

## *Etnografia dopo l'etnografia.*

### *Riflessioni su un'esperienza di ricerca antropologica sull'uso delle medicine complementari in oncologia (Toscana)*

Elisa Pasquarelli

dottore di ricerca in Etnologia ed etnoantropologia (Sapienza Università di Roma)  
[elisa.pasquarelli@gmail.com]

Dall'agosto al novembre 2006 ho collaborato in qualità di assistente a un'indagine antropologica condotta da Helle Johannessen (d'ora in poi HJ), della University of Southern Denmark, in Toscana<sup>(1)</sup>, finalizzata alla osservazione etnografica degli usi della medicina complementare e alternativa<sup>(2)</sup> in oncologia.

A ricerca conclusa, mi sono resa conto che quella esperienza mi ha lasciato un patrimonio di spunti interessanti per una riflessione "a margine" su alcune questioni teorico-metodologiche proprie dell'etnografia dell'ospedale. Innanzitutto ho potuto osservare le modalità attraverso le quali un'antropologa danese, con una grande esperienza etnografica nelle istituzioni sanitarie del suo Paese, ha orientato la propria metodologia di ricerca sul campo in un contesto clinico dell'Italia centrale, con una dichiarata prospettiva comparativa. In secondo luogo, ho potuto acquisire a mia volta una conoscenza etnografica sulla stessa ricerca, quasi un'osservazione dell'osservazione, mettendo a frutto il mio sguardo esterno.

In questo articolo non intendo entrare nella complessità dell'ampio dibattito teorico sulle pratiche di riflessività nella osservazione etnografica<sup>(3)</sup>. Piuttosto cerco di fornire un contributo di analisi, a mia volta etnografica, delle diverse fasi della ricerca svolte in ambito clinico. La mia ipotesi è che tale prospettiva consenta, in primo luogo, di far emergere alcune forme specifiche che la relazione fra antropologia e biomedicina può assumere nel corso dell'esperienza etnografica; in secondo luogo, di valutare le ricadute – in termini di riformulazioni, curvature, rimodulazioni – che l'esercizio dell'autorità medica può avere sugli stessi obiettivi scientifici dell'etnografia in ospedale<sup>(4)</sup>.

*Oggetto e contestualizzazione della ricerca etnografica*

Secondo uno studio condotto presso l'Istituto nazionale tumori di Milano, i cui risultati furono pubblicati nel 2005, il 73% dei pazienti oncologici italiani ricorre a una qualche forma di medicina complementare o alternativa (MOLASSIOTIS A. *et al.* 2005: 652). Questo dato ha costituito la ragione principale che ha spinto HJ a rivolgere un interesse all'Italia: la possibilità di studiare in chiave antropologica il ricorso alla medicina complementare e alternativa da parte dei malati di cancro poteva presumersi ora più agevole, stante l'elevata percentuale di fruitori rilevata<sup>(5)</sup>.

La Toscana è pervenuta all'integrazione nel suo Sistema sanitario regionale (SST) di quattro forme di medicina non convenzionale: l'agopuntura, la fitoterapia, l'omeopatia e la medicina manuale (PSR 2005-2007); ha anche istituito tre centri di riferimento per le medicine non convenzionali: il Centro di medicina tradizionale cinese (MTC) "Fior di Prugna", con sede a Firenze; l'Ambulatorio di omeopatia a Lucca, e il Servizio di fitoterapia situato a Empoli<sup>(6)</sup>.

Il processo di inclusione di tipologie di medicina non convenzionale nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) rendeva la Toscana un contesto particolarmente allettante ai fini della ricerca di HJ, in quanto si poteva supporre che in questa regione, più che in altre, la medicina complementare e alternativa rappresentasse per l'utenza una risorsa più accessibile<sup>(7)</sup>.

La finalità comparativa rispetto allo studio da cui la ricerca prendeva le mosse (MOLASSIOTIS A. *et al.* 2005) ha imposto di replicare la somministrazione del medesimo questionario ai malati oncologici sottoposti a un ciclo di chemioterapia in regime di Day Hospital. Tuttavia l'interesse di HJ non si rivolgeva tanto alla valutazione quantitativa dell'accesso alle CAM da parte dei malati di tumore in Italia, quanto all'inserimento delle loro eventuali esperienze all'interno di una cornice interpretativa antropologica. L'intento fondamentale era quello di esplorare dimensioni di cui il questionario pur segnalandone la presenza, ne lasciava tuttavia insondata la complessità: i vissuti di malattia, visione e percezione soggettive della medicina complementare e alternativa, i processi decisionali che soggiacevano al ricorso a essa o le ragioni del suo rifiuto. Il contesto ospedaliero non era immediatamente fatto oggetto di osservazione. In una prima fase, veniva data una importanza centrale alla costruzione di un rapporto interpersonale con i malati. L'approfondimento di tale relazione era comunque rimandato a un momento successivo rispetto alla somministrazione del questionario e a un contesto preferibilmente diverso dall'ospedale. Le informazioni desumibili dal questionario, così come le

sintesi o le trasposizioni letterali dei nostri discorsi tenuti con i pazienti in ospedale, costituivano il primo passo per i successivi colloqui etnografici. Ma l'elaborazione di un percorso dialogico per ciascuna intervista presupponeva di scoprire fino a che punto quelle risposte riflettessero davvero la realtà esperienziale di ognuno. Per penetrarne i contenuti e saggiarne l'unicità, HJ procedeva a un'opera di recupero e assemblaggio delle notizie preve possedute su di ognuno, anticipando così la stesura di una linee guida personalizzate, necessariamente diverse l'una dall'altra.

### *La nozione concettuale di campo*

Concorre alla comprensione del significato rivestito per HJ dalla marginalizzazione iniziale dell'ospedale – qui da intendersi come “luogo”, spazio fisico dalle architetture materiali – la sua nozione concettuale di *campo*, che mi spiegò diffusamente in sede di intervista (Int. HJ) e della quale qui tratteggio le linee principali.

Il concetto di campo inteso come terreno della ricerca, il posto dove l'antropologo si reca a svolgere, per un certo periodo, la propria indagine etnografica, mal si presta a significare la concezione che HJ ha del suo campo. Gli sottrarrebbe la plasticità sacrificandone le geografie in una topografia disegnabile: le due città nelle quali sorgono gli ospedali dove abbiamo incontrato i pazienti, gli ospedali stessi, le abitazioni di coloro che abbiamo intervistato, gli appartamenti nei quali vivevamo, i luoghi che abbiamo insomma conosciuto e frequentato, percorso e, poi, lasciato. Tutt'al più, dal punto di vista di HJ, alle prese con un «esperimento metodologico» (Int. HJ) di ricerca etnografica all'estero, il campo potrebbe coincidere, in una dicitura sintetica ma onnicomprensiva, con l'Italia.

Il “campo” di HJ non è un luogo preciso, spazialmente definito, bensì una nozione concettuale stratificata inclusiva di differenti e differenziate strutture interagenti. Il campo della ricerca, il suo terreno effettivo, si ubica in qualche punto all'interno dello spazio in cui tale interazione si realizza e i contesti reali, inclusi gli ospedali, non costituiscono il/un *campo*, bensì porte d'accesso a esso.

La struttura principale del campo di HJ è rappresentata dalla nozione occidentale di “medicina alternativa e complementare” la quale è ridefinibile, attraverso un progressivo restringimento, come: “medicina alternativa e complementare” in Italia, “medicina alternativa e complementare” in Toscana, la “medicina alternativa e complementare” nell'uso fattone

dai pazienti interpellati al riguardo. L'approfondimento delle tematiche connesse al percorso legislativo toscano per l'integrazione di alcune tecniche non convenzionali nel Sistema sanitario regionale (SST) ha favorito l'accumulo di una certa quantità di notizie che in seguito sono divenute esse stesse elementi del campo. Non diversamente, le informazioni reperite sulle strutture del Sistema sanitario nazionale (SSN) o sul contenuto del Piano sanitario nazionale (PSN) italiano hanno fornito al campo componenti ulteriori. Anche tutte le prospettive internazionali sulla medicina alternativa e complementare che appartengono al bagaglio conoscitivo di HJ rappresentano a loro volta parti integranti del campo.

Un'altra struttura è identificata nel cancro, che è il cancro dei pazienti cui l'interesse etnografico era rivolto, ma anche l'entità patologica che rifrange letture potenzialmente diversificate: quella medica, quella della popolazione generale, quella degli operatori della medicina complementare. È anche la malattia che si affronta a livello clinico con specifici trattamenti la cui offerta è stata fatta oggetto di indagine insieme ai dati relativi a incidenza e prevalenza delle diverse tipologie di tumore in Toscana e in Italia.

I malati di cancro che abbiamo interpellato sull'uso della medicina complementare e alternativa dentro i reparti di Day Hospital oncologico costituiscono anch'essi struttura del campo. Sebbene la loro malattia concorresse alla composizione del campo quale struttura ulteriore, non vi erano nell'insieme elementi fondativi di una necessità etnografica di ingresso in ambito clinico.

L'ospedale, infatti, non era pensato come struttura del campo, ma piuttosto come una via d'accesso a esso, un'entrata aperta sulle sue dimensioni concettuali. Avrebbe dovuto svolgere una funzione strumentale, in quanto *tecnica* per l'incontro con i pazienti ai quali lo studio era rivolto: ossia, quella di rendere possibile un nostro primo avvicinamento a loro.

Lo stesso questionario distribuito ai pazienti non era, come potrebbe sembrare, uno *strumento* di raccolta di informazioni, poiché fungeva a sua volta da apertura trasversale sul campo: esso doveva essere un semplice pretesto (*excuse*) per l'instaurazione di un dialogo con i pazienti.

Il primo incontro in reparto, servito da un uso pretestuoso del questionario e dalla funzione strumentale del contesto della sua distribuzione, doveva inaugurare una consistente fase della ricerca scandita da incontri reiterati con i malati, colloqui etnografici, momenti di osservazione, laddove possibile, delle loro sedute con gli operatori della medicina complementare ai quali erano soliti rivolgersi (Int. HJ). Sia il questionario sia l'ospedale perciò, nei propositi di HJ, dovevano rappresentare opportunità di coin-

volgimento dei soggetti cui il suo interesse principale era rivolto, i malati oncologici, in una dimensione relazionale alla quale in principio si diede una speranza di prosieguo etnografico decisamente più approfondito.

### *Usare la lingua locale ed essere mediati*

HJ ha attuato in Italia un «esperimento metodologico», secondo la sua stessa definizione, del quale erano poli principali: l'apprendimento e l'uso di una lingua straniera durante lo svolgimento di uno studio etnografico all'estero e la collaborazione con un'assistente di ricerca con funzioni, appunto, di supporto linguistico.

Le intuibili difficoltà connesse ad una conoscenza troppo giovane della lingua del posto hanno avuto conseguenze sulle nostre relazioni con quei medici che, essendo chiamati ad autorizzarne lo svolgimento all'interno dei propri reparti, erano in grado di dettare le condizioni della sua ricerca. La barriera linguistica frapposta fra lei e loro era reciproca: le sue difficoltà a padroneggiare con scioltezza l'italiano da un lato, la scarsa conoscenza dell'inglese da parte loro, dall'altro. In quest'ultimo caso, però, il problema linguistico poteva talora apparire un "espediente" piuttosto che uno scoglio comunicativo effettivo, poiché – più o meno strategicamente – ostacolava le possibilità di replica. Se HJ ha avvertito una limitazione nelle proprie possibilità comunicazionali, ha dovuto affrontarne esatta controparte nei suoi interlocutori durante riunioni decisive tenute in uno stentato bilinguismo, per giunta ritmate da traduzioni incrociate sulle quali non era possibile esercitare alcun controllo verbale. HJ ha riconosciuto in questo problema e nella facile deviazione che passava attraverso le mie traduzioni, l'esercizio di una autorità e di un potere disciplinanti da parte medica sulla sua ricerca, volti a salvaguardare su di essa un qualche tipo di "controllo".

«Le relazioni con i professionisti si sono tenute in parte in inglese e in parte in italiano. [...] Se decidono di parlare lentamente in italiano, di solito capisco quello che dicono. In questo modo io ho una relazione diretta con loro. Ma possono anche scegliere di rivolgersi a te, di parlare più velocemente, in italiano, dandoti in questo modo degli ordini. Loro dovrebbero dare ordini a me, ma non si rivolgono direttamente a me, passano per te» (Int. HJ).

Un episodio che mi fece notare la stessa HJ è il seguente: durante la riunione tenutasi al policlinico per pattuire con i medici l'avvio della ricerca, lei propose una data e un orario collimanti con le sue esigenze che

furono *apparentemente* accettati: poco dopo il primario li cambiò e chiese alla sottoscritta di tradurre ciò che aveva detto (deciso?).

### *Un'etnografia dell'ospedale*

HJ non aveva conferito all'ospedale che una funzione meramente strumentale di sostegno alla costruzione di una base di partenza per affrontare nodi tematici da cui esso restava parzialmente escluso: doveva permetterle di incontrare persone malate di tumore che adottassero qualche soluzione non convenzionale perseguendo scopi soggettivi destinati a essere, poi, "etnograficamente" approfonditi.

Sulla tipologia di ricerca che si svolge all'interno degli spazi ospedalieri e sulle sue caratteristiche teoriche e metodologiche, la riflessione antropologica si è soffermata solo in tempi relativamente recenti (VAN DER GEEST S. - FINKLER K. 2004; FINKLER K. - HUNTER C. - IEDEMA R. 2008; LONG D. - HUNTER C. - VAN DER GEEST S. 2008; cfr. PASQUARELLI E. 2006-2008). La trascuratezza analitica ricaduta in antropologia medica sull'ospedale è stata risolta in una specie di disattenzione teoretica che ha impedito alla disciplina di appropriarsi della consapevolezza che gli ospedali non erano semplici «luoghi in cui gli stabiliti principi universali della biomedicina venivano praticati uniformemente» (VAN DER GEEST S. - FINKLER K. 2004: 1995), ma realtà inserite in ambienti storico-culturali specifici in grado di plasmarne la fisionomia e la vita sociale. Infatti, l'ospedale e le pratiche concrete rinvenibili al suo interno riverberano processi politici, economici, sociali e culturali. Imputare a questa struttura una presunta universalità ha equivalso ad ignorare che, per contro, l'ospedale non è affatto impermeabile all'azione di quei fattori politico-economici e socioculturali che descrivono precise geografie locali.

Attualmente l'antropologia medica individua lo spazio sociale della biomedicina come "campo biomedico", mutuando il concetto di "campo" elaborato da Pierre BOURDIEU (2003 [2001]), così vedendolo spazio regolato da rapporti di forza, nel quale operano i soggetti che ne fanno parte e agiscono specifiche istituzioni (PIZZA G. 2005: 145). Il vantaggio di questa definizione è che consente di comprendere meglio

«gli equilibri complessi e le dinamiche concernenti il confronto, la lotta e lo scambio materiale e simbolico fra diversi agenti, non solo all'interno del campo biomedico, ma anche e soprattutto ai suoi confini, nelle zone di sovrapposizione con altri campi sociali in cui le definizioni delle situazioni e delle procedure biomediche sono oggetto di contesa» (PIZZA G. 2005: 146).

All'interno del campo biomedico nulla è immune al cambiamento e in ogni dimensione è latente il mutamento: i rapporti di forza, gli assetti egemonici, le ideologie dominanti, gli apparati normativi possono essere costantemente ridiscussi. Ogni individuo presente nel campo può assumere, nei confronti dell'istituzione, una posizione tanto legittimante quanto contestativa e contribuire, con le proprie azioni e decisioni, a rinsaldarne le premesse quanto a scardinarle. Infatti, i modelli istituzionali non suscitano soltanto consenso e adesione, ma possono anche essere sottoposti a una critica capace di sovvertirne le logiche interne, di divulgarne di nuovi e diversi rispetto a quelli dominanti (PIZZA G. 2005: 125-134, 145-148; PIZZA G. - JOHANNESSEN H. 2009).

È entro queste coordinate che si incastra l'importanza dell'etnografia dell'ospedale per un'antropologia della biomedicina. La vita sociale di un reparto è in essenza il prodotto della coabitazione di certi soggetti, delle loro azioni e decisioni (cfr. VERMEULEN E. 2004), dei rapporti di potere che li legano o contrappongono. I discorsi e le pratiche che prendono vita dentro l'ospedale, oltre a rispecchiare valori e ideologie dominanti, possono riprodurre le gerarchie e le disuguaglianze sociali, i meccanismi della violenza, i rapporti di forza, le relazioni di genere tipiche della società in cui esso sorge.

### *L'autorizzazione all'ingresso in reparto*

Per somministrare il questionario usato nello studio di Milano ai pazienti presenti in un reparto di Day Hospital oncologico era necessaria un'autorizzazione formale a farlo, la cui richiesta era stata inoltrata da HJ all'individuo tenuto, per ruolo e posizione, ad emanarla. Ella subì per qualche settimana il mancato invio di una risposta e l'infruttuosa attesa cui ciò, di conseguenza, la consegnava: nell'economia dei tempi previsti della ricerca l'incertezza sull'esito di questa vertenza non era, logicamente, di alcun vantaggio.

A spiegazione della carenza di studi antropologici focalizzati sull'ospedale sono state individuate varie motivazioni: l'azione impedita della resistenza medica ad approvarne l'esecuzione è fra esse (INHORN M.C. 2004; VAN DER GEEST S. - FINKLER K. 2004; ZAMAN S. 2004, 2008). I resoconti di ricercatori che hanno condotto le proprie indagini dentro l'ospedale riportano anche esperienze negative di confronto con i membri degli staff clinici. Dietro entrambe le situazioni si subodora certa riconsolazione medica dell'osservazione, della critica, dell'eterovalutazione, normalmente

camuffate, negli ospedali dei paesi occidentali, come “tutela della privacy” dei pazienti o dietro a questioni di “consenso informato”. Potrebbe dunque non stupire che quando le ricerche etnografiche all’interno dei nosocomi sono condotte da medici questo tipo di impedimento non si manifesti, sebbene sul piano metodologico si descriva in questo caso un terreno tutt’altro che scevro di complicazioni. Shahaduz ZAMAN (2004), per esempio, rimanda al suo essere anche medico la possibilità di entrare in ospedale con intenzioni etnografiche senza troppi intoppi (ZAMAN S. 2004: 2026). Ma l’essere un medico che si cimenta con una analisi etnografica in ospedale trascina poi altre problematiche: il condurre una ricerca *from within* ha note implicanze intellettuali riconducibili al fatto di essere “nativo fra i nativi” (*ibidem*) e costringe anche a una faticosa conciliazione di due ruoli – l’etnografo, il medico – che possono diventare reciprocamente ostacolanti. A questo proposito è esemplare l’esperienza di Hans van Amstel, che sovrappose un intento di “osservazione partecipante” alla sua attività di fisioterapista in ospedale. Dalla sua riflessione trapela il disagio di non riuscire a coniugare proficuamente la piena partecipazione attiva alla vita di reparto con la prospettiva di una distesa osservazione etnografica, come se i due piani, riunendosi in un unico attore, si minacciassero a vicenda al punto che la riuscita dell’uno comporta sempre il sacrificio dell’altro. L’inconciliabilità dei due progetti si risolse nella decisione di concentrare la ricerca antropologica fuori dall’orario di lavoro (VAN AMSTEL H. - VAN DER GEEST S. 2004: 2088).

Sulle ragioni effettive del mancato invio di una risposta, HJ non poteva che avanzare congetture, fra cui la mancata promessa da parte sua della corresponsione di qualche “controparte”, che mi disse parere quasi clausola sottintesa allo sviluppo della transazione relativa al suo ingresso in reparto. La controparte, mi spiegò, poteva consistere in denaro o in una collaborazione futura fra i loro rispettivi istituti, ma non ne aveva alcuna certezza perché non le era stata esplicitamente richiesta. Qualche giorno prima del mio arrivo in Toscana, HJ incontrò un ginecologo floriterapista che la indirizzò verso la persona che poi avrebbe accettato il nostro ingresso nel reparto, con alcune chiarificazioni dietro alle quali si poteva intuire il suggerimento di tenere in considerazione la richiesta di un corrispondente contraccambio.

**Ginecologo:** «Per quel discorso dell’affiliazione dovresti parlare con [...] R. La cosa migliore è che tu gli faccia un progetto ben preciso dove si dice: finanziamento, vantaggi, svantaggi. Allora lui ti risponde. Se si parla di soldi, è molto probabile che ti risponde. Se gli parli di medicina complementare o di psicologia è probabile che non ti risponde. Hai capito? Del resto è il suo lavoro. È il direttore di un centro che deve far quadrare i bilanci»<sup>(8)</sup>.

Pareri ufficiali sulla sua proposta di ricerca non giunsero. HJ ne sollecitò l'esternazione presentandosi allora, non attesa e non annunciata, dal personaggio deputato a esprimersi al riguardo, tacitamente imponendogli una presa di posizione. In quell'occasione fu allestita una riunione che suggellò l'approvazione della ricerca, tuttavia, l'avvio effettivo dell'indagine doveva essere concordato con il primario del Dipartimento di oncologia medica del policlinico interessato. Lo avremmo incontrato solo dopo un paio di settimane.

HJ nel frattempo individuò in un secondo ospedale un valido contesto di comparazione dei dati desumibili dai questionari compilati e intraprese un parallelo percorso burocratico per ricevere approvazione allo svolgimento della ricerca.

Da quel momento in avanti, i nuovi estremi temporali ai quali tendere derivarono anche dall'obbligatoria consequenzialità delle due distribuzioni: il ritardo dell'ingresso nel primo ospedale – posticipato di un mese e mezzo circa rispetto alle previsioni di HJ – ha trascinato la conclusione delle due fasi di somministrazione del questionario a non più di un paio di settimane dal termine prefissato della sua permanenza in Italia.

Dovendo emettere un'autorizzazione formale alla distribuzione del questionario nei propri reparti, i primari decretarono la collocazione temporale del primo incontro con i malati imponendo una nuova pianificazione di tempi e risorse, e un riadattamento delle priorità di HJ ad impreviste contingenze fin dai primi momenti di permanenza sul terreno.

### *Il coinvolgimento di un secondo ospedale*

La seconda fase della distribuzione del questionario si svolse in un ospedale il cui coinvolgimento nella ricerca fu deciso durante una visita in uno dei centri di riferimento per le medicine non convenzionali della Regione Toscana che ha sede al suo interno. HJ aveva contattato il direttore del centro, esperto in fitoterapia, e ottenuto un incontro al quale avrebbe presenziato anche il suo collaboratore, che pratica l'agopuntura auricolare. I due gestiscono un ambulatorio che si inquadra come unità operativa effettiva all'interno dell'ospedale e destinano un giorno alla settimana ai malati oncologici.

In quella sede fu menzionato un sodalizio fra il reparto di Medicina naturale e quello di Oncologia che sembrava compiersi in una cooperazione costante fra i medici dei due dipartimenti. È per questo che HJ decise di

implicare questo ospedale nella distribuzione del questionario: si poteva infatti ipotizzare che l'uso della medicina complementare e alternativa fra i pazienti oncologici vi risultasse più alta che nel policlinico, dove nessun servizio analogo viene offerto agli utenti.

Il coinvolgimento del primario del Reparto di oncologia medica, che doveva acconsentire alla distribuzione del questionario in Day Hospital, corrispose a una esclusione, che ci risultò sempre inspiegabile, dei due medici della Unità operativa di Medicina naturale da qualunque momento della ricerca; non ci fu possibile capire se fossero stati estromessi o se avessero deciso, per loro ragioni mai dichiarate, di non prendervi più parte. Comunque, i due non intervennero alla riunione di reparto durante la quale HJ illustrò agli staff medico ed infermieristico la propria ricerca, né li ebbe nel suo auditorio durante la presentazione finale dei dati. A ciò si aggiunga che il direttore di questo centro disertò incomprensibilmente un incontro organizzato dalla direttrice del Centro "Fior di Prugna" per la Medicina tradizionale cinese che voleva consentirci di parlare contemporaneamente con gli esponenti rappresentativi dei tre istituti di riferimento per la medicina non convenzionale nella Regione Toscana.

Durante il primo, nonché unico, incontro con i due medici dell'Unità operativa di Medicina naturale fu possibile cogliere nell'agopunturista la coesistenza di tensioni ambivalenti riguardo all'atteggiamento dei medici verso la medicina complementare e alternativa. Dalle sue parole affioravano sia un'insofferenza venata di antagonismo, che ridimensionava l'immagine di stretta collaborazione con gli oncologi dappprincipio dipinta, sia una sorta di ansia per l'indefinitezza della propria posizione all'interno del sistema biomedico.

Direttore: In Toscana [...] siamo avanti rispetto al resto dell'Italia da un punto di vista di politica sanitaria [...]. Il progetto è che in ogni azienda USL della Toscana, in ogni frazione sanitaria, in ogni distretto sanitario vi sia un ambulatorio nell'ambito dei dipartimenti oncologici con delle prestazioni [complementari], ma ci vorranno chissà quanti anni.

Agopunturista: Come sai, agli oncologi non piace questo tipo di...

HJ: Perché?

Agopunturista: Per esempio perché preferiscono fare da loro. Non gradiscono altre specializzazioni perché vogliono fare ogni cosa da soli [...].

HJ: Ci sono, per quel che so, alcuni studi scientifici che mostrano buoni risultati delle medicine complementari contro il dolore, la nausea, l'ansia. Non capisco perché gli oncologi non vogliano ascoltare questi...

Agopunturista [rivolto al direttore]: Ha detto: «Non capisco – perché probabilmente lo fanno anche in Danimarca – perché gli oncologi vogliono

far tutto da soli». Cioè non capisce perché per gli oncologi è un problema la medicina complementare [...]. Non solo gli oncologi... ma anche i cardiologi, i medici internisti, gli psicologi... (ddc, 05 settembre 2006).

La loro latitanza da qualsiasi fase della sua ricerca fu commentata da HJ con un «something is going on that we don't know» (ddc, 14 novembre 2006) che lasciava aperte più ipotesi fra cui i problemi connessi alla necessità di riconciliare la propria scelta di dirigere l'attenzione su medicine non convenzionali con il proprio istinto professionale a preservare credibilità agli occhi della comunità scientifica. Queste istanze, che palesemente convivevano nell'agopunturista, producono un conflitto la cui ricomposizione può essere affidata a vari stratagemmi. Il richiamo al Memorial Sloan-Kettering Cancer Centre di New York e a Barrie Cassileth, all'inizio della conversazione al Centro di Medicina naturale, e l'assidua citazione di loro partecipazioni a congressi e convegni allestiti oltreoceano, asserivano la propria integrazione in una comunità caratterizzata da prestigio e scientificità, il proprio situarsi all'interno della biomedicina e non piuttosto negli angusti spazi tipicamente conflittuali dei suoi sempre più fluidi margini. La posizione dei medici che operano questo tipo di scelta va continuamente negoziata. In tal senso è, credo, paradigmatico il caso del medico ginecologo floriterapista che HJ aveva intervistato prima del mio arrivo. Il primo meccanismo di legittimazione della sua scelta professionale – l'utilizzo dei Fiori di Bach – passa attraverso l'affermazione che essi costituiscano una tipologia di soluzione omeopatica.

Ginecologo: «Una legge della regione Toscana ha riconosciuto delle medicine non convenzionali. Ha riconosciuto la chiropratica, la fitoterapia, l'agopuntura e l'omeopatia. I Fiori di Bach sono una branca della omeopatia, per cui noi abbiamo aperto questo centro in piena legalità» (ddc, 28 agosto 2006).

Benché questa associazione non corrisponda al vero, in effetti, soddisfa la necessità di renderne lecita la somministrazione in Toscana, stanti le tipologie di CAM riconosciute dalla Regione. Una seconda strategia risiede nella procedura che applica nella selezione dei "fiori" e delle loro combinazioni, evidentemente ispirata all'esigenza di renderla ammissibile agli occhi della comunità medica. Si tratta del test di percezione cutanea. Questo procedimento conserva quei caratteri di oggettività che come medico è costretto a ricercare: il dominio emozionale, che nelle intenzioni del padre fondatore del metodo doveva istruire il percorso di scelta, è sopravanzato da un criterio sempre replicabile i cui risultati, in teoria, non variano al variare del paziente e dell'operatore che lo esegue.

*Definizioni metodologiche e problematiche operative*

Al termine di ogni incontro conclusivo coi primari e i medici preposti alla supervisione della distribuzione del questionario, si discusse del modo in cui tale somministrazione avrebbe dovuto avvenire.

Secondo gli accordi presi con i medici del policlinico HJ ed io avremmo dovuto reclutare pazienti aderenti alla compilazione del questionario in sala d'attesa, durante un arco di tempo di due ore ogni mattina (10.00-12.00). Questo criterio si rivelò, fin da subito, fallimentare. La sala d'attesa è per i malati una zona di breve transito fra l'arrivo in ospedale e il momento della chiamata al loro turno in Day Hospital per il trattamento chemioterapico. Contrariamente a quanto pronosticato dai medici, nessun paziente sostava in sala d'aspetto per il tempo che noi annunciammo richiedere, grosso modo, la compilazione del questionario (circa dieci minuti). Non vi restavano che famigliari, assistenze ed altri eterogenei personaggi. Avevamo difficoltà a identificare le persone già interpellate, a distinguere i pazienti dai loro congiunti, da individui di passaggio e, in alcuni casi, ottenemmo, a nostra insaputa e nostro malgrado, questionari compilati da persone che non avevano il cancro.

«Un uomo ha detto che non era un paziente, che lo era sua moglie, ma che lui poteva compilarlo. Noi acconsentimmo, anticipando che avrebbe dovuto farlo a nome della moglie. Più tardi scoprimmo che lo aveva compilato per se stesso e abbiamo dovuto buttarlo via, perché non era di nessuna utilità per noi» (*Field notes*, HJ).

Le persone che interpellammo in questa circostanza apparvero spesso prevenute nei nostri confronti, probabilmente a causa del contesto ambiguo in cui chiedevamo udienza o della facilità con cui la richiesta di compilare un questionario poteva essere fraintesa. Una delle persone a cui mi rivolsi, per esempio, mi rispose dicendo: «Cosa mi volete proporre?». E del non certo trascurabile numero di individui in qualche modo contattati, solo pochi accolsero la proposta di compilare un questionario. Ci furono anche persone intenzionate a partecipare, poi fattivamente impossibilitate a farlo: una paziente, per dire, acconsentì ma subito dopo fu chiamata per la terapia ed entrò in reparto; un'altra, che ne era appena uscita, sostenne di non sentirsela più.

L'interpretazione che la caposala diede di questi fatti spronò HJ a riconsiderare le modalità del nostro primo approccio ai malati: ella ci fece notare che, sebbene la compilazione del questionario non richiedesse che qualche minuto, i pazienti giungevano in sala d'attesa – sia che si accingessero a entrare in reparto, sia che ne uscissero – con uno stato d'animo

che condizionava la loro percezione di quel tempo: chi arrivava aveva fretta e il solo pensiero, magari pesante, di entrare a fare la terapia; chi usciva dal reparto aveva un altro tipo di fretta animata dal solo pensiero, magari più leggero, di tornarsene a casa. HJ decise quindi di cambiare sistema e ne propose uno che accolse il favore della caposala: parlare con i pazienti durante il ciclo di chemioterapia. Saremmo dunque entrate in corsia a partire dal giorno successivo, introdotte da un infermiere/a di turno nelle singole stanze e con indosso camici bianchi che circoscrivevano uno spazio, intorno a noi, tutto da disambiguare.

### *Il questionario*

HJ attribuiva al questionario una funzione pretestuosa che subordinava la rilevanza, pur non negata, del dato quantitativo all'opportunità di dialogare con i malati che acconsentissero a compilarlo. Ciò nondimeno, in principio l'assoggettamento della prospettiva teorica etnografica a requisiti di credibilità clinica si manifesta attraverso la riconsiderazione del ruolo svolto proprio dal dato quantitativo.

«Loro [i medici] possono capire il questionario. Se avessi detto loro: "Posso venire nel vostro reparto a parlare con qualche persona...?", non credo che mi avrebbero lasciato entrare» (Int. HJ).

Il questionario doveva essere solamente un pretesto per parlare con i pazienti. Invece, è diventato strumento di legittimazione della ricerca della HJ agli occhi dei medici implicati poiché avrebbe prodotto risultati integrabili in griglie di valutazione statistica note alle indagini cliniche ed epidemiologiche. Il questionario ha per questo espanso la sua influenza anche al di fuori dei reparti in cui è stato distribuito. HJ ha dovuto impostare un database Excel nel quale inserire i dati ricavati dal questionario proprio per ottenere una campionatura che risultasse ammissibile da un punto di vista clinico.

L'approntamento di un database, il suo costante aggiornamento, la costruzione progressiva di un campione di dati che rivestisse una qualche ammissibilità per il punto di vista dei medici «ha richiesto molto tempo e risorse, tempo che avevo pensato di passare a parlare con le persone. Dopo il questionario abbiamo avuto poco tempo, e abbiamo parlato soltanto con cinque pazienti fuori dall'ospedale. Avevo sperato di parlare con più persone, e di iniziare a farlo molto prima» (Int. HJ). E ha anche forzato un adeguamento generale – dei tempi, delle risorse, delle “energie” – all'invisibile regolarità delle norme interne ospedaliere e burocratiche biomediche.

*L'antropologo in camice bianco*

Nella discussione teorica sulle implicazioni metodologiche di una etnografia dell'ospedale è emerso che il ricercatore che voglia penetrare la vita interiore di un reparto senza apparire un "intruso" ha in fondo poche possibilità di scelta, offerte dalla presenza in ambito clinico di certi ruoli codificati: può integrarsi, dunque, nel personale sanitario (VAN AMSTEL H. - VAN DER GEEST S. 2004; GIBSON D. 2004), inserirsi fra i pazienti (VAN DER GEEST S. - SARKODIE S. 1998) oppure presentarsi come visitatore esterno (INHORN M.C. 2004; VERMEULEN E. 2004). Quest'ultima opzione comprende i casi in cui l'antropologo mantiene la propria identità e si presenta come tale esplicitando le premesse, gli obiettivi e i metodi della propria ricerca. Secondo alcuni nessuna delle tre soluzioni consente di eludere le profonde difficoltà che un'intenzione di "partecipazione" nel senso antropologico ed etnografico del termine incontra dentro l'ospedale, fino a ritenere quella svolta nei contesti ospedalieri per definizione una "osservazione non partecipante" (VERMEULEN E. 2004). Ad esempio, il ricercatore non medico che condivida i turni di una categoria professionale sanitaria dentro un ospedale, *prende parte* alla vita sociale del reparto, ma non *partecipa* alla costellazione di attività lavorative e decisionali intorno alle quali, di fatto, quella vita sociale si struttura e si organizza (cfr. VERMEULEN E. 2004). Analogo discorso vale per la soluzione di entrare in reparto nei finti panni di un falso paziente: il ricercatore, calato in queste vesti fittizie, ha garantita una permanenza costante in corsia, è sottoposto alle procedure previste per i degenti, mangia gli stessi cibi, sottostà agli stessi orari e dunque conquisterebbe una posizione apparentemente congeniale all'esigenza di una "partecipazione" totale (VAN DER GEEST S. - SARKODIE S. 1998). Tuttavia, l'assoggettamento alle regole vigenti in un reparto per il trattamento dei degenti non basta a fare del ricercatore, da sano, un malato: dunque, va da sé che sia poi la sofferenza a conservare una distanza.

Il posizionamento dell'antropologo dentro il reparto solleva questioni di ordine metodologico connesse agli aspetti operativi dell'etnografia e richiede anche una certa sensibilità verso i rapporti che si instaureranno con gli altri soggetti presenti, specialmente coloro ai quali si indirizzano l'attenzione etnografica ed un intento di coinvolgimento nella ricerca. A mio parere, l'esperienza vissuta da HJ è in questo senso emblematica. L'insidia metodologica che si è annidata dietro al suo posizionamento in reparto – peraltro non intenzionale – si è estrinsecata in una trasposizione, da parte dei malati suoi interlocutori, dei significati veicolati dal

camice bianco sui presupposti della ricerca e il suo oggetto, obnubilando dietro al malinteso di crederla un medico la distensione possibile di un rapporto etnografico realmente biunivoco.

L'oggetto della sua attenzione – le medicine complementari e alternative – non favoriva un'immediata decodifica della sua presenza in reparto perché, nonostante la legislazione sanitaria toscana riconosca certe medicine non convenzionali nel sistema sanitario pubblico, il tema rappresenta in ambito medico una questione piuttosto controversa. Apprenderemo dai pazienti, e ne avemmo conferma dalle opinioni conclamate di certi medici, che un accordo tra la scelta autonoma del fruitore eventuale di una CAM e il parere clinico su quella decisione è infrequente. Nel rapporto con i propri assistiti, gli oncologi, per loro esplicita ammissione, rimarcano la pericolosità delle medicine non convenzionali, specialmente di quelle biologicamente attive, come se il "rischio" insito nel loro uso ne fosse di fatto il contrassegno; coerentemente, sono risultati piuttosto ostili alle soluzioni fitoterapiche. Entrambi ignoravano l'esistenza di studi scientifici accreditati che hanno provato l'efficacia dell'agopuntura nel trattamento di dolori addominali, nausea e vomito post-chemioterapici (VICKERS A.J. - CASSILETH B.R. 2001) e per giunta scoprimmo, durante la presentazione finale dei dati agli staff, che nessuno dei medici presenti sapeva che l'agopuntura è integrata ufficialmente nel Sistema sanitario regionale (Ssr) (cfr. JOHANNESEN H. 2009).

Dopo aver concordato la nuova modalità di distribuzione del questionario, dunque, entrammo in corsia con indosso un camice bianco. "Camuffarsi" fra i medici – essere creduto tale – potrebbe soddisfare le esigenze etnografiche e investigative del ricercatore, rispondere a una precisa scelta metodologica. Peraltro, l'integrazione nello staff medico o infermieristico risulta, dalle etnografie dell'ospedale esistenti, soluzione metodologica generalmente prediletta (VAN DER GEEST S. - FINKLER K. 2004). L'assimilazione del ricercatore a una compagine professionale sanitaria offre alcuni indiscutibili vantaggi: la circolazione in reparto è molto più libera, nonostante la scansione della routine possa in parte disciplinarla, perché la presenza di un medico o di un membro del personale infermieristico in un reparto, in qualsiasi momento della giornata, è assolutamente "normale". C'è anche la possibilità di conquistare accesso ad aree che in altri panni sarebbe inopportuno frequentare quali: ambulatori, uffici e sale di medici e infermieri, dove sembrerebbe strano veder entrare un paziente o un individuo in abiti civili. Questa soluzione metodologica, nonostante i benefici che può apportare a un programma di osservazione, non sempre è l'esito di una scelta ponderata quanto una condizione imposta: all'an-

tropologo autorizzato a circolare in corsia che avesse deciso di presentarsi come tale può essere chiesto 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 L. M. 2004: 2055, corsivo mio E.P.).

La posizione di HJ si avvicina a questa condizione poiché l'ingresso in reparto fu imposto dalle circostanze, anziché una scelta di metodo, né si poteva considerare soluzione metodologica preferenziale per i suoi scopi. Il problema che ella ha dovuto arginare era costituito dal fatto che i malati la consideravano un medico. Ciò era stimolato dalla presenza intorno a noi di un apparato di simboli in grado di sorreggere quell'associazione alla biomedicina: il camice bianco, la presentazione da parte degli infermieri, l'uso di un questionario, la distribuzione di un modulo del consenso informato. A sfociare nell'emersione o nel rinforzo di questa percezione errata di noi era anzitutto il nostro dichiarato occuparci "dell'uso delle medicine complementari e alternative *in oncologia*".

Le presentazioni verbali della ricerca che gli infermieri snocciolavano ai pazienti presenti nelle camere potevano talvolta contenere elementi capaci di condizionare la visione di noi che i malati elaboravano sul momento specialmente, ma non unicamente, perché l'antropologia non veniva mai menzionata.

INFERMIERE: «Queste due dottoresse, di cui una viene dalla Svizzera [*sic*, Danimarca], sono qui per fare una ricerca sull'uso della medicina complementare con un questionario coi pazienti. Chi vuole partecipare, può farlo con loro e questa è una cosa che ci interessa anche a noi perché l'ospedale vuole sapere. Quindi se partecipate ci fa piacere» (ddc, 10 ottobre 2006).

Congiurava contro di noi anche il fatto che la parola "antropologo" non ha un grande potere evocativo, specialmente dentro l'ospedale<sup>(9)</sup>. Se anche fosse chiaro – ma spesso non lo è – cosa un antropologo in generale fa, sembra risultare piuttosto difficoltoso per la maggior parte delle persone considerarne la presenza in un ospedale direttamente decifrabile. Una delle pazienti che avremmo incontrato a casa sua per realizzare un'intervista etnografica, forse per influsso delle sue vaste conoscenze nel campo delle medicine complementari e alternative, incorse nell'errore di confondere HJ con un esperto di antroposofia.

In quanto alle persone che recavano esperienze di fruizione di una medicina non convenzionale, risultò piuttosto evidente una refrattarietà a

esporsi radicata nell'intenzione di non contravvenire all'esclusività del trattamento biomedico. Un episodio emblematico ha per protagonista una paziente dal cui questionario si evinceva che non utilizzava alcuna CAM. Il giorno successivo alla compilazione, HJ parlò con lei e l'informò per la prima volta del fatto che la ricerca era svolta da antropologi, e non da medici. Questa signora, significativamente, durante quel colloquio ammise di sottoporsi all'agopuntura, che le veniva praticata da un amico.

Alcuni pazienti tradivano una certa apprensione di fronte alla prospettiva che quanto andavano "ammettendo" nel questionario potesse essere poi riferito al primario.

Paziente: «Io faccio sempre l'agopuntura. Non è che lei questo poi lo dice al primario?» (ddc, 17 ottobre 2006).

Paziente: «La ho cominciata ieri [terapia non convenzionale]. La faccio perché io qui finisco la chemioterapia alla fine di ottobre. Ma io voglio continuare a curarmi per evitare che si rifaccia vivo [il tumore]. Oh, ma mica questo andrà al primario?» (ddc, 17 ottobre 2006).

È stato per questo insieme di problemi che HJ ha deciso di modificare la presentazione verbale che rilasciavamo ai pazienti quando entravamo nelle camere, in modo da rendere più chiaro il fatto che non eravamo medici, non eravamo membri dello staff dell'ospedale ma che, allo stesso tempo, l'ospedale supportava la ricerca e ne conosceva scopi e procedure. Elaborò un nuovo discorso introduttivo che surclassasse la centralità di quello degli infermieri per distanziarci dall'ospedale: il chiarimento che non eravamo medici ma antropologhe poteva sollecitare, nei pazienti, un'apertura nei nostri confronti altrimenti interdetta.

«Durante il weekend decisi di provare a presentarci da sole. Volevo una presentazione più personale che ci allontanasse un po' dall'ospedale, per vedere se questo avrebbe aperto uno spazio per più risposte e più "confessioni" sull'uso delle CAM. Con l'annuncio del progetto da parte dei medici all'arrivo del paziente, con gli infermieri che ci introducevano in ogni camera e con i nostri camici bianchi, avevo l'impressione che fossimo diventate troppo parte dell'ospedale. Tutte queste cose erano molto positive, quali segnali che noi, con il nostro studio, eravamo accettate dal reparto, ma sentivo che avevamo bisogno di tirarci un po' indietro da questa posizione in modo che i pazienti diventassero pienamente consapevoli che noi non eravamo parte del sistema medico. Ho inventato una presentazione in cui dico loro i nostri nomi e da dove veniamo prima di parlare dei questionari» (*Field notes*, HJ).

Se la nuova introduzione verbale nasceva dalla volontà di rassicurare coloro che, magari sulla scia di un reverenziale timore verso i medici,

“mentivano” o rifiutavano di partecipare, nei fatti si concretò in una sottrazione di HJ dallo spazio descritto intorno a lei dal camice bianco, nel quale la possibilità di condivisione e dialogo apparivano, per i motivi che ho descritto, negati.

### *Conclusione*

HJ giunse in Italia per realizzare una ricerca antropologica sul ricorso alle medicine complementari e alternative in oncologia che le era stato ispirato da uno studio internazionale concluso l'anno precedente (MOLASSIOTIS A. *et al.* 2005) e, in particolare, dalla percentuale di fruizione valutata per i malati di tumore italiani, la quale risultava essere la più alta in Europa (73%). Per allacciare la propria indagine alla precedente in modo rigoroso era necessario reiterarne fedelmente la metodologia: per questo motivo, prevede la distribuzione dello stesso questionario ai malati di cancro che si potevano incontrare in reparti di Day Hospital oncologico per il ciclo di chemioterapia. La rilevanza generale del dato quantitativo, per i suoi scopi, non si esauriva nella ratifica o nella rettifica eventuali dei risultati dell'analisi svolta a Milano. Il questionario offriva un'occasione di incontro con le persone ammalate, le avrebbe consentito di iniziare a raccogliere storie, narrazioni, vissuti gettando le basi per quella prevista pienezza etnografica fatta di incontri ripetuti con i malati che non ha avuto invece compiuto luogo.

L'esercizio di una regolazione medica della ricerca e della sua strutturazione preliminare si avverte, a mio parere, fin dai primi momenti del soggiorno di HJ in Toscana. La necessità di somministrare il questionario in reparti di Day Hospital oncologico ha subordinato certe sue premesse alle occorrenze burocratiche sanitarie individuate dai medici coinvolti, le quali hanno rimodellato i tempi prefissati della ricerca, infine sacrificando i momenti di approfondimento etnografico nella breve vigilia del suo ritorno in Danimarca. Ciò non vuole negare la qualità euristica dei nuovi orizzonti di riferimento prodotti dalle circostanze – la preminenza del dato quantitativo rispetto ai propositi ponderati, l'inclusione dell'ospedale fra le strutture costituenti del “campo”, la complessità delle relazioni instaurate con i professionisti clinici, per esempio – nelle potenzialità di riflessione di HJ (Int. HJ). Ma vuole trasporre la sua esperienza di confronto con il mondo ospedaliero in un discorso a carattere più generale che ne faccia testimonianza di alcuni nodi problematici tipici dell'etnografia dell'ospedale.

Così, si può interrogare il ritardo burocratico con cui la sua richiesta di ingresso in reparto è stata accettata per comprendere fino a che punto abbia agito, nel suo caso, quella registrata ostilità alla proiezione di uno «sguardo etnografico sullo sguardo medico» (INHORN M. C. 2004: 2096) e riflettere sulle dinamiche di quella negoziazione che hanno in vario modo esteso propaggini disciplinanti sul processo del suo ingresso in reparto.

Rispetto alla questione di metodo relativa al posizionamento dell'antropologo dentro un reparto, l'esperienza di HJ offre un esempio di gestione concreta del rapporto tra biomedicina e antropologia all'interno del campo biomedico: con le sue peculiarità contestuali e relazionali, infatti, la vicenda che ha vissuto può ritenersi, pur nell'ottica retrospettiva che ho assunto, un valido contributo all'arricchimento epistemologico dell'etnografia dell'ospedale.

HJ, avendo affrontato l'ambiguità di significati che emana un camice bianco, ha praticato un'opzione metodologica dell'etnografia dell'ospedale contrastandone alcuni possibili "limiti". L'assimilazione ai professionisti non era nei suoi intenti: la sua circolazione in corsia non aveva altra necessità che quella di sopperire all'inadeguatezza della soluzione inizialmente imposta per reperire partecipanti alla somministrazione del questionario: farlo cioè in sala d'attesa. Ciò nondimeno, ha dovuto far fronte alla persistenza del fraintendimento che questa collocazione del ricercatore spesso veicola: il travisamento del suo ruolo in quello medico-clinico. Con riferimento preciso al tema della sua ricerca, nonché ai suoi propositi etnografici, questo ha creato parecchi problemi.

La reazione di HJ a questa situazione etnografica "imprevista", il suo modo di affrontarla rielaborando attivamente la propria posizione nello spettro dei rapporti interumani in cui era presa – con i medici, con i pazienti – ha una superiore portata teorico-metodologica: il recupero e la valorizzazione di uno spazio d'azione coerente ai propositi scientifici del suo progetto di ricerca è in effetti il prodotto di una accorta riconciliazione delle proprie esigenze etnografiche con i condizionamenti (finanche imprevedibili, come si nota) che l'istituzione biomedica può imporre.

Così, alcuni malati che *prima* che HJ svestisse *metaforicamente* il camice bianco non dichiararono alcuna esperienza nel reame delle medicine complementari e alternative, *dopo* riconobbero di averne. E le raccontarono.

HJ ha proceduto ad un efficace riposizionamento strategico. Ella ha neutralizzato l'ambiguità del camice bianco mediante un distanziamento dall'ospedale, quale *istituto* ed *istituzione*, per poi rientrarvi disambiguata, quale antropologa da esso *istituzionalmente* supportata.

Sottraendosi all'arena biomedica, HJ abbandonava un dominio – quello della valutazione delle CAM in ambito clinico – che dai malati veniva percepito come non condivisibile con i medici («nessuno mi ha mai chiesto qualcosa negli ospedali e nemmeno vogliono sapere», «vedo l'ospedale un po' distante per queste cose») e in questo modo riattivava intorno a sé il processo di instaurazione del dialogo etnografico e del rapporto interindividuale che, per quanto effimero, descrive ed anima lo spazio nel quale la conoscenza antropologica si produce.

### *Ringraziamenti*

*Desidero ringraziare Helle Johannessen per la grande disponibilità dimostratami sia al momento del lavoro etnografico comune sia durante la stesura di questo articolo. Sono molto grata a Giovanni Pizza per la guida scientifica e la lettura critica di varie stesure di questo scritto, e a Tullio Seppilli per le sue preziose indicazioni. Vorrei inoltre ringraziare l'antropologa Francesca Chianese per aver curato la traduzione in spagnolo del riassunto e due anonimi revisori per le loro importanti osservazioni.*

### Note

<sup>(1)</sup> Helle Johannessen è professore presso l'Institute of public health, University of Southern Denmark dove dirige una équipe multidisciplinare presso la facoltà di Health sciences. Ha studiato le forme del pluralismo medico svolgendo ricerche etnografiche in Danimarca, Canada e Italia.

<sup>(2)</sup> Sulla dicitura "medicine complementari e alternative" (cui corrisponde l'acronimo anglosassone CAM) prevale, in Italia, quella di "medicine non convenzionali" (MNC). Entrambe sono definizioni inclusive di una pluralità eterogenea di tecniche terapeutiche, metodi diagnostici e approcci filosofici accomunati dal fatto di non essere considerati parte della medicina convenzionale (MOLASSIOTIS A. *et al.* 2006), ma non si equivalgono pienamente (COLOMBO E. - REBUGHINI P. 2006: 76; GIARELLI G. 2005: 25; VICKERS A.J. - CASSILETH B.R. 2001). Userò qui il termine "medicine complementari e alternative" nel rispetto della terminologia adottata da Helle Johannessen e me durante il periodo della ricerca.

<sup>(3)</sup> Su questi aspetti la letteratura è molto ampia. Fra i numerosi riferimenti rimando qui a PIASERE L. (2002) e al lavoro collettaneo PENNACINI C. (curatore) 2010.

<sup>(4)</sup> Al termine della permanenza di Helle Johannessen in Italia la intervistai: nel testo, i passi estrapolati dal colloquio sono indicati dalla sigla: "Int. HJ". Attingo anche al mio diario di campo ("ddc") e alle note stese da Helle Johannessen ("Field notes HJ"). La traduzione dall'inglese dei passaggi ripresi dall'intervista di Johannessen, dalle sue note, nonché quella delle citazioni da testi per cui non esiste una versione italiana è mia.

<sup>(5)</sup> La medicina complementare ed alternativa è il precipuo ambito di studio di Helle Johannessen. Fra le sue pubblicazioni segnalò alcuni titoli in inglese: JOHANNESSEN H. (2001); JOHANNESSEN

H. - LÁZÁR I. (2006); JOHANNESSEN H. - OLESEN S. G. - ANDERSEN J. Ø. (1995). I dati ricavati dalla somministrazione del questionario che distribuimmo in due Day Hospital oncologici in Toscana sono in JOHANNESSEN H. *et al.* (2008), mentre una riflessione analitica di Helle Johannesen seguente alla ricerca è in JOHANNESSEN H. (2009).

<sup>(6)</sup> GIUNTA REGIONALE TOSCANA, *Delibera n. 1384 del 9/12/2002*.

<sup>(7)</sup> In realtà questo fatto sembra non influire sul suo utilizzo, che, sulla base dei dati che raccogliemmo mediante il questionario già adottato a Milano, è risultato piuttosto contenuto, in linea con i dati nazionali che nel 1999 ne stimavano i fruitori al 15,6% della popolazione (MENNITI-IPPOLITO F. *et al.* 2002: 62; COLOMBO E. - REBUGHINI P. 2006: 52).

<sup>(8)</sup> Questa intervista, la cui verbalizzazione è integrata nel mio diario di campo (ddc, 28 agosto 2006), è stata raccolta da Helle Johannesen. Io ne curai in seguito la verbalizzazione.

<sup>(9)</sup> «Sebbene a volte fu evidente un certo “sospetto” verso lo sguardo antropologico (“cosa fa un antropologo?”), questo non interferì mai con le mie attività di ricerca; quel “sospetto” credo fosse il prodotto di una curiosità genuina verso alcune metodologie e approcci di ricerca che erano estranei alla maggioranza degli operatori e dei pazienti in quel contesto clinico» (TANASSI L. 2004: 2056).

## Bibliografia

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

COLOMBO ENZO - REBUGHINI Paola (2006), *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Carocci, Roma.

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.

GIARELLI Guido (2005), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della medicina integrata*, Franco Angeli, Milano.

GIBSON Diana (2004), *The gaps in the gaze in South African hospitals*, “Social Science & Medicine”, vol. 59, n.10, 2004, pp. 2013-2024.

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.

JOHANNESSEN Helle (2001), *Stories the body can tell. On bodily perceptions as a link between alternative medical technologies and illness narratives*, in VAN DONGEN E. - COMELLES J. M. (curatori) 2001, pp. 191-210.

JOHANNESSEN Helle (2009), *Exclusive inclusions: cancer practices in Toscana and Southern Denmark*, pp. 137-160, in PIZZA Giovanni - JOHANNESSEN Helle (curatori), *Embodiment and the State. Health, Biopolitics and the Intimate Life of State Powers*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 27-28, 2009 [numero monografico].

JOHANNESSEN Helle - LÁZÁR Imre (curatori) (2006), *Multiple medical realities. Patients and healers in biomedical, alternative and traditional medicine*, Berghahn Books, New York - Oxford.

JOHANNESSEN Helle - OLESEN Søren Gosvig - ANDERSEN Jørgen Østergård (1995), *Alternative therapy 2. Body and nature*, INRAT, Odense University Press, Gylling [Denmark].

JOHANNESSEN Helle - VON BORNEMANN HJELMBORG Jacob - PASQUARELLI Elisa - FIORENTINI Giammaria - DI COSTANZO Francesco - MICCINESI Guido (2008), *Prevalence in the use of complementary medicine among cancer patients in Tuscany, Italy*, “Tumori”, vol. 94, n. 3, 2008, pp. 406-410.

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.

MENNITI-IPPOLITO Francesca - GARGIULO Lidia - BOLOGNA Emanuela - FORCELLA Emanuela - RASCHETTI Roberto (2002), *Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey*, "European Journal of Clinical Pharmacology", vol. 58, n. 1, aprile 2002, pp. 61-64.

MOLASSIOTIS Alexander - SCOTT Julia A. - KEARNEY Nora - PUD Dorit - MAGRI Miriam - SEVEKEROVA Sarka - BRUYNS Ingrid - FERNANDEZ-ORTEGA Paz - PANTELI Vassiliki - MARGULIES Anita - GUDMUNDSDOTTIR GUDBJORG - MILOVICS Ljiljana - OZDEN Gulen - PLATIN Nurgun - PATIRAKI Elisabeth (2006), *Complementary and alternative medicine use in breast cancer patients in Europe*, "Supportive Care in Cancer", vol. 14, n. 3, marzo 2006, pp. 260-267.

MOLASSIOTIS Alexander - FERNANDEZ-ORTEGA Paz - PUD Dorit - SCOTT Julia A. - PANTELI Vassiliki - MARGULIES Anita - Browall M. - MAGRI Miriam - SELVEKEROVA Sarka - MADSEN E. - MILOVICS Ljiljana - BRUYNS Ingrid - GUDMUNDSDOTTIR Gudbjorg - HUMMERSTON S. - AHMAD A.M.A. - PLATIN Nurgun - KEARNEY Nora - PATIRAKI Elisabeth (2005), *Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey*, "Annals of Oncology", vol. 16, n. 4, aprile 2005, pp. 655-663.

PASQUARELLI Elisa (2006-2008), *L'etnografia dell'ospedale. Alcune prospettive di studio nel dibattito antropologico contemporaneo*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 21-26, 2006-2008, pp. 475-496.

PENNACINI Cecilia (curatore) (2010), *La ricerca sul campo in antropologia. Oggetti e metodi*, Carocci, Roma.

PIASERE Leonardo (2002), *L'etnografo imperfetto. Esperienza e cognizione in antropologia*, Laterza, Roma - Bari.

PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

PIZZA Giovanni - JOHANNESSEN Helle (2009), *Editorial. Two or three things about embodiment and the State*, pp. 13-20, in PIZZA Giovanni - JOHANNESSEN Helle (curatori) (2009), *Embodiment and the State. Health, biopolitics and the intimate life of State powers*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 27-28, 2009 [numero monografico].

TANASSI Lucia M. (2004), *Compliance as strategy: the importance of personalised relations in obstetric practice*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2053-2069.

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 - 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.

VAN DONGEN Els - COMELLES Josep Maria (curatori) (2001), *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 [numero monografico].

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.

VICKERS Andrew J. - CASSILETH Bartie R. (2001), *Unconventional therapies for cancer and cancer-related symptoms*, "The Lancet Oncology", vol. 2, n. 4, aprile 2001, pp. 226-232.

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 (2008), *Native among the natives. Physician anthropologist doing hospital ethnography at home*, "Journal of Contemporary Ethnography", vol. 37, n. 2, 2008, pp. 135-154.

## Scheda sull'Autrice

Elisa Pasquarelli è nata il 5 gennaio 1981 a Gubbio (provincia di Perugia). Dopo la laurea magistrale in Conservazione dei beni culturali nel 2006 e la laurea specialistica in Scienze antropologiche nel 2008 presso l'Università degli studi di Perugia, ha conseguito il Dottorato di ricerca in Etnologia ed etnoantropologia presso la Sapienza Università di Roma nel 2012. Ha pubblicato: *L'etnografia dell'ospedale. Alcune prospettive di studio nel dibattito antropologico contemporaneo*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 21-26, ottobre 2008, pp. 475-496.

## Riassunto

*Etnografia dopo l'etnografia. Metodo e dialogo in una ricerca antropologica sull'uso delle medicine complementari in oncologia (Toscana)*

In questo articolo viene descritta un'indagine etnografica svolta da Helle Johannessen (University of Southern Denmark) sull'uso della medicina complementare e alternativa in oncologia, alla quale l'Autrice prese parte in qualità di assistente di ricerca. Attraverso la lettura retrospettiva di due Day Hospital oncologici viene presentato un esempio di "etnografia dell'ospedale", le cui coordinate teorico-metodologiche costituiscono il retroterra di una riflessione sulle implicazioni del posizionamento del ricercatore all'interno di un reparto, rispetto agli altri soggetti presenti. Ad essere discussa qui è l'opzione metodologica basata sull'assimilazione del ricercatore ad una compagine sanitaria da una prospettiva resa peculiare dal fatto che, in questo caso, tale condizione non derivava da una scelta calibrata sulle esigenze della ricerca, e anzi in parte contraddiceva gli intenti etnografici inizialmente ponderati. L'articolo esplora le modalità attraverso le quali l'ambiguità promanata dal camice bianco ha indotto una marginalizzazione delle relazioni interpersonali con i soggetti cui era rivolto l'interesse analitico primario, i pazienti oncologici, esemplificando una delle difficoltà che possono annidarsi dietro tale posizionamento. La descrizione delle strategie adottate per fronteggiare i problemi di metodo che ne sono scaturiti non si risolve in una semplice azione di distanziamento dall'istituzione biomedica, ma si fa testimonianza dell'esistenza di meccanismi disciplinanti che l'autorità medica ha proiettato sull'impianto globale della ricerca, in forme spesso non palesi ma efficaci, le quali assurgono a loro volta a degno oggetto di indagine.

*Parole chiave:* antropologia medica, etnografia dell'ospedale, biomedicina, medicina complementare e alternativa, oncologia, chemioterapia, Toscana, Italia.

## Résumé

*Ethnographie après l'ethnographie. Méthode et le dialogue dans une recherche anthropologique sur l'utilisation de médecines complémentaires en oncologie (Toscane)*

Cet article est consacré à la description d'une étude ethnographique menée par Helle Johannessen (University of Southern Denmark) sur l'utilisation de la médecine complémentaire et alternative en oncologie, que l'auteur a suivi en tant qu'assistante de recherche. À l'aide de l'analyse rétrospective de deux cas d'hôpital de jour en oncologie, on présente un exemple de "ethnographie de l'hôpital", dont les aspects théoriques et méthodologiques, s'avèrent être la base pour analyser le rôle du chercheur dans un service, par rapport aux autres personnes concernées. Cet article porte sur une solution méthodologique basée sur l'intégration du chercheur au personnel soignant. La particularité de cette étude est le fait que l'intégration ne découle pas d'une exigence de la recherche, mais au contraire, elle était en contradiction avec les buts ethnographiques prévus. Cet article évoque l'idée que la blouse d'hôpital puisse être pour le chercheur, un obstacle dans ses relations interpersonnelles avec les sujets de cette étude, c'est à dire les patients oncologiques, le but étant de mettre en évidence l'une des difficultés entraînées par l'intégration du chercheur au personnel soignant. Les stratégies mises en œuvre pour faire face à ces problèmes de méthode, ne se limitent au simple éloignement du chercheur de l'établissement biomédical, mais envisagent des mécanismes contraignants, souvent cachés mais efficaces, que l'autorité médicale a imposés à la recherche et qui pourront faire à leur tour l'objet d'études supplémentaires.

*Mots-clés:* anthropologie médicale, ethnographie de l'hôpital, biomédecine, médecine complémentaire et alternative, oncologie, chimiothérapie, Toscane, Italie.

## Resumen

*Etnografía después de la etnografía. Método y diálogo en una investigación antropológica sobre el uso de la medicina complementaria en la oncología (Toscana)*

Este artículo describe un estudio etnográfico realizado por Helle Johannessen (University of Southern Denmark) sobre el uso de la medicina complementaria y alternativa en oncología, en el que la autora participó como asistente de investigación. A través de la lectura retrospectiva de dos Day Hospital oncológicos se presenta un ejemplo de "etnografía del hospital", cuyas coordenadas teórico-metodológicas son la base de una reflexión sobre las implicaciones de la posición

del investigador dentro de una sala de hospital, respecto a los otros sujetos presentes. En discussion aquí es la opción metodológica basada en la asimilación del investigador a un equipo sanitario desde una perspectiva hiza especial del hecho que, en este caso, esta condición no se deriva de una elección calibrada en las necesidades de la investigación, y que de hecho contradice en parte los intentos etnográficos inicialmente ponderados. El artículo explora las formas en que la ambigüedad emanada de la bata blanca ha conducido a una marginación de las relaciones interpersonales con aquellos a quienes iba dirigido el interés analítico primario, los pacientes con cáncer, que ejemplifica una de las dificultades que pueden ocultarse detrás de este posicionamiento. La descripción de las estrategias adoptadas para hacer frente a los problemas metodológicos que se han producido no se puede resolver en un simple acto de distanciamiento de la institución biomédica, es una prueba de la existencia de mecanismos que disciplinan que la autoridad médica ha proyectado en el sistema global de investigación, en formas a menudo no evidentes pero eficaces, que se elevan a su vez a un objeto digno de investigación.

*Palabras clave:* antropología médica, etnografía del hospital, biomedicina, medicina complementaria y alternativa, oncología, quimioterapia, Toscana, Italia.

## Abstract

*Ethnography after ethnography: Method and dialogue in an anthropological research on the use of complementary medicines in oncology (Tuscany)*

This article describes an ethnographic inquiry focused on the use of alternative and complementary medicine in oncology, led by Helle Johannessen (University of Southern Denmark). The Author took part in it as research assistant. The retrospective analysis of two oncology outpatient clinics gives an example of "hospital ethnography". Theoretical and methodological perspectives on "hospital ethnography" are the background to consider the implications of researchers' role as to other people within the ward. This article discusses the methodological solution based on the assimilation of researchers toward physicians and nurses staff from a very particular point of view; that is to say, this condition was not deliberately chosen for research needs. On the contrary, it contradicts some of the ethnographic aims set at the beginning. The article explores the ways in which the white coat ambiguity caused a marginalization of interpersonal relationships between researchers and their main target, cancer patients. It is an example of one of the problems that could arise when researchers are assimilated to the staff. The strategies used to overcome these obstacles do not only consist of diverging from the biomedical institution, but they

also prove that there were medical authority disciplines exercised over the global background of the research. These rules were not often explicit, but so effective that finally, they, too, became a very interesting object of inquiry.

*Keywords:* medical anthropology, hospital, ethnography, biomedicine, complementary and alternative medicine, oncology, chemotherapy, Tuscany, Italy.