

## 01. Panorami

In questa sezione dell'Osservatorio vengono pubblicati brevi quadri informativi su filoni scientifici nazionali, scuole o indirizzi teorici o aree tematiche di ricerca o intervento, che pur diversamente "afferimate" nella letteratura corrente convergono tuttavia in varia forma e in modo significativo a comporre il variegato ambito di lavoro della antropologia medica.

### *L'etnografia dell'ospedale. Alcune prospettive di studio nel dibattito antropologico contemporaneo*<sup>(1)</sup>

Elisa Pasquarelli

dottoranda di ricerca in Etnologia e etnoantropologia, Università degli studi di Roma "La Sapienza"

Gli aspetti teorico-metodologici della frequentazione etnografica degli spazi clinici sono stati di recente ridiscussi nel dibattito disciplinare della antropologia medica e, in particolare, nel settore di studi noto come "etnografia dell'ospedale". Si tratta di una riflessione che costituisce un contributo di notevole importanza nello spettro degli interessi di una antropologia della biomedicina. Questo panorama critico intende passare in rassegna alcuni contributi che hanno sancito la (ri)apertura della riflessione su questo ambito di ricerca, con l'intento di tratteggiarne il retroterra teorico ed evidenziarne le potenzialità euristiche, senza tralasciare le problematiche metodologiche connesse a questo tipo di indagine etnografica<sup>(2)</sup>. Il nucleo centrale dei lavori a cui mi riferisco è costituito da tre volumi monografici di altrettante eminenti riviste scientifiche dedicati allo studio etnografico dell'ospedale: il primo è apparso nel 2004, in "Social Science & Medicine" (vol. 59, n. 10) e fu curato da Sjaak VAN DER GEEST e Kaja FINKLER; nel 2008 sono stati distribuiti fra le riviste "Anthropology and Medicine" (vol. 15, n. 2) e il "Journal of Contemporary Ethnography" (vol. 37, n. 2) i contributi presentati alla Conferenza della Australian Anthropology Society, che si tenne a Cairns (Queensland) nel 2006; rispettivamente, i volumi sono curati da Cynthia HUNTER, Debbi LONG, Sjaak VAN DER GEEST; e da Kaja FINKLER, Cynthia HUNTER, Rick IEDEMA.

### *Breve inquadramento degli studi sull'ospedale*

Sugli aspetti sociali e culturali degli ambienti ospedalieri si assesta un'attenzione analitica, in ambito prevalentemente sociologico, negli anni Cinquanta e Sessanta del Nove-

cento e a questi studi, coevi al più celebre e classico lavoro di Erving Goffman sulle istituzioni totali (GOFFMAN E. 2003 [1961]), comuni sono: l'interesse per la natura dei ruoli professionali, per i processi di socializzazione del ruolo, per l'influenza esercitata da contesti, organizzazione ed ideologie istituzionali (GAINES A.D. - HAHN R.A. 1985), nonché una visione dell'ospedale quale realtà "culturale" indipendente ed autonoma rispetto alla dimensione sociale circostante. In un testo dal sapore pionieristico negli studi di questo tipo svolti all'epoca, *Life in the ward* (COSER R.L. 1962), l'ospedale viene descritto come un luogo "esotico", una "piccola isola chiusa" i cui abitanti - malati intesi in senso parsoniano, in una condizione temporanea di sospensione dei ruoli abituali - sono sottratti al mondo esterno dove si conduce invece la "vita normale" (LONG D. - HUNTER C. - VAN DER GEEST S. 2008: 71-72); l'ospedale traspare, in generale, come un dominio circoscrivibile, "subcultura" unica (KING S. 1962) ed isolata (BAZIAK A.T. - DENTON R.K. 1965) all'interno di una più ampia società<sup>(3)</sup>. In questa fase degli studi sull'ospedale, proprio perché esso viene individuato come un mondo culturale autonomo, le analisi sono caratterizzate da una certa trascuratezza delle implicazioni che ha, nella definizione della vita sociale dello spazio clinico, il suo radicamento entro specifiche coordinate storico-culturali, sociali e politiche. A onor del vero, anche in etnografie dell'ospedale di più recente data il rapporto fra contesto ed ospedale è rimasto spesso inesplorato perché i lavori miravano piuttosto ad analizzare le forme che, appunto *al suo interno*, assumono la biomedicina e il discorso biomedico (cfr. ZAMAN S. 2004): ma l'ospedale rifrange, tanto quanto ne subisce la forza plasmatrice, presupposti culturali ed ideologici, rapporti simbolici e valoriali, condizioni e limitazioni politico-economiche della realtà in cui si incastra, ed è su questa acquisizione teorica che una pensabilità antropologica dell'ospedale ha potuto essere validamente ipotizzata.

Uno fra i primi manuali di antropologia medica, edito nel 1978 da George M. Foster e Barbara G. Anderson, dedicava agli ospedali un intero capitolo il cui paragrafo introduttivo, però, avvisava significativamente del fatto che la maggior parte dei lavori presi in esame erano stati prodotti da non-antropologi (FOSTER G.M. - ANDERSON B.G. 1978: 164). La prevalenza di fonti provenienti da settori delle scienze sociali diversi dall'antropologia veniva spiegata dai due Autori con la predilezione della disciplina per il settore psichiatrico, rimandata alla stessa concettualizzazione dell'ospedale come "piccola società", tipica degli studi di questi anni: infatti, essa sollevava la questione di rintracciare all'interno dei nosocomi una o più "culture" e "subculture" che collimasse con la formulazione antropologica della nozione di "cultura" come era stata concepita fino a quel momento nella tradizione disciplinare, e che si adattasse all'applicazione degli strumenti di rilevazione "testati" nei contesti "altri": gli ospedali psichiatrici sembravano meglio appagare quest'esigenza, rispetto agli ospedali generali.

«Se, come la maggior parte degli antropologi crede, le culture richiedono tempo per svilupparsi, le persone che interagiscono quotidianamente per molti anni hanno più probabilità di sviluppare una cultura possibile rispetto a coloro i cui contatti sono transitori. Noi riteniamo che, a causa della continuità dell'interazione tra i loro membri, le culture dei degenti negli ospedali psichiatrici sia più pienamente sviluppata che negli ospedali generali [...]. Sembra plausibile che la ragione per la quale gli antropologi sono stati attratti dallo studio degli ospedali psichiatrici risieda nella congenialità di quanto vi hanno trovato: una vera cultura che può essere studiata attraverso i metodi che hanno usato per l'indagine di altre culture» (FOSTER G.M. - ANDERSON B.G. 1978: 166-167).

Nei decenni successivi agli anni Sessanta del Novecento, i lavori antropologici in ambito clinico sono sporadici (cfr. VAN DER GEEST S. - SARKODIE S. 1998, VAN DER GEEST S. - FINKLER K.

2004, ZAMAN S. 2004, FINKLER K. 2008, LONG D. - HUNTER C. - VAN DER GEEST S. 2008) e, come detto, non sempre capaci di percorrere le dinamiche che legano l'ospedale alle cornici storico-culturale e politico-economica del luogo in cui si trova, catturando ed evidenziano i meccanismi che fondano la sostanziale diversificazione interna degli spazi ospedalieri. D'altra parte, tale diversificazione non si era ancora imposta come tratto elettivo dell'ospedale, che si riteneva fosse pensato e realizzato, nel solo rispetto delle esigenze della pratica clinica, sulla base dei principi "universali" della biomedicina (cfr. VAN DER GEEST S. - FINKLER K. 2004) che gli conferivano caratteristiche omogenee e ricorrenti a prescindere da dove era ubicato, come suggerito da quelle apparentemente più lampanti: si pensi all'uniformità di dispositivi strumentali e tecnologici, alla coincidenza delle prassi organizzative e delle funzioni espletate, alla stabilità delle forme architettoniche, alla standardizzazione delle dinamiche istituzionali e burocratiche.

È evidente come questa visione dell'ospedale contrasti con la concezione antropologica attuale della biomedicina, di cui gli studi storico-culturali hanno messo in luce il carattere proteiforme, variabile, ed internamente differenziato, sottraendola alla identificazione con un apparato unitario e monolitico, fondato su indiscutibili principi di scientificità, razionalità, universalità (cfr. GORDON D. 1988)<sup>(4)</sup>. Nella storia di questi studi, la revisione concettuale della nozione antropologica di "cultura" – non più bagaglio stabile e fisso di caratteristiche attribuibili alle persone o ai contesti, bensì realtà processuale e dinamica estrinsecata in pratiche concrete di continua produzione culturale – ha inciso anche sulla stessa idea di una "cultura della biomedicina" che «non è da intendersi come un' "essenza" fissa, ma piuttosto come un processo culturale in movimento, come una realtà in continuo divenire, vissuta da persone in carne ed ossa» (PIZZA G. 2005: 147). Nonostante sia innegabile la funzione storica che ha svolto nell'evoluzione degli studi antropologici su questa istituzione, la nozione di "cultura" biomedica «si è rivelata poco efficace per comprenderne le "politiche", cioè per cogliere all'opera le azioni reali delle persone in carne ed ossa che abitano il "sistema"» (PIZZA G. 2005: 130), ed oggi lo spazio sociale della biomedicina viene inquadrato, mutuando la definizione di "campo" elaborata da Pierre Bourdieu (BOURDIEU P. 2003 [2001]), come "campo biomedico", cioè come uno spazio regolato da rapporti di forza nel quale agiscono specifiche istituzioni e vi operano i soggetti che ne fanno parte. È su questo terreno teorico che poggia l'etnografia dell'ospedale, proprio per il fatto di condurre negli spazi concreti in cui la biomedicina "prende forma"; l'ospedale, istituzione cardinale fra essi, si presenta connotato da equilibri soggetti ad una costante (ri)negoziatazione da parte degli individui presenti, e la sua vita sociale globale è, di fatto, esito specifico della loro coabitazione.

Può apparire paradossale che al progredire degli studi storici e culturali sulla biomedicina non abbia corrisposto lo sviluppo parallelo di una riflessione sulla natura e sulle funzioni degli ospedali, considerati «identici cloni di un modello biomedico globale» (VAN DER GEEST S. - FINKLER K. 2004: 1996) nonostante il fatto che la loro vita sociale interiore si mostri eterogenea e mutevole, non solamente in contesti differenti. L'ospedale non è un "prodotto" della biomedicina impiantato sempre uguale a se stesso in ogni ambiente sociale, ma una istituzione che assorbe le logiche del suo contorno storico-culturale, le ripropone, e non è immobile di fronte ai processi storici e di mutamento sociale che investono la società in cui s'inserisce. Per questo, una etnografia dell'ospedale può prefiggersi l'approfondimento delle congiunzioni che esistono fra il contesto clinico ed il contesto sociale, evidenziando la derivante pluralità delle forme di vita ospedaliera riscontrabili in varie parti del mondo. Peraltro, la biomedicina stessa si

presenta come una «sfera deterritorializzata, né completamente “globale”, né unicamente “locale”» (DEL VECCHIO-GOOD J. 1999: 36), perciò le etnografie dell'ospedale – che è uno dei luoghi in cui il sapere medico-scientifico si materializza nella pratica clinica – possono anche consentire di leggere le forme della rielaborazione culturale che la biomedicina, nei suoi approdi ormai planetari, subisce.

### *L'ospedale e la realtà storico-culturale e socioeconomica. Due esempi*

Lo studio condotto da Kaja Finkler in un ospedale di Città del Messico (FINKLER K. 2004, cfr. FINKLER K. 2008: 159-163) nasce programmaticamente con l'intento di esplorare le modalità di reinterpretazione culturale della biomedicina e le conseguenze teorico-pratiche di questo processo: l'indagine etnografica era focalizzata sulla pratica medica tributando maggior attenzione alla elaborazione delle diagnosi, in un dialogo costante con fattori storico-culturali e socioeconomici contestuali.

La biomedicina occupa in Messico una posizione egemonica, anche se i sistemi di cura tradizionali, professionalizzati e non, sono molto diffusi: agopuntura, omeopatia, guarigione spirituale... e gode di estesa fiducia presso l'utenza, al punto che il fallimento dei suoi “poteri curativi” viene traslato attraverso il filtro esplicativo dell'attacco stregonesco (FINKLER K. 2004: 2044). Ad uno sguardo superficiale, essa non mostra differenze significative rispetto alla controparte nordamericana con la quale, al contrario, condivide molti elementi: la nosografia, la strumentazione tecnologica, le risorse farmaceutiche; il fondamento biologico del percorso formativo che trasmette un approccio riduzionista e dualista ed alimenta una visione frammentata del corpo; l'impostazione paternalistica della relazione medico-paziente, anche se in Messico i pazienti interpretano questo paternalismo come un segnale dell'interessamento medico per la loro condizione ed i manuali di studio che, tuttavia, falliscono nella rappresentazione della realtà epidemiologica del paese poiché danno molto spazio a microorganismi che causano malattie sostanzialmente estranee al contesto (la febbre gialla, la febbre del Montana) e, viceversa, trascurano quelli che provocano i quadri patologici qui più diffusi, come le Salmonelle che portano gastroenteriti (FINKLER K. 2004: 2042).

Nonostante l'adesione ad una nomenclatura nosologica medica omogenea, le diagnosi non apparivano “culturalmente neutre” ma riflesso delle influenze conviventi nella biomedicina messicana: gli approcci clinici francesi, la marcata enfasi sulla ricerca e sulle tecnologie avanzate tipica della medicina nordamericana, le tradizionali spiegazioni eziologiche locali. Dopo l'ottenimento dell'Indipendenza (1810), che chiude il periodo di colonizzazione inaugurato dalla Conquista Spagnola del 1519, in Messico la medicina di importazione occidentale viene glorificata a detrimento di quella tradizionale e si afferma la tendenza a studiare in Europa e, particolarmente, in Francia. È poi negli anni Quaranta del Novecento che penetra nella biomedicina messicana una marcata influenza del modello statunitense, di cui replica la specializzazione e l'organizzazione di ospedali e istituzioni formative. Sulla riconoscibile matrice nordamericana, si innestano però delle caratteristiche distintive della biomedicina messicana che devono essere ricomprese entro le specifiche coordinate socioeconomiche e socioculturali in cui viene praticata affinché si rivelino, nella prassi quotidiana, come prodotto di una forma di rielaborazione culturale della biomedicina (cfr. FINKLER K. 2004: 2041). Già il fatto che i medici messicani contrappongano l'eredità francese basata sull'enfasi del

modello clinico con la quale prediligono identificarsi al retaggio statunitense, più focalizzato sull'approccio tecnologico, è riconducibile alla specificità di una realtà economica in cui l'accesso alla tecnologia è precluso ai medici e spesso eluso proprio per fronteggiare strategicamente le limitazioni finanziarie in cui l'agire medico deve districarsi. La riconsiderazione di certi esami, quali una radiografia o un elettrocardiogramma, come generalmente non necessari (*ivi*: 2046) e l'evitamento della loro prescrizione routinaria dalla pratica diagnostica danno risposta attiva a queste costrizioni risparmiando il costo all'ospedale e ai pazienti, tuttavia, ciò obbliga i medici a gestire la contraddizione fra le priorità finanziarie che assecondano e le esigenze del malato: un medico ammise che molti degli uomini fra i venti ed i trent'anni che lamentavano dolori al torace potevano avere una angina o un infarto del miocardio perché nonostante in quella fascia d'età fosse statisticamente più probabile che si trattasse di dolori muscolari, esistevano sempre delle eccezioni ma «le strutture mediche all'ospedale lo dissuasero dall'ordinare in modo consuetudinario un elettrocardiogramma per ogni giovane uomo che riferiva un dolore al torace» (FINKLER K. 2004: 2046) anche a dispetto del fatto che i suoi pazienti si sentivano meglio quando l'elettrocardiogramma risultava normale (*ivi*: 2047). L'uso della tecnologia da parte dei medici era votato principalmente alla conferma del proprio giudizio clinico, e se gli esiti delle analisi tecnologiche era contraddetto dall'insieme dei dati clinici, di solito, davano fiducia a questi ultimi assumendo che il referto dei test fosse sbagliato (FINKLER K. 2008: 162-163). In linea con l'impianto formativo di stampo statunitense che avevano ricevuto, i medici coinvolti nello studio conferivano grande importanza ad eziologia, diagnosi e trattamento. Essi, però, attingevano al repertorio eziologico tradizionale adottando i quadri esplicativi indigeni relativi alle emozioni, ad esperienze negative, a cause sociali ed ambientali e all'alimentazione, reintegrando le diagnosi nelle griglie interpretative della biomedicina secondo le sue etichette nosologiche: la categoria diagnostica locale dei *nerves*, per esempio, era considerata dai medici sia come una malattia sia come una possibile causa, ma in entrambi i casi veniva ridotta ad un disturbo di tipo organico, ad una disfunzione neurologica (FINKLER K. 2004: 2045-2046). L'Autrice nota inoltre che le diagnosi variavano anche in base al medico che le produceva, talora tradendo l'azione di credenze eziologiche personali – ed è soprattutto di fronte a malattie di incerta eziologia, come quelle croniche che hanno rimpiazzato le infettive, che si descrive intorno al medico uno “spazio” di mistero, in cui l'attribuzione diagnostica e di causalità risultano molto più malleabili e suscettibili di una interpretazione culturale o personale (*ivi*: 2048-2049) – ma comunque «le diagnosi ruotavano principalmente intorno alla disfunzione fisiologica» (FINKLER K. 2004: 2046).

La biomedicina messicana appare insomma presa fra due mondi: da un lato, quello della medicina tecnologizzata moderna, dall'altro la realtà di una nazione “in via di sviluppo” dove medici e pazienti perpetuano una comprensione tradizionale della malattia che richiede tecnologie semplici per la gestione dei quadri patologici più diffusi, peraltro causati dalla povertà e dalle avverse condizioni sanitarie: il desiderio dei malati di accedere a risorse tecnologiche, riscontrabile probabilmente in ogni parte del mondo, nel caso dei pazienti dell'ospedale dove l'Autrice condusse la propria ricerca richiedeva perciò dei cambiamenti politici atti a risolvere il problema della povertà e a migliorare l'offerta sanitaria (*ivi*: 2048). Attraverso l'osservazione della pratica medica in un dato ospedale, Kaja Finkler ha dimostrato come questi due piani dialogassero all'interno di una fisionomia biomedica situata: «in breve, la biomedicina viene “messicanizzata” in Messico» (FINKLER K. 2004: 2048). In effetti, nel contesto globalizzato odierno, la massiccia esportazione del modello biomedico non sfocia in una ibridazione di

tutti gli aspetti della biomedicina nonostante taluni elementi paiano gli stessi in tutto il mondo: essi subiscono in realtà una riplasmazione culturale, ed è proprio sulla giustapposizione fra quanto sembra rimanere inalterato e ciò che subisce una manipolazione culturalmente veicolata che può attestarsi una esplorazione analiticamente proficua.

La prerogativa conoscitiva della etnografia dell'ospedale insita nella sua vocazione a rintracciare, nella dispersione di azioni e decisioni rinvenibili al suo interno, la morfologia o le morfologie che esso assume, in contesti situati, attraverso le specifiche pratiche di specifici attori sociali, consente accesso analitico ad una più estesa realtà storico-culturale, sociale, politica ed economica, come dimostra, per esempio, la correlazione rintracciata da Shahaduz Zaman, medico e antropologo che avrà ancora modo di citare, in un lungo studio etnografico svolto all'interno di un ospedale in Bangladesh, fra l'esperienza quotidiana della vita di reparto e le caratteristiche della società nel suo complesso riguardo a gerarchie, disuguaglianze sociali, meccanismi della violenza, rapporti di forza e relazioni di genere (ZAMAN S. 2004).

Nel reparto ortopedico bangladesese dove ha svolto la ricerca (ZAMAN S. 2004, 2006, 2008) venivano ricoverati soprattutto giovani maschi vittime di incidenti stradali o infortuni sul lavoro, ma anche di episodi di violenza che si facevano specchio dell'intolleranza che serpeggiava in una società dove aggressioni, omicidi e sangue sono temi persistenti e realtà consuete della vita sociale; lo dimostrano esemplarmente alcuni fra i casi che l'Autore menziona: un uomo aveva mani e gambe stritolate in seguito all'esplosione accidentale di una bomba che stava fabbricando in casa per provocare il panico durante una dimostrazione politica; un quattordicenne aveva perso le gambe perché un altro giovane, in seguito ad una discussione, lo aveva spinto giù da un treno; ad un uomo erano state tagliate le mani da un parente per acquisire un appezzamento di terreno; gli esponenti di un gruppo politico avevano tagliato le membra ai militanti di un gruppo rivale per vendetta (ZAMAN S. 2004: 2027, 2033). La prevalenza maschile dei degenti e dei famigliari che li assistevano viene spiegata dall'Autore come una conseguenza del concetto musulmano di *purdah* (reclusione), una complessa ideologia che chiama in causa i valori locali di timidezza, onore e vergogna (*ivi*: 2027, 2034) non limitandosi a sanzionare la limitazione della mobilità femminile, e che scoraggia il coinvolgimento anche professionale delle donne in contesti extra-domestici. Questo, da un lato, riduce l'esposizione femminile ai rischi di procurarsi fratture o altri danni ortopedici e, dall'altro lato motiva la loro assenza a fini assistenziali accanto ai famigliari malati, nonostante il dovere di cura sia generalmente ascritto alle donne, poiché la loro presenza in un reparto che ospita prevalentemente uomini risulta sconveniente. Chiaramente, le infermiere subivano il negativo giudizio morale che il *purdah* proiettava su donne che lavoravano anche di notte fuori casa e la pressione delle dicerie sul loro rapporto con i medici.

La vita sociale quotidiana del reparto rispecchiava la generalizzata povertà del paese: l'ospedale non disponeva di presidi essenziali come garze, cotone e medicinali e gli staff erano cronicamente sottopagati e frustrati dall'assenza di prospettive di fare carriera o ottenere una promozione (*ivi*: 2030-2031); questa povertà riflessa ricadeva soprattutto sui pazienti e sulle loro famiglie, tenuti a sostenere gli esosi costi dell'ospedalizzazione, nonostante il ricovero fosse virtualmente gratuito: acquistavano i materiali ed i farmaci necessari sopperendo alle mancanze della fornitura ospedaliera, sottostavano al vigente sistema di pagamenti informali che sottoforma di "mance" li costringeva ad elargire denaro a chiunque svolgesse piccoli compiti per loro, come accompagnare un malato in bagno o in laboratorio per fare una radiografia, peraltro

in una condizione finanziaria aggravata dalla perdita dei guadagni personali indotta dalla permanenza in ospedale, essendo la maggioranza dei pazienti lavoratori a giornata (*ivi*: 2028). La presenza dei famigliari in reparto era costante e indispensabile per garantire al malato il sostegno di cui aveva bisogno in quanto essi colmavano le carenze di staff insufficienti ed oberati dagli impegni burocratici svolgendo mansioni assistenziali – aiutare il paziente ad andare in bagno, a lavarsi, imboccarlo – e compiti anche specialistici ai quali li avviavano gli infermieri, come disinfettare le ferite e cambiare i bendaggi; però, gli staff sanitari non avevano con i famigliari un rapporto disteso e scagliavano abitualmente contro di loro umiliazioni e criticismo: li accusavano di essere d'intralcio nello svolgimento del lavoro, disubbidienti quando dovevano lasciare il reparto, di rubare oggetti dell'ospedale, porre domande stupide e non capire quanto veniva loro detto dai medici e dagli infermieri. Il "rimprovero" era un tratto caratteristico dello scenario quotidiano del reparto, e non veniva rivolto solamente ai famigliari, ma anche ai pazienti, da tutti gli esponenti dello staff inclusi quelli che occupavano i gradini più bassi della gerarchia, come gli addetti alle pulizie: i medici "rimproveravano" i pazienti, per esempio, se tentavano di porre domande durante la visita medica perché erano autorizzati a parlare solo per rispondere a quelle che venivano loro poste; gli infermieri rimproveravano i pazienti per non aver seguito in modo appropriato le istruzioni ricevute, o per aver provato a ottenere delle informazioni sul trattamento predisposto (*ivi*: 2028). Il valore sociale delle gerarchie era espresso chiaramente dall'articolazione dei rapporti interni all'ospedale, con lo staff impegnato costantemente nel rinforzo e nella preservazione di confini fra medici e pazienti e fra i vari livelli professionali in modo da riaffermare e confermare disuguaglianze istituzionalizzate: uno dei meccanismi che consentiva questo processo era proprio quello del "rimprovero", che permetteva anche ai lavoratori gerarchicamente inferiori di acquisire uno status comunque più elevato di quello concesso ai malati ed ai loro famigliari (*ivi*: 2032).

Nell'articolazione della vita di reparto, dunque, si intuivano caratteristiche della società in generale: la povertà e la prevalenza della violenza, l'importanza delle gerarchie sociali, l'invisibilità delle donne, il valore della famiglia, ed anche la diffusa inventiva volta a fronteggiare i molteplici problemi contingenti che su ciascuno incombevano attraverso stratagemmi differenziati: i medici tentavano di compensare le costrizioni finanziarie assumendo staff non ufficiali, ridistribuendo fra i pazienti più poveri denaro, strumenti e farmaci aggiuntivi chiesti ai famigliari dei degenti più ricchi; gli esponenti delle classi occupazionali meno pagate si organizzavano in associazioni per tutelare i propri interessi contro le accuse di commettere atti illegali per accrescere il loro guadagno; i pazienti che non consumavano i pasti ospedalieri e ricevevano il cibo da un ristorante o da casa, lo spartivano con quelli meno abbienti (*ivi*: 2031, 2034). Vari studiosi del Bangladesh hanno messo in luce che l'inventiva e individuazione e applicazione di soluzioni strategiche caratterizzano la popolazione bangladese. Quando il Bangladesh ha ottenuto l'Indipendenza dal Pakistan (1971) ed è stato riconosciuto dalla comunità internazionale come stato sovrano, molti espressero dei dubbi sulla sua capacità di auto-governo e di sviluppo, eppure «nonostante ripetuti disastri, instabilità politica e povertà, la popolazione del Bangladesh ha individuato proprie tecniche di sopravvivenza e ha anche fatto considerevoli progressi in molti settori, smentendo nel frattempo le supposizioni dei teorici dello sviluppo» (*ivi*: 2034).

Dunque, l'etnografia dell'ospedale come analisi della vita sociale di un reparto può consentire l'esplorazione «dei valori di fondo e delle credenze di una data società»

(ZAMAN S. 2004: 2035), i cui processi sociali e culturali dominanti possono essere di fatto sia riflessi sia rinforzati all'interno del contesto ospedaliero (VAN DER GEEST S. - FINKLER K. 2004: 1996).

### *Le "barriere" intorno all'ospedale*

Volendo indicare, in modo schematico, gli ostacoli che hanno compromesso lo sviluppo di etnografie dell'ospedale, uno è ravvisabile nella visione dell'ospedale come istituto ed istituzione stabile ed indifferenziato, cui ho accennato in precedenza; ne sono stati individuati e discussi altri due, che quantunque distinguibili per convenienza espositiva, appaiono strettamente interconnessi: la difficoltà di ottenere accesso ai reparti, che enuclea il rischio di vedersi negata la possibilità di svolgere l'indagine etnografica, e la riluttanza degli staff sanitari verso l'"osservazione esterna" del loro operato (cfr. VAN DER GEEST S. - SARKODIE S. 1998, INHORN M. C. 2004, ZAMAN S. 2004, 2008). Referente sottinteso di ambedue è la problematicità della relazione, incarnata dal singolo ricercatore e dai suoi specifici interlocutori, fra la prassi di ricerca antropologica e la biomedicina assurda ad oggetto di analisi.

La necessità di affrontare le remore etiche delle autorità mediche appartiene alla generale intelaiatura metodologica della etnografia dell'ospedale perché esse, in forme più o meno intense, caratterizzano quei segmenti iniziali del percorso burocratico che conduce verso l'auspicato ingresso in reparto, definendo i termini della sua "ammissibilità". La conduzione di una ricerca etnografica in ambito clinico richiede la concessione, da parte dell'autorità medica, di una autorizzazione al suo svolgimento che suggelli in modo ufficiale la legittimazione del ricercatore ad entrare in reparto o altra area clinica. Ma questi spazi complessi possono risultare inaccessibili all'investigazione etnografica e l'ingresso non deve essere dato per scontato ma negoziato, nella coscienza che tale negoziazione può risolversi in una ridefinizione dei presupposti della ricerca, il cui rimodellamento da parte medica – tanto esplicito, quanto sottaciuto – può imporsi come preconditione al consenso per il suo svolgimento. L'approvazione dell'indagine antropologica, infatti, può combinarsi a prescrizioni che costringono ad una revisione dell'impianto metodologico preliminarmente ipotizzato, come limitazioni alla libertà di movimento del ricercatore o alla sua autonomia organizzativa o restrizione delle possibilità di avvicinamento ai pazienti: si tratta di discipline che, perlopiù, vengono presentate come faccende di "consenso informato" o di rispetto della privacy dei degenti, ma possono essere anche smussature calibrate sulle esigenze del lavoro di reparto, verso il quale, chiaramente, il ricercatore non deve rappresentare un intralcio.

Il fatto che un individuo alieno alle compagini professionali e sociali che occupano lo spazio ospedaliero intenda esercitarvi un sapere distante e diverso da quello su cui si fonda l'agire clinico può suscitare un certo disagio nei rappresentati dell'istituzione biomedica. Questa reticenza ad accogliere ricerche etnografiche nei reparti nosocomiali è stata classificata fra le concause che, storicamente, hanno determinato la tendenziale rarità di questo genere di studi (ZAMAN S. 2004) e la preoccupazione circospetta, appunto, che stimolano nei medici propositi di osservazione ed eterovalutazione del loro mondo professionale ne è stata supposta matrice (*ibidem*). Un'ansia affine, instillata nei membri delle categorie professionali sanitarie dalla presenza fisica del ricercatore, può aleggiare sull'agire etnografico anche all'interno del contesto ospeda-

liero dove l'applicazione di una metodologia inconsueta come quella antropologica potrebbe risultare indecifrabile agli attori sociali: la pratica dell'osservazione, dispiegata da un esterno estraneo che circola in corsia stendendo oscuri appunti, che sofferma la propria attenzione su prassi professionali consolidate e dimensioni che conservano, agli occhi dei soggetti del campo sanitario, un manto di ovvietà, la tendenza a porre domande, tutto ciò può scatenare un certo sospetto (TANASSI L. 2004) ed alimentare il timore che l'operato clinico sia sottoposto alla valutazione di un individuo tenuto a darne poi un giudizio (ZAMAN S. 2008). Naturalmente, non è da escludersi che gli staff assumano un atteggiamento partecipativo e collaborante, spinti, al contrario, da una genuina predisposizione verso le procedure etnografiche (TANASSI L. 2004, WIND G. 2008, ZAMAN S. 2008).

Da ciò, si ricava una importante notazione metodologica relativa al fatto che il "ruolo" che si assume nei confronti degli altri soggetti presenti non è scevro di conseguenze sulle modalità di acquisizione della conoscenza e sulla definizione delle traiettorie relazionali che si deve, vuole o potrebbe percorrere.

### *Questioni di metodo*

La funzione professionale e la condizione patologica sono i due parametri che consentono di identificare tutti i ruoli formalizzati presenti in uno spazio ospedaliero (ANDERSEN H. M. 2004) secondo un criterio cui sfugge la collocazione della figura del ricercatore in antropologia in una categoria istituzionale. La fuoriuscita del ricercatore da una condizione di enigmaticità agli occhi degli altri attori presenti potrebbe essere affidata alla sua integrazione, metodologicamente ponderata, in una delle categorie umane presenti e codificate: può inserirsi nello staff medico o infermieristico; tentare l'assimilazione ai degenti facendosi "ricoverare", oppure presentarsi come visitatore esterno. Esistono anche altre "ruoli" assumibili: per esempio quello di studente, nel quale tuttavia può calarsi solo il ricercatore che, per motivi di età, risulti credibile in quei panni (WIND G. 2008) o, ancora, il volontario (TINNEY J. 2008). Questo panorama è arricchito da occasioni di rilievo metodologico che si creano negli interstizi fra l'ambiguità del ricercatore e la precisione identitaria dei "ruoli" formali: è il caso dell'antropologo malato che produce una (auto)etnografia del reparto ospedaliero in cui vive l'esperienza del ricovero (cfr. ad esempio COMELLES J. M. 2002); è il caso del medico che conduce una etnografia dell'ospedale in concomitanza allo svolgimento della propria attività clinica (VAN AMSTEL H. - VAN DER GEEST S. 2004) o a prescindere da essa, non occultando però la propria biografia formativa (VERMEULEN E. 2004, ZAMAN S. 2008). L'assunzione artificiosa di un ruolo (quale che sia) se pure assolve alla funzione di sottrarre il ricercatore all'insidiosa ambiguità di una posizione indefinita, non dissolve né risolve l'ambivalenza metodologica di ognuna delle tre soluzioni praticabili. Anzi, quando si svolgono ricerche etnografiche in contesti ospedalieri l'ambiguità identitaria del ricercatore è quasi sempre parte costitutiva del lavoro che si svolge (cfr. MULEMI B. A. 2008: 118). La categorizzazione fittizia del ricercatore in una compagine professionale è risultata opzione prediletta (VAN DER GEEST S. - FINKLER K. 2004) ma attualmente, la scelta metodologica predominante sembra indirizzarsi verso la proclamazione della propria identità di ricercatore, il cui nascondimento – come è intuibile – non è scevro di conseguenze sulla morfologia delle relazioni interpersonali che si instaureranno con gli altri attori sociali.

### *Il ricercatore in antropologia dentro l'ospedale*

I paragrafi seguenti dedicati alla metodologia sono disseminati di accenni alla soluzione di presentarsi esplicitamente come ricercatore in antropologia, che si intravedono in controluce fra le righe di quelle considerazioni sul metodo applicate alle altre opzioni per svelarne i risvolti più problematici: questo non significa, sia chiaro, che svolgere la propria etnografia senza celarsi dietro camuffamenti – peraltro legittimi e, se metodologicamente consoni ai propri obiettivi scientifici, necessari – esima dall'affrontare delle difficoltà, o sia più semplice, quanto piuttosto segnala di una riflessione teorico-pratica che attingendo all'esperienza etnografica concreta nella complessità degli ambienti ospedalieri ha interrogato le implicazioni del nascondimento dei propri intenti bilanciando vantaggi ed ostacoli anche attraverso il dialogo con il referente rappresentato dal suo evitamento. Indossare un camice o una uniforme, confondersi fra i degenti, introdursi come visitatore, come ricercatore o assumere altri “ruoli” ancora come lo studente o il volontario costituiscono possibilità diverse che comportano delle valutazioni specifiche, tra l'altro di situazione in situazione necessariamente differenti, ma sono assimilabili da un punto di vista teorico-metodologico per il fatto di coniugare sempre certi aspetti facilitativi ad altri più complessi in riferimento allo svolgimento dell'indagine etnografica. La ponderazione di questi elementi è cosa opportuna e indispensabile, perché variano al variare degli intenti analitici, degli obiettivi della ricerca, e anche delle persone coinvolte nel preciso contesto in cui si intende operare, con intuibili ricadute rilevanti sull'impianto del proprio “fare” etnografico. Intendo fornire una panoramica delle posizioni emerse, nel dibattito più attuale, riguardo alle caratteristiche metodologiche dell'etnografia dell'ospedale, con riferimento agli aspetti di rilievo operativo che è bene tenere in considerazione quando si opera una scelta di metodo, dando quindi per assunto e sottinteso che tali decisioni ubbidiscano anche a criteri soggettivi, nel rispetto delle esigenze della ricerca e dei suoi obiettivi prefissi.

### *Nei panni del falso paziente*

*The fake patient. A research experiment in a Ghanaian hospital* è il titolo di un saggio nel quale Sjaak van der Geest e Samuel Sarkodie discutono una loro esperienza di ricerca in ambito ospedaliero la cui peculiarità metodologica è costituita dal fatto che il ricercatore ebbe accesso al reparto come finto degente e fu integrato al resto dei malati dopo una procedura “usuale” di ricovero. Come si evince dal titolo, questa indagine assunse un carattere sperimentale, ed il suo primo intento era proprio quello di «valutare una strategia di ricerca» (VAN DER GEEST S. - SARKODIE S. 1998: 1378). L'importanza di essere paziente nella comprensione delle dinamiche interne ospedaliere era emersa nella coscienza del primo Autore a seguito di un personale periodo di ospedalizzazione in Ghana: ciò che aveva potuto osservare, infatti, dipingeva una realtà nosocomiale – sulla quale si plasmavano le esperienze, tendenzialmente inesplorate, dei pazienti – molto distante dall'immagine ideale dell'ospedale o dalla sua controparte occidentale (*ivi*: 1375). Ad entrare in ospedale nelle mentite spoglie di degente fu il secondo Autore, Samuel Sarkodie, preceduto da una lettera con cui Sjaak van der Geest aveva sottoposto all'ospedale la propria proposta di indagine, specificando la particolarità dell'impianto metodologico e le ragioni della sua scelta.

«Il modo in cui condurrà la ricerca è un po' inusuale, forse. Io vorrei che fosse "ammesso" in uno dei vostri reparti per un periodo di circa tre giorni. Essendo lui stesso un "paziente" si troverà nella posizione migliore per osservare e capire ciò che i pazienti stanno facendo e vivendo. La falsità della sua malattia dovrebbe essere rivelata allo staff medico, ma non ai pazienti» (VAN DER GEEST S. - SARKODIE S. 1998: 1376).

L'entusiasmo e la rapidità con cui l'ospedale acconsentì allo svolgimento della ricerca avallandone anche il metodo sconfessò le aspettative di ardua negoziazione e i timori di rifiuto che albergavano negli autori al momento di avanzare la loro richiesta, scalfendo l'immagine piuttosto solida, e confortata da numerose esperienze precedenti, della riluttanza medica verso questo genere di studi. In contesti diversi da quello occidentale, il riscontro di un atteggiamento medico meno maldisposto verso ricerche di questo tipo è spesso attribuito al minor rilievo che vi rivestono questioni etiche, come la tutela della privacy del paziente e le formule del consenso informato, le quali – ricordo – possono del resto rifornire una retorica medica tesa ad occultare le proprie apprensioni verso l'osservazione esterna dell'operato clinico, costituendosi come "barriere" all'accesso in ospedale o come pretesti per la riduzione della libertà di movimento del ricercatore al suo interno. Nell'ospedale ghanese dove fu svolto lo studio «lo staff [...] era poco interessato alla privacy dei pazienti e non percepiva alcun rischio nell'autorizzare un ricercatore non-medico ad osservare il modo di agire nel reparto. Il "consenso informato" non fu mai menzionato» (*ivi*: 1378-1379). Ciò, beninteso, non designa una generica indifferenza verso tematiche la cui importanza negli ospedali occidentali si è fatta via via più stringente, quanto piuttosto una peculiare realtà dei rapporti fra biomedicina e utenza. Pazienti che già vantano, all'interno dell'ospedale, ben pochi diritti, si inseriscono in una relazione fortemente gerarchizzata con i medici, sui quali il loro eventuale malcontento non ha nessuna potenzialità di ricaduta: di fatto, il solo modo con cui i pazienti possono esternare insoddisfazione consiste nel «lasciare l'ospedale e cercare fortuna altrove» (*ivi*: 1379), eventualità ininfluente, per il personale sanitario, anche da un punto di vista economico-finanziario poiché gli stipendi non dipendono dal pagamento, pur sostenuto, dai degenti (*ibidem*). A questi fattori, si aggiunga che lo staff medico-infermieristico sapeva che Sarkodie, ammesso in reparto con una diagnosi di malaria, non era veramente "malato"; questo poteva rinforzare in loro l'impressione di essere esonerati dalla attenzione analitica, rivolta esclusivamente sugli altri degenti, invece tenuti "opportunamente" all'oscuro della vera identità del ricercatore. L'omissione della inclusione dei professionisti nella cornice degli interessi della ricerca fu deliberata, e neutralizzò l'effetto "disorientante" che può suscitare negli operatori sanitari la consapevolezza di essere "osservati".

Il pregio metodologico di una ricerca etnografica svolta nei finti panni di un falso paziente risiede nella distensione della permanenza in reparto entro un arco temporale ininterrotto e continuativo, nonché legittimo agli occhi degli altri attori presenti: la presenza costante in corsia favorisce una osservazione estensiva di tutte le dinamiche, anche quelle informali, che costruiscono la vita quotidiana di un ospedale. In tal senso, questa soluzione metodologica appare congeniale all'esigenza etnografica di condurre un'osservazione "partecipante" il più protratta nel tempo possibile, eludendo le limitazioni che gravano sulle altre modalità plausibili. Valga a titolo esemplificativo, la condizione di "visitatore esterno": oltre ad orari pre-indicati, il ricercatore sarebbe sottomesso alle regole, piuttosto restrittive, che disciplinano l'accesso ai reparti e subirebbe la preclusione di tutte le zone in cui non sono ammessi, per ovvie ragioni, gli "esterni" (gli ambulatori, la sala degli infermieri, studi medici, ecc...);

dovrebbe destreggiarsi fra orari imposti di entrata ed uscita, separati da uno spazio temporale abbastanza ridotto che di solito si concentra in frangenti della vita di reparto in cui la maggior parte delle attività cliniche ed assistenziali, cui in nessun caso potrebbe peraltro assistere, sono ferme e di certo mai nei momenti più intensi sul piano operativo.

Ma esistono anche dei punti problematici: in primo luogo, entrare in un ospedale nei finti panni di falso malato ospedalizzato non è sempre possibile, poiché esistono reparti nei quali il ricovero richiede dei requisiti che potrebbe essere piuttosto difficile simulare: si pensi ai reparti ortopedici, dove come minimo i pazienti hanno un osso rotto (ZAMAN S. 2008) e se anche l'ipotesi fosse concretizzabile, essa potrebbe sommuovere la coscienza "etica" del ricercatore, specialmente in condizioni di riduzione o generale carenza di posti-letto (*ibidem*) tanto più che non è affatto indispensabile fingersi paziente per riuscire a parlare con i degenti, anche in modo approfondito, magari sfruttando i tempi di attesa (WIND G. 2008). In secondo luogo, su un piano più schiettamente metodologico, fingersi "paziente" riduce la fruibilità dei mezzi di rilevazione e documentazione antropologici, dalla stesura di un diario di campo e di note, all'utilizzo di strumenti di registrazione audio-visuale fino alla realizzazione di interviste: Sarkodie in effetti «non ha potuto raccogliere informazioni sistematiche dagli altri pazienti. I suoi dati erano frammentari, pezzi e parti come normalmente appaiono nelle conversazioni umane» (VAN DER GEEST S. - SARKODIE S. 1998: 1379). Il motivo è piuttosto logico: la sua "vera" identità, come detto, non era stata rivelata agli altri degenti e questa decisione aveva una sua ovvia fondatezza metodologica poiché salvaguardava la "credibilità" del ricercatore nei panni che aveva scelto di vestire. A ben guardare, però, il ricercatore non aveva nascosto il proprio vero ruolo solamente agli altri degenti, poiché lo staff non conosceva che parzialmente le sue intenzioni, dal momento che sarebbe stato "oggetto" di studio quanto i malati, ma non ne era al corrente (*ibidem*); i membri dello staff poterono essere nondimeno coinvolti in interviste mirate, la cui realizzazione con i pazienti era impedita dal fatto stesso di essersi presentato come paziente a sua volta. Questo "inganno identitario" alla fine dell'esperimento è stato interrogato e, probabilmente, «i pazienti sarebbero stati disposti a parlare con Sarkodie in qualità di ricercatore, tanto quanto lo furono con lui in qualità di "paziente"» (*ivi*: 1380), e in un'ottica più generale è sconsigliabile occultare la propria identità agli staff poiché ciò potrebbe compromettere la già fragile relazione tra ricercatore e professionisti clinici.

Ho, qualche riga sopra, parlato di osservazione partecipante virgolettando quest'aggettivo di uso comune nel gergo antropologico, perché uno dei punti comuni alle varie soluzioni metodologiche è rappresentato proprio dal fatto che nessuna permette di giungere ad una reale "partecipazione" alla vita sociale di un reparto, al punto tale che quella svolta nei reparti ospedalieri viene ritenuta da alcuni, per definizione, un'osservazione non-partecipante (VERMEULEN E. 2004, WIND G. 2008): quale grado di "partecipazione" ottenga il ricercatore nelle mentite spoglie di degente, è difficile stabilire. Sarkodie entrò in reparto dopo aver subito tutte le procedure che precedono l'ammissione, inclusa una visita infermieristica durante la quale furono rilevati la sua temperatura corporea, la pressione sanguigna, il peso e registrate le condizioni di salute dei giorni precedenti, ma «siccome la sua identità era nota agli infermieri, Sarkodie ricevette probabilmente un trattamento speciale» (VAN DER GEEST S. - SARKODIE S. 1998: 1376) che non costruiva che una vaga approssimazione all'esperienza reale dei veri malati:

«[...] non soffrire dolore e disagio, non doversi preoccupare del futuro, di come sfamare la famiglia, di come pagare il conto dell'ospedale, fa una grande differenza. Osservare e prendere note da questo confortevole punto di vista privava il ricercatore della possibilità di partecipare pienamente alle esperienze dei pazienti dell'ospedale» (*ivi*: 1379).

Infatti, sottostare agli orari imposti ai degenti, mangiare gli stessi cibi, subire le medesime procedure tecniche e cliniche non fa del ricercatore, da sano, un malato e dunque, va da sé, che sia poi la sofferenza a conservare la distanza.

Questa modalità di ingresso etnografico in reparto consente una permanenza durevole in corsia – più giorni consecutivi, per tutto il giorno e tutta la notte – e questo garantisce al ricercatore una visuale sull'interezza quotidiana della vita sociale ospedaliera: dalle caratteristiche professionali del lavoro di medici, infermieri ed altri operatori sanitari, alle condizioni e alle dimensioni esperienziali dei pazienti e dei famigliari che li affiancano. Ciò basta a consacrare la riuscita di questo esperimento di ricerca, poiché esso ha messo in luce la validità che, in generale, una prolungata presenza dentro un reparto riveste per la produzione della conoscenza sulle dinamiche che ne sorreggono la vita interna.

### *“Medici” che osservano*

Dentro un ospedale, il camice bianco, come un'uniforme o una divisa, è un simbolo polisemico che, precipuo rispetto a tutti i significati veicolati, suggerisce l'associazione meccanica di chi lo indossa all'istituzione biomedica. Rispetto ad un programma di osservazione etnografica questo fatto, almeno in via generale, non è troppo giovevole a meno di considerarne previamente le molteplici implicazioni. Le riflessioni su questa tipologia di indagine interessano anche i medici “veri” che si sono misurati con l'intenzione di produrre etnografie dell'ospedale e potrebbero riguardare addirittura il ricercatore che abbia scelto di presentarsi come tale, laddove la circolazione in corsia o altra zona ospedaliera sia sottoposta all'obbligo, variamente motivato, di indossare comunque un camice bianco.

«All'interno dell'ospedale *mi fu chiesto* di indossare un camice bianco e questo causò alcuni problemi: sebbene abbia reso più facile l'accesso ai reparti e agli operatori, ha anche reso più complicato spiegare ai pazienti che io non ero un medico e che la partecipazione alla mia ricerca non avrebbe influenzato l'assistenza clinica che avrebbero potuto ricevere» (TANASSI M. L. 2004: 2055, corsivo mio).

Uno dei momenti più delicati di una etnografia dell'ospedale, come ho detto, è rappresentato dal confronto con le autorità mediche che dovrebbero autorizzarne lo svolgimento e, in questa fase, essere un medico potrebbe agevolare il processo e assicurare in una certa misura il buon esito della vertenza. Shahaduz Zaman attribuisce alla sua formazione medica la facilità con cui ottenne l'accesso al reparto bangladese di cui ho già parlato, aggirando gli scogli che spesso i ricercatori hanno incontrato in questa fase delle ricerche in ambito ospedaliero (ZAMAN S. 2004: 2026) anche se la sua qualifica medica sicuramente «non avrebbe garantito un ingresso così facile in un contesto occidentale, dove sarebbe stata richiesta almeno l'approvazione da parte della commissione etica o del corpo amministrativo dell'ospedale» (ZAMAN S. 2008: 138), nel rispetto di quelle questioni etiche relative ai diritti ed alla privacy la cui regolazione è affidata ad organismi istituzionali che non esistono in paesi come il Bangladesh (*ibidem*). Il prima-

rio del reparto di ortopedia scelto come “campo” espresse il proprio placito con parole dietro alle quali si subodorava, e questo è un dato significativo, l’assunzione che il fatto che fosse un medico a proporre la ricerca intervenisse come una specie di “garanzia”, una assicurazione intrinseca che l’attenzione analitica non si sarebbe soffermata sulla pratica clinica, sui significati dell’agire medico e sulle relazioni fra i membri delle categorie professionali:

«Tu sei uno di noi. Sei il benvenuto per svolgere la tua ricerca qui. I giornalisti scrivono regolarmente cose stupide sugli ospedali; loro non sanno niente del mondo medico. Spero che tu non scriverai solo quanto siamo cattivi» (ZAMAN S. 2008: 138).

Di non minore rilievo teorico-metodologico è che Shahaduz Zaman abbia scelto di svolgere la propria etnografia presentandosi in reparto come ricercatore, non come medico. L’integrazione allo staff sanitario apporta alcuni benefici alla pratica etnografica perché sottrae la figura del ricercatore alla indecifrabilità che potrebbe promanarne in un reparto ospedaliero consegnandola ad una discreta libertà di circolazione in spazi e contesti che, diversamente, non sarebbero etnograficamente accessibili: la sala degli infermieri o un ambulatorio, le camere durante il giro di visita medica, per fare degli esempi; la presenza in corsia assume infatti un carattere di normalità evadendo peraltro qualunque sacrificio temporale, a parte il fatto incontestabile che la routine professionale disciplini la libertà del ricercatore, assoggettandola in qualche maniera ai ritmi lavorativi vigenti in reparto. Detto questo, indossare un camice bianco rende più semplice entrare in alcune aree dell’ospedale (WIND G. 2008), appunto, e può anche favorire l’instaurazione di rapporti dialogici con gli operatori (TANASSI L.M. 2004), ma comporta anche delle complicità intellettuali e procedurali: si pensi a quale sbigottimento può suscitare un medico – o supposto tale – che manifesti con le proprie domande una necessità di chiarimento su questioni o condizioni di ordine clinico, oppure che esprima il proprio disinteresse verso di esse; inoltre, medici, infermieri e anche altri operatori sanitari potrebbero trovare alquanto bizzarro che tutto il suo impegno in un reparto si risolva nel registrare conversazioni e stendere note. Per i degenti, il contrassegno della figura medica su un individuo che ne contraddice il carattere professionale può sollevare almeno dappprincipio una certa “confusione” ma il fatto che una persona dedichi loro del tempo, li ascolti, spezzi la monotonia del ricovero attenuandone la noia verrà più probabilmente apprezzato (ZAMAN S. 2008).

Anche quando condivide i turni di una categoria professionale, il ricercatore rimane sostanzialmente estraneo, diciamo solo trasversalmente prossimo, alla realtà esistenziale e professionale dei professionisti clinici, perché non vive le tensioni che originano dalla responsabilità di decidere ed agire attraverso scelte ed azioni suscettibili di produrre effetti sulla vita delle persone (WIND G. 2008), né partecipa, ma solo prende parte, all’insieme delle attività intorno alle quali la vita sociale di un reparto, di fatto, si struttura e si organizza (VERMEULEN E. 2004). È opinabile che questi due piani siano peraltro del tutto sovrapponibili. Hans van Amstel, fisioterapista ed antropologo, tentò la conciliazione assumendola come prerogativa fruttuosa per una etnografia dell’ospedale, la cui riuscita poteva avvantaggiarsi, oltre che della “naturalità” della presenza del ricercatore, anche del suo diretto coinvolgimento in quelle attività di reparto destinate a diventare oggetto di attenzione (l’assistenza ai malati, la partecipazione alle visite mediche, alle riunioni, agli incontri, nella conoscenza reciproca tanto dello staff, quanto dei degenti), declinando la propria osservazione al di là delle limitazioni che i ricercatori devono fronteggiare (VAN AMSTEL H. - VAN DER GEEST S. 2004: 2088). La piena partecipazione alla vita quotidiana del reparto e la totale integrazione del ricercatore

nella sua sostanza umana e professionale si scontrarono, invece, con l'intenzione di condurre una distesa, e continuativa, "osservazione partecipante" di quanto avveniva: parve chiaro, ad un certo punto, che i due progetti erano inconciliabili e che la sola soluzione valida consisteva nel concentrare la ricerca antropologica fuori dall'orario di lavoro (*ibidem*). Del resto, per un medico potrebbe essere impossibile ignorare il proprio bagaglio di conoscenze ed evitare uno scivolamento oltre «il confine tra l'essere giusto un osservatore» (ZAMAN S. 2008: 148) ed il portare l'attenzione di un collega su un certo caso, l'illustrare una radiografia ad un paziente o tranquillizzare i famigliari che aspettano fuori dalla sala operatoria, spiegando cosa sta avvenendo all'interno. Operare un distanziamento dalle categorie professionali è anche un utile stratagemma per collocare l'etnografo in una posizione neutrale rispetto alle dinamiche conflittuali, spesso implicite, che attraversano i rapporti fra i gruppi consentendo il passaggio dall'uno all'altro senza il gravame di una imputazione d'appartenenza che tratteggia differenze anche nella detenzione del potere e nell'esercizio della autorità.

### *L'etnografia dell'ospedale dentro e oltre l'ospedale*

I "campi" – terreni di ricerca e ambiti tematici – di applicazione dei principi teorico-metodologici della etnografia dell'ospedale sono molteplici e differenziati, come testimonia la varietà dei contesti esplorati nei lavori che sto esaminando: certuni si localizzano all'interno di un nosocomio, prefigurando porzioni di questo spazio come i reparti di ortopedia (ZAMAN S. 2004, 2006, 2008), ostetricia e ginecologia (TANASSI L. 2004), neonatologia (VERMEULEN E. 2004), oncologia (MULEMI B.A. 2008), un Dipartimento di anatomia patologica (HORSLEY P. A. 2008) per citarne alcuni – mentre altri sono contesti "extra-ospedalieri" come un'unità di riabilitazione dell'amputato (WARREN N. - MANDERSON L. 2008), un centro residenziale di riabilitazione per le dipendenze da alcool e droga (CHENALL R. 2008) e le "nursing homes" (TINNEY J. 2008).

L'osservazione delle pratiche di cura che ruotano intorno a persone che hanno perso uno o più arti introduce in un universo molto complesso, la cui gestione istituzionale è di certo interesse: la disabilità rappresentata dalla privazione dell'arto costringe ad un'opera di ridefinizione del proprio rapporto con la corporeità e dell'immagine di sé compromessi da un evento distruttivo all'interno di un dominio intrinsecamente paradossale poiché la pianificazione di un "processo di ritorno alla normalità" si snoda lungo un itinerario terapeutico che non fluisce verso un totale ristabilimento della salute, il quale è anzi sempre incompleto, perché la stessa invalidità rimodella l'esistenza quotidiana intorno a nuove e diverse prospettive del proprio modo di essere nel mondo (cfr. WARREN N. - MANDERSON L. 2008: 181, 186-187). La ricerca etnografica cui mi riferisco è stata svolta in quattro cliniche australiane ed aveva come obiettivo l'analisi e la descrizione dell'influenza di fattori personali, sociali e demografici nel moderare o aggravare l'impatto sociale dell'amputazione (WARREN N. - MANDERSON L. 2008), esaminando anche le pratiche della riabilitazione. Gli autori erano interessati al ruolo svolto dalle reti formali ed informali del supporto sociale, di cui lo staff della riabilitazione era parte integrante, nell'adattamento fisico ed emotivo dopo l'amputazione (*ivi*: 181-182).

Lo staff sanitario, che aveva un'impronta multidisciplinare con protesisti e fisioterapisti in primo piano nella gestione riabilitativa, conciliava le finalità fisiche e funzionali dell'intervento riabilitativo alla trasmissione di narrazioni terapeutiche attenta-

mente orientate che costruivano una retorica della speranza tesa ad incoraggiare, non aspettative di guarigione, ma il miglioramento della qualità della vita rimanente e, implicitamente, a favorire un approccio sereno alla morte. Il ricorso discorsivo alle immagini verbali della “normalità” e del “ristabilimento della salute” tendeva ad instillare nei malati un senso di controllo su un percorso patologico e riabilitativo incerto, in alcuni casi destinato a culminare nella morte del paziente, fornendo strumenti, oltre a quelli fisici e motori, per l’attribuzione di significato alla propria vita quotidiana (cfr. WARREN N. - MANDERSON L. 2008: 181, 185-187); la ricollocazione del proprio valore sociale e personale è in effetti indispensabile anche a coloro che riconquistino una certa mobilità, perché il senso di perdita associato alla mancanza di un arto e il cambiamento radicale della propria esteriorità, esigono nuovi riferimenti intellettuali e pratici per fronteggiarne le implicazioni esperienziali ed esistenziali (ivi: 187). I processi decisionali che conducevano alla amputazione dell’arto si configuravano come una contrapposizione fra due elaborazioni discorsive parallele: quella degli operatori sanitari e quella dei malati. Per la maggioranza dei pazienti con problemi vascolari incontrati nello studio, l’eventuale amputazione interveniva dopo un periodo, che poteva essere anche piuttosto lungo, costellato di operazioni volte a salvare l’arto, come ad esempio interventi chirurgici per riportare il flusso di sangue alle estremità; alcuni avevano subito una amputazione progressiva che partiva dall’alluce, si estendeva al piede, raggiungeva poi il ginocchio; infine, c’erano persone per cui l’amputazione risultava inevitabile per contrastare gli effetti fatali di una cancrena e dell’associata sepsi, e questi pazienti, dietro le pressioni mediche o familiari accettavano l’amputazione – una incorporazione della perdita di speranza (WARREN N. - MANDERSON L. 2008: 190) – muovendosi al crocevia tra la vita e la morte. Infatti, i pazienti costruivano un discorso, oppositivo rispetto a quello dei professionisti sanitari, in cui l’elemento valutativo predominante era l’immagine della propria vita senza una parte del corpo e la mancata amputazione non veniva considerata in rapporto di consequenzialità diretta con la morte; gli operatori sanitari, invece, tessevano narrazioni “cliniche” fondate sul tacito presupposto che la morte dell’arto, nel caso non venisse amputato, avrebbe preceduto la morte della persona e che chiunque preferirebbe «vivere senza una gamba piuttosto che non vivere affatto» (ivi: 191). Il discorso di speranza costruito dai professionisti clinici aveva una sottostante implicazione morale, perché trasferiva sul paziente la responsabilità del ristabilimento fisico stimolando tacitamente una sorta di “*compliance*” verso le direttive biomediche (ivi: 193): lo scopo della riabilitazione è il recupero di funzioni perdute o l’adattamento a questa perdita per migliorare la qualità della vita quotidiana nella prospettiva di conservare indipendenza il più a lungo possibile. In quest’ottica, il processo di riabilitazione non cessa nel momento in cui il malato lascia la struttura, ma prosegue dopo la dimissione per un periodo di tempo che può anche coincidere con la durata della vita del paziente (ivi: 196).

Le “*nursing homes*” sono strutture con vocazione residenziale e carattere assistenziale e/o riabilitativo contraddistinte da una forte somiglianza con i meccanismi di funzionamento dell’ospedale; vi si ripropongono anche le tipiche forme di irreggimentazione cui sono sottoposti i degenti in ospedale, con la differenza che quella degli ospiti delle “*nursing homes*” non è una condizione passeggera, come il ricovero, ma una soluzione definitiva che impone la riformulazione di tutti i propri riferimenti abituali, nella cornice spesso spersonalizzante di un contesto le cui pratiche sono sottoposte alla regolamentazione di protocolli procedurali standardizzati. Esiste una tensione a trasferire su questi istituti una parvenza d’ideale abitativo attraverso defi-

nizioni architettoniche, arredamento, suppellettili, aree ricreative, attività organizzate, la quale si scontra però con un duplice ordine di problemi: da un lato, è difficile stabilire in modo generico “che cosa” rappresenti “casa” o possa costituirne valido surrogato in un ambiente istituzionalizzato, dall’altro lato elementi propri delle “*nursing homes*” impediscono un vissuto “domestico” e familiare degli spazi, sui quali i residenti non hanno che vaghe possibilità di sviluppare un senso di appropriazione e di intimità: dai gruppi di controllo, alle varie forme di sorveglianza (TINNEY J. 2008: 209) fino alla organizzazione interna di prassi lavorative simili a quelle routinarie ospedaliere con l’accordo di una priorità alle esigenze professionali degli staff sanitari e socio-sanitari, a detrimento delle attività sociali degli ospiti (HARPER ICE G. 2002).

Jean Tinney (TINNEY J. 2008) ha svolto una “etnografia dell’ospedale” all’interno di due “*nursing homes*” a Melbourne, in Australia, cercando di evidenziare il ruolo svolto dalla comunicazione nei processi di preservazione del senso di sé dei residenti, impegnati anche nell’attribuzione di significato all’esperienza dell’anzianità e del bisogno di assistenza, e per il conferimento di significato, da parte dello staff, al proprio lavoro e alla dimensione del rapporto con gli ospiti. Sotto il profilo metodologico, l’Autore entrò nella “*nursing home*” come volontario, sollevato da impegni assistenziali specialistici, due volte a settimana per un arco di tempo complessivo di otto mesi. Si tratta di una analisi importante, perché uno dei meccanismi validi per sconfiggere il carattere totalizzante delle “*nursing homes*” consiste proprio nella sottrazione dei residenti all’isolamento in cui vivono rispetto alla comunità (TINNEY J. 2008: 211-213), sebbene il grado individuale di distacco dal “mondo esterno” vari in base alla qualità dei rapporti mantenuti o costruiti con il proprio contorno familiare ed affettivo e da condizioni fisiche soggettive: alcuni residenti, infatti, beneficiavano dell’andirivieni di parenti, amici, religiosi, volontari e potevano lasciare la struttura per delle uscite, mentre ad altri erano precluse le escursioni esterne per motivi di salute e/o non ricevevano supporto assistenziale ed emotivo da individui estranei all’istituzione (*ivi*: 212). Specialmente per quest’ultimo insieme di ospiti, il carattere segregante delle “*nursing homes*” assume tratti esistenziali ed esperienziali più marcati, e l’instaurazione di relazioni sociali interpersonali con lo staff una funzione potenziale meno trascurabile nella qualità della vita. Tuttavia la comunicazione fra staff e residenti costituiva, come rilevato dall’Autore, una dimensione problematica e controversa della quotidianità delle “*nursing homes*” analizzate, perché la pratica assistenziale concreta, pur ispirata ai principi dell’olismo e della centralità della persona, si configurava, per lo staff, come uno sforzo costante di riequilibrio degli ideali di vicinanza e rispetto della dignità dei singoli e dei bisogni individuali e la concretezza degli impedimenti reali alla loro realizzazione, si trattasse della mancanza di tempo, della quantità di lavoro burocratico, o della personale preferenza a parlare con i colleghi piuttosto che con i residenti. Studi, cui l’Autore fa accenno, svolti in “*nursing homes*” americane (*ivi*: 204) denunciano le carenze finanziarie generali di queste strutture e la conseguente assunzione di staff numericamente incapaci di coprire oltre ai bisogni assistenziali di base degli ospiti presenti: la trascuratezza delle interazioni sociali, tuttavia, può avere negativi riscontri sul benessere psicologico dei pazienti delle “*nursing homes*”, specialmente di quanti hanno problemi cognitivi che già esacerbano le necessità di comunicazione privandole di un potenziale referente. I membri degli staff osservati dedicavano al dialogo con il malato solamente i frangenti deputati alla gestione dell’assistenza, ma alcuni si sedevano accanto agli ospiti alla fine del turno e non frenavano manifestazioni di affetto, come salutarli con un bacio prima di lasciare l’istituto.

Questo scorcio delle riflessioni elaborate dall'Autore nello studio etnografico di due "nursing homes" australiane mostra le similitudini esistenti nelle dinamiche costitutive di dimensioni relazionali complesse con quelle riscontrabili dentro l'ospedale, né è da sottovalutare che i meccanismi di adeguamento delle esigenze dei residenti (fisiologiche, emozionali, esistenziali, affettive) a quelle dell'istituzione (organizzative, lavorative, burocratiche) è caratteristica assai nota degli ambienti ospedalieri. Concludo anche notando che i processi di medicalizzazione dell'invecchiamento, gli sforzi tecnico-scientifici della biomedicina per prolungare la durata della vita e l'approccio medico-clinico al decadimento fisico e cognitivo connesso con l'età possono avere in questa tipologia di strutture un interessante terreno di analisi.

### *Conclusione*

Questo articolo ha tentato un tratteggio delle caratteristiche teorico-metodologiche della etnografia dell'ospedale per segnalare lo stato degli studi e le prospettive euristiche di una tipologia di ricerca antropologica recentemente riscoperta, sottolineandone le difficoltà e le peculiarità di metodo, a partire da una panoramica storica sugli approcci analitici all'ospedale e sulle ragioni individuate a spiegazione della scarsità di ricerche antropologiche precipuamente votate all'indagine di questa istituzione.

L'etnografia dell'ospedale è un eccellente strumento di comprensione della realtà degli ospedali contemporanei, i quali hanno caratteristiche che motivano la sua necessità ed utilità euristica: luoghi in continuo mutamento, in cui si affrontano e gestiscono istituzionalmente la sofferenza, il dolore, la malattia, la morte e la nascita, sono anche contesti fortemente burocratizzati, inseriti entro coordinate politiche ed economiche che ne strutturano ed influenzano la vita interna; la iperspecializzazione della pratica biomedica e la tecnologizzazione dell'approccio clinico hanno indotto una modificazione della relazione fra il "malato" ed il curante, che nell'ospedale si materializza e si riformula, e che attualmente, sempre più spesso, con l'aumento dell'incidenza delle patologie croniche, non si esaurisce in una finalità di cura e si estende nella richiesta di una tipologia di assistenza più complessa (cfr. FINKLER K. - HUNTER C. - IEDEMA R. 2008: 247). La rispondenza esteriore dell'ospedale alle esigenze della pratica clinica ha storicamente offuscato la percezione della varietà interna alla vita ospedaliera – che risente anche di variabili storiche, socio-culturali, politico-economiche – su cui è invece proficuo soffermarsi non disdegnando la produzione di descrizioni attente a cogliere le articolazioni di queste connessioni complesse, nella duplice direzione di svelare le influenze esercitate sull'ospedale dal contesto circostante e di cogliere le tipicità del contesto attraverso l'analisi delle pratiche agite dentro l'ambiente ospedaliero.

### *Note*

<sup>(1)</sup> Questo scritto si è sviluppato nel quadro di un più ampio studio delle coordinate teorico-metodologiche della etnografia dell'ospedale, che ha preceduto e accompagnato due mie esperienze di ricerca all'interno di contesti ospedalieri, in Umbria (Gubbio) e in Toscana (Firenze). Desidero ringraziare Giovanni Piza e Tullio Seppilli per la guida scientifica e i suggerimenti bibliografici, nonché per aver letto e discusso la prima stesura di questo scritto.

<sup>(2)</sup> Nelle pagine che seguono intendo dare conto di un primo “spoglio” dei contributi più recenti in questo campo, senza pretendere di passare in rassegna una bibliografia esaustiva. Peraltro un lavoro più ampio dovrebbe certo tenere conto anche delle ricerche “etnografiche” dei sociologi e, soprattutto, della tradizione di studi storici sugli ospedali che annovera contributi di notevole valore e, talora, di spiccato interesse antropologico-medico. In questo panorama non tratto tali bibliografie. Voglio ricordare però due raccolte di studi storici che hanno contribuito ad avviare tale tradizione disciplinare: il volume *L'ospedale in Italia. Strutture e funzionalità. Atti delle Prime giornate di studio, Roma 9-12 novembre 1968*, Istituto Italiano di Medicina Sociale Editore, Roma, 1968; e il volume *Atti del Primo Congresso europeo di storia ospedaliera, 6-12 giugno 1960*, Centro Italiano di Storia Ospedaliera, Reggio Emilia - Arti Grafiche F. Cappelli, Rocca San Casciano, 1962. Per un quadro comparativo e metodologico recente si veda: Paola Di NATALE, *I non luoghi dell'educazione. Carcere e ospedale tra storia e ricerca*, Pensa Editore, Lecce, 2005. Per un esempio “classico” di sociologia ospedaliera a carattere etnometodologico si veda David SUDNOW, *Passing on. The social organization of dying*, Prentice Hall, Englewood Cliffs (New Jersey), 1967 [ediz. italiana parziale: *L'organizzazione sociale della morte*, pp. 121-144, in Alessandro DAL LAGO - Pier Paolo GIGLIOLI (curatori), *Etnometodologia*, Il Mulino, Bologna, 1983].

<sup>(3)</sup> Segnalo rapidamente, e senza pretesa di esaustività, alcuni altri titoli fra i più frequentemente menzionati delle opere del periodo, dagli autori che sto prendendo in considerazione: CAUDILL W. (1958), FOX R.C. (1959), FREIDSON E. (1963, 1970).

<sup>(4)</sup> Per quel che concerne gli studi antropologici sulla biomedicina, in questa sede non mi è possibile che una rapida carrellata su alcuni contributi cui fare generale riferimento: HAHN R.A. - GAINES A.D. (1985), LOCK M. - GORDON D. (1988), RHODES L.A. (1990), PFEIDERER B. - BIBEAU G. (curatori) (1991: 121-181), LINDEMBAUM S. - LOCK M. (1993), DEL VECCHIO-GOOD M.J. (1995), SEPPILLI T. (1996a), HADOLT B. (1998), QUARANTA I. (2001), PIZZA G. (2005: 125-154).

## Bibliografia

ANDERSEN Helle Max (2004), “Villagers”: *Differential treatment in a Ghanaian hospital*, “Social Science & Medicine”, vol. 59, n.10, pp. 2003-2012.

BAZIAK Anna T. - DENTON R.K. (1965), *The language of the hospital and its effects on the patient*, pp. 272-277, in SKIPPER James K. - LEONARD Robert C., *Social interaction and patient care*, J.B. Lippincott, Philadelphia, 1965.

BOURDIEU Pierre (2003 [2001]), *Il mestiere di scienziato. Corso al Collège de France, 2000-2001*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Science de la science et réflexivité. Cours du Collège de France 2000-2001*, Raisons d'Agir. Editions, Paris, 2001].

CAUDILL William (1958), *The psychiatric hospital as a small community*, Harvard University Press, Cambridge.

CHENHALL Richard (2008), *What's in a rehab? Ethnographic evaluation research in Indigenous Australian residential alcohol and drug rehabilitation centres*, “Anthropology & Medicine”, vol. 15, n. 2, pp. 105-116.

COMELLES Josep M. (2002), *Medicine, magic and religion in a hospital ward. An anthropologist as patient*, pp. 259-288, in COMELLES Josep M. - VAN DONGEN Els (curatori), *Themes in Medical Anthropology. Medical Anthropology at Home contributes to health studies*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 13-14, ottobre 2002.

COMELLES Josep M. - VAN DONGEN Els (2002) (curatori), *Themes in Medical Anthropology. Medical Anthropology at Home contributes to health studies*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 13-14, ottobre 2002.

COSER Rose L. (1962), *Life in the ward*, Michigan State University Press, East Lansing (Michigan).

DEL VECCHIO GOOD Mary Jo (1995), *Cultural studies of biomedicine: an agenda for research*, “Social Science & Medicine”, vol. 41, n. 4, 1995, pp. 461-473.

FASSIN Didier (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Presses Universitaires de France, Paris.

- FINKLER Kaja (2004), *Biomedicine globalized and localized: Western medical practices in an outpatient clinic of a Mexican hospital*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2037-2051.
- FINKLER Kaja (2008), *Can Bioethics be global and local, or must it be both?*, "Journal of Contemporary Ethnography", vol. 37, n. 2, 2008, pp. 155-179.
- FINKLER Kaja - HUNTER Cinthia - IEDEMA Rick (2008), *What is going on? Ethnography in Hospital Spaces*, "Journal of Contemporary Ethnography", vol. 37, n. 2, 2008, pp. 246-250.
- FOSTER George M. - ANDERSON Barbara G. (1978), *Medical anthropology*, Wiley, New York.
- FOUCAULT Michel (1998 [1963]), *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Naissance de la clinique. Une archeologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris, 1963].
- FOX Renée C. (1959), *Experiment perilous: physicians and patients facing the unknown*, The Free Press, Glencoe (Illinois).
- FREIDSON Eliot (1970), *Professional dominance: The social structure of medical care*, Atherton Press, New York.
- FREIDSON Eliot (1963) (curatore), *The hospital in modern society*, The Free Press, London - New York.
- GAINES Atwood D. - HANH Robert A. (1985), *Among the physicians: encounter, exchange and transformation*, pp. 3-22, in HANH Robert A. - GAINES Atwood D. (curatori) *Physician of Western Medicine. Anthropological approaches to theory and practice*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht - Boston - Lancaster, 1985.
- GIBSON Diana (2004), *The gaps in the gaze in South African hospitals*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2013-2024.
- GIBSON Diana - OLARTE SIERRA Maria Fernanda (2006), *The hospital bed as space. Observations from South Africa and The Netherlands*, "Medische Anthropologie", vol. 18, n. 1, 2006, pp. 161-176.
- GOFFMAN Erving (2003 [1961]), *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, Doubleday & Company, New York, 1961].
- GORDON Deborah (1988), *Tenacious assumptions in Western Medicine*, pp. 19-56, in LOCK Margaret - GORDON Deborah (curatori), *Biomedicine examined*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht - Boston - London, 1988.
- HADOLT Bernhard (1998), *Locating difference: a medical anthropology "at home"?*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 3, 1998, pp. 311-323.
- HANH Robert A. - GAINES Atwood D. (1985), *Physician of Western Medicine. Anthropological approaches to theory and practice*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht - Boston - Lancaster, 1985.
- HARPER ICE Gillian (2002), *Daily life in nursing home. Has it changed in 25 years?*, "Journal of Aging Studies", vol. 16, n. 4, 2002, pp. 345-359.
- HORSLEY Philomena A. (2008), *Death dwells in spaces: Bodies in the hospital mortuary*, "Anthropology & Medicine", vol. 15, n. 2, 2008, pp. 133-146.
- HUNTER Cynthia - SPENCE Kaje - SCHEINBERG Adam (2008), *"Untangling the web of critical incidents": Ethnography in a paediatric setting*, "Anthropology & Medicine", vol. 15, n. 2, 2008, pp. 91-103.
- INHORN Marcia C. (2004), *Privacy, privatization, and the politics of patronage: ethnographic challenges to penetrating the secret world of Middle Eastern, hospital-based in vitro fertilization*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2095-2108.
- JOHNSON Thomas M. - SARGENT Carolyn F. (1990), *Medical Anthropology. Contemporary theory and method*, Praeger, Westport (Connecticut).
- KING Stanley H. (1962), *Perception of illness and medical practice*, Russel Sage Foundation, New York.
- LINDENBAUM Shirley - LOCK Margaret (curatori) (1993), *Knowledge, power, and practice. The anthropology of medicine and everyday life*, University of California Press, Berkley - Los Angeles - London.

- LOCK Margaret - GORDON Deborah (curatori) (1988), *Biomedicine Examined*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht - Boston - London.
- LONG Debbie - HUNTER Cynthia - VAN DER GEEST Sjaak (2008), *When the field is a ward or a clinic: hospital ethnography*, "Anthropology & Medicine", vol. 15, n. 2, 2008, pp. 71-78.
- MULEMI Benson A. (2008), *Patients' perspectives on hospitalisation: experiences from a cancer ward in Kenya*, "Anthropology & Medicine", vol. 15, n. 2, 2008, pp. 117-131.
- NGUYEN Vinh-Kim (1996), *Il corpo critico e la critica della razionalità: l'Aids e la produzione di esperienza in un ospedale universitario nordamericano*, pp. 57-74, in PANDOLFI Mariella (curatore), *Perché il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio*, Meltemi, Roma, 1996.
- PFEIDERER Beatrix - BIBEAU Gilles (curatori) (1991), *Anthropologies of medicine. A colloquium on West European and North American perspectives*, Vieweg, Heidelberg.
- PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma, 2005.
- QUARANTA Ivo (2001), *Contextualising the body: anthropology, biomedicine and medical anthropology*, pp. 155-172, in VAN DONGEN Els - COMELLES Joseph M. (curatori), *Medical Anthropology and Anthropology. Contributions of Medical Anthropology at Home to anthropological theories and health debates*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 11-12, ottobre 2001.
- RODHES Lorna A. (1990), *Studying biomedicine as a cultural system*, pp. 159-173, in JOHNSON T.M. - SARGENT C.F. (curatori), *Medical Anthropology. Contemporary theory and method*, Praeger, Westport (Connecticut), 1990.
- RODHES Lorna A. (1993), *The shape of action. Practice in public psychiatry*, pp. 129-144, in LINDENBAUM S. - LOCK M. (curatori), *Knowledge, power, and practice. The anthropology of medicine and everyday life*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London, 1993.
- SEPPILLI Tullio (1996a), *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 7-22.
- SEPPILLI Tullio (1996b), *Presentazione*, pp. XI-XXIII, in Cozzi Donatella - NIGRIS Daniele, *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Colibri, Milano, 1996.
- TANASSI Laura M. (2004), *Compliance as strategy: the importance of personalised relations in obstetric practice*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2053-2069.
- TINNEY Jean (2008), *Negotiating boundaries and roles. Challenges faced by the nursing home ethnographer*, "Journal of Contemporary Ethnography", vol. 37, n. 2, 2008, pp. 202-225.
- VAN AMSTEL Hans - VAN DER GEEST Sjaak (2004), *Doctors and retribution: the hospitalisation of compensation claims in the Highlands of Papua Guinea*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2087-2094.
- VAN DER GEEST Sjaak (2002), *Hospital care as liturgy: reconsidering magic, science and religion*, pp. 243-258, in COMELLES Josep M. - VAN DONGEN Els (2002) (curatori), *Themes in Medical Anthropology. Medical Anthropology at Home contributes to health studies*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 13-14, ottobre 2002.
- VAN DER GEEST Sjaak (2005), *"Sacraments" in the hospital: exploring the magic and the religion of recovery*, "Anthropology & Medicine", vol. 12, n. 2, 2005, pp. 135-150.
- VAN DER GEEST Sjaak - FINKLER Kaja (2004), *Hospital ethnography: Introduction*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 1995-2001.
- VAN DER GEEST Sjaak - SARDOKIE Samuel (1998), *The fake patient: a research experiment in a Ghanaian hospital*, "Social Science & Medicine", vol. 47, n. 9, 1998, pp. 1373-1381.
- VERMEULEN Eric (2004), *Dealing with doubt: making decisions in a neonatal ward in The Netherlands*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2071-2085.
- WARREN Narelle, MANDERSON Lenore (2008), *Constructing hope. Dis/Continuity and the narrative construction of recovery in the rehabilitation unit*, "Journal of Contemporary Ethnography", vol. 37, n. 2, 2008, pp. 180-201.

- WIND Gitte (2008), *Negotiated interactive observation: doing fieldwork in hospital settings*, "Anthropology & Medicine", vol. 15, n. 2, 2008, pp. 79-89.
- ZAMAN Shahaduz (2004), *Poverty and violence, frustration and inventiveness: hospital ward life in Bangladesh*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2025-2036.
- ZAMAN Shahaduz (2006), *Beds in a Bangladeshi hospital*, "Medische Anthropologie", vol. 18, n. 1, 2006, pp. 193-204.
- ZAMAN Shahaduz (2008), *Native among the natives: physician anthropologist doing hospital ethnography at home*, "Journal of Contemporary Ethnography", vol. 37, n. 2, 2008, pp. 135-154.