

anno XVIII (2015), n. 17 (2)
ISSN 2038-3215

ARCHIVIO ANTROPOLOGICO MEDITERRANEO



ARCHIVIO ANTROPOLOGICO MEDITERRANEO on line

anno XVIII (2015), n. 17 (2)

SEMESTRALE DI SCIENZE UMANE

ISSN 2038-3215

Università degli Studi di Palermo
Dipartimento Culture e Società
Sezione di Scienze umane, sociali e politiche

Direttore responsabile
GABRIELLA D'AGOSTINO

Comitato di redazione
SERGIO BONANZINGA, IGNAZIO E. BUTTITTA, GABRIELLA D'AGOSTINO, FERDINANDO FAVA, VINCENZO MATERA,
MATTEO MESCHIARI

Segreteria di redazione
DANIELA BONANNO, ALESSANDRO MANCUSO, ROSARIO PERRICONE, DAVIDE PORPORATO (*website*)

Impaginazione
ALBERTO MUSCO

Comitato scientifico

MARLÈNE ALBERT-LLORCA
Département de sociologie-ethnologie, Université de Toulouse 2-Le Mirail, France
ANTONIO ARIÑO VILLARROYA
Department of Sociology and Social Anthropology, University of Valencia, Spain
ANTONINO BUTTITTA
Università degli Studi di Palermo, Italy
IAIN CHAMBERS
Dipartimento di Studi Umani e Sociali, Università degli Studi di Napoli «L'Orientale», Italy
ALBERTO M. CIRESE (†)
Università degli Studi di Roma «La Sapienza», Italy
JEFFREY E. COLE
Department of Anthropology, Connecticut College, USA
JOÃO DE PINA-CABRAL
Institute of Social Sciences, University of Lisbon, Portugal
ALESSANDRO DURANTI
UCLA, Los Angeles, USA
KEVIN DWYER
Columbia University, New York, USA
DAVID D. GILMORE
Department of Anthropology, Stony Brook University, NY, USA
JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ALCANTUD
University of Granada, Spain
ULF HANNERZ
Department of Social Anthropology, Stockholm University, Sweden
MOHAMED KERROU
Département des Sciences Politiques, Université de Tunis El Manar, Tunisia
MONDHER KILANI
Laboratoire d'Anthropologie Culturelle et Sociale, Université de Lausanne, Suisse
PETER LOIZOS (†)
London School of Economics & Political Science, UK
ABDERRAHMANE MOUSSAOUI
Université de Provence, IDEMEC-CNRS, France
HASSAN RACHIK
University of Hassan II, Casablanca, Morocco
JANE SCHNEIDER
Ph. D. Program in Anthropology, Graduate Center, City University of New York, USA
PETER SCHNEIDER
Department of Sociology and Anthropology, Fordham University, USA
PAUL STOLLER
West Chester University, USA



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO
Dipartimento Culture e Società
Sezione di Scienze umane, sociali e politiche



fondazione ignazio buttitta

Ragionare

- 1 Francesca Romana Lenzi, *Sospendersi. Corpo, dolore, identità e riti nella società postmoderna*
- 17 Helga Sanità, *Da 'pomme d'amour' a 'pomo della discordia'. Il pomodoro fra macro-retorica e micro-narrazioni nel foodscape contemporaneo*
- 31 Giovanni Cordova, *I nuovi italiani di Tunisia. Uno sguardo a mobilità e transnazionalismi nel Mediterraneo*
- 43 Eugenio Zito, *Oltre Cartesio. Corpo e cultura nella formazione degli operatori sanitari*
- 59 Giuliana Sanò, *Immigrazione e agricoltura trasformata nella Sicilia sud-orientale*
- 67 Daria Settineri, *Tra stato e criminalità organizzata. Riflessioni sulle condizioni di alcuni migranti a Ballarò (Palermo)*
- 75 Emanuela Rossi, *Musei e politiche della rappresentazione. L'indigenizzazione della National Gallery of Canada*

Ricerca

- 83 Sergio Bonanzinga - Nico Staiti, *I tamburi a cornice in Sicilia*
- 113 Nico Staiti, *Toccata, variazione, aria, concitato. Per una riflessione su tradizione orale e scritta della musica, tra etnologia e storia*
- 139 Maria Rizzuto, *Prima ricognizione sulle "liturgie musicali" delle chiese ortodosse in Sicilia*
- 155 Giuseppe Giordano, *Musiche di tradizione orale dal campo alla rete*

167 Leggere - Vedere - Ascoltare

179 Abstracts

Eugenio Zito

Oltre Cartesio. Corpo e cultura nella formazione degli operatori sanitari

*aut haec in nostros fabricata est machina muros,
inspectura domos venturaque desuper urbi,
aut aliquis latet error; equo ne credite, Teucri.
Quidquid id est, timeo Danaos et dona ferentes.*

Virgilio, *Eneide*, libro II, vv. 46-49.

