo caratterizzano come una sorta di “marcatore di posizione” all’interno dell’arena sociale. L’incontro terapeutico si configura così come lo spazio privilegiato in cui la medicina diviene realmente “creativa”, “vitale” e quindi “umana”.

## Résumé

*Rhétoriques de la rencontre entre médecins généralistes et leurs patients. Stratégies identitaires et utilisation de la blouse et d’autres dispositifs dans la construction de l’espace thérapeutique*

Un des modes par lesquels est exprimée, reproduite et renforcée l’hégémonie du savoir biomédical est la construction de dispositifs où se condensent ses traits les plus marquants et leur incorporation dans le corps des futurs médecins et, bien que sous des modalités apparemment différentes, dans celui des patients. Pourtant, il semblerait que médecins et patients aient appris, aussi bien les uns que les autres, à utiliser des “échappatoires” ou des tactiques de manipulation alternative des instruments acquis leur permettant de dialoguer d’une manière dialectique avec l’institution médicale et, indirectement, avec leur contexte social. La fonction pratique de la blouse, par exemple – au demeurant douteuse dans un milieu non stérile – apparaît clairement secondaire à toute une série de fonctions de nature “sémantique” qui la caractérisent comme une sorte de marqueur de “position” dans l’arène sociale. La rencontre thérapeutique apparaît ainsi comme l’espace privilégié où la médecine devient réellement “créative”, “vitale” et donc “humaine”.

## Resumen

*Retóricas del encuentro entre médicos de cabecera y sus pacientes. Estrategias identitaria y utilización de la bata u otros dispositivos en la construcción del espacio terapéutico*

Una de las formas en las que se expresa, reproduce y refuerza la hegemonía del saber biomédico es la construcción de dispositivos en los que se condensan sus rasgos más característicos y su incorporación a los cuerpos de los futuros médicos y, aunque con modalidades aparentemente diferentes, en los de los pacientes. Sin embargo, parece

que tanto los médicos como los pacientes aprenden a su vez muy bien a utilizar “escapatorias” o tácticas de manipulación alternativa de los instrumentos adquiridos que les permiten dialogar de manera dialéctica con la institución médica y, como reflejo, con su propio contexto social. Por ejemplo, la función práctica de la bata – por otra parte dudosa en un entorno no estéril – aparece claramente secundaria a toda una serie de funciones de naturaleza “semántica” que la caracterizan como una especie de “marcador de posición” dentro de la arena social. El encuentro terapéutico se configura así como el espacio privilegiado en el que la medicina se convierte realmente en algo “creativo”, “vital” y por tanto “humano”.

## Abstract

### *Rhetorics of encounter between general practitioners and their patients. Identity strategies and use of coat and other devices in therapeutic space construction*

One of the ways in which the hegemonic power of biomedical knowledge is expressed, reproduced and strengthened is the construction of devices in which its salient features are condensed, and then their inoculation in the bodies of the coming doctors as well as in those of the patients. Nevertheless, both patients and physicians learn equally well to make good use of “ways out” or tactics of alternative manipulation of the acquired tools, thanks to which they can “perform”, in a dialectical way, a proper autonomous dialogue with medical institutions and, in general, with the social order. The white coat is a good example because although its “official” and declared function, it is also a very powerful semantic tool that can be overturned and used in specific and critical ways as “position marker” in social scene. The therapeutic encounter therefore assumes the shape of a privileged space in which medicine expresses its actual “creativity”, “vitality” and then “humanity”.