1. Astuzie in tempo di guerra

Con le parole riportate in epigrafe, divenute in parte proverbiali, Laocoonte, – così Virgilio racconta nel secondo libro dell'*Eneide* – avendone intuito l'inganno, tentò di convincere i Troiani a non accettare, dai Greci, il dono di un enorme cavallo di legno. Nessuno ascoltò il povero Laocoonte, peraltro punito dagli dei che mandarono due tentacolari serpenti ad avvinghiarlo insieme ai suoi figli, e la città di Troia fu espugnata dai soldati greci strategicamente nascosti nella pancia cava della grande statua. La storia del cavallo di Troia sembrerebbe suggerirci, quanto meno, l'utilità di una certa accortezza rispetto ai doni che riceviamo, anche a seconda delle persone e delle circostanze, e soprattutto in virtù di potenziali rischi per quello che potrebbero rappresentare e/o nascondere, ma forse non sempre è così¹.

Nell'articolo riporto la mia esperienza – partendo da una doppia identità di antropologo e psicologo con una formazione psicodinamica e un Ph.D. interdisciplinare in Studi di Genere – presso alcuni dei corsi di laurea per le professioni sanitarie (fisioterapia, logopedia, ortottica) della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, dove, da alcuni anni, ricopro, con incarico annuale, la docenza di psicologia clinica (M-PSI/08) e coordino il corso integrato di scienze psicopedagogiche e sociali che include tale insegnamento (Valerio, Zito 2005)². Negli ultimi tempi ho assistito a una graduale e inesorabile scomparsa di quasi tutti i moduli relativi alle discipline demo-etno-antropologiche (M-DEA/01) dai programmi dei vari corsi di laurea per le professioni sanitarie, a vantaggio, nella migliore delle

circostanze, delle altre discipline che rientrano nei corsi integrati di scienze psicopedagogiche e sociali, sempre più sospinte verso 'rassicuranti' modelli epistemologici che gravitano sotto il controllo della biomedicina³. Tutto ciò è sintomatico di un pericoloso e generale processo di demolizione e liquidazione – che sta avvenendo sotto i nostri occhi – di quei saperi che hanno a che fare, invece, con la memoria sociale, l'anamnesi critica del presente e un innovativo modo di guardare alla corporeità (Faeta 2005; Remotti 2013; Resta 2013). Infatti, se da un lato l'antropologia culturale e l'antropologia sociale oggi sempre più compaiono nei diversi livelli dei percorsi universitari e formativi delle più svariate professioni, anche in relazione a processi di globalizzazione della conoscenza e del mondo del lavoro, dall'altro, però, dipartimenti ed istituti universitari di antropologia, e con essi, spesso, anche corsi di laurea e dottorati specifici, vengono soppressi, con una conseguente ripresa e ricontestualizzazione, poi, di categorie e metodi squisitamente antropologici, quali 'cultura' ed 'etnografia', all'interno di settori disciplinari differenti.

Questo articolo intende espressamente evidenziare, proprio a partire da un'esperienza singolare, quanto sta accadendo nelle Scuole di Medicina e, più in generale, nei contesti universitari italiani e non solo, e quali i rischi connessi a una pericolosa riduzione di cattedre ed insegnamenti specifici dell'area M-DEA/01. L'obiettivo è dimostrare la necessità di preservare, invece, la ricchezza epistemologica degli studi demo-etno-antropologici congiunta alla loro specificità, a cui dovrebbe seguire un'adeguata legittimazione pubblica in termini di un chiaro mandato sociale e istituzionale; ciò, in modo particolare, proprio nell'area della formazione universitaria degli operatori sanitari, come si cercherà di mettere in evidenza nelle pagine che seguono a proposito di corpo, malattia e processi di cura.

D'altro canto, il processo di umanizzazione della biomedicina contemporanea, che già da alcuni anni sembra coinvolgere proprio la formazione universitaria dei medici e delle altre professioni sanitarie (infermieri, logopedisti, dietisti, fisioterapisti e vari tecnici), come si può vedere dai programmi dei loro

corsi universitari che includono i già citati moduli di scienze psicopedagogiche e sociali al loro interno (ma praticamente quasi niente più che attenga alle discipline M-DEA/01), prevede soltanto dei semplici miglioramenti sul piano della relazione/comunicazione tra operatore e paziente. L'attuare dei piccoli ritocchi di superficie, senza scalfire invece un granitico paradigma come quello biomedico, con i suoi rigidi assunti e le sue certezze monolitiche, risponde sostanzialmente proprio alla difficoltà, oggi paradossalmente sempre più evidente, di riuscire realmente a prendere in considerazione tutti quelli che sono i significati culturali, sociali e politici del processo di cura. Gramsci (1975) *docet*, quando, in modo chiaro e inequivocabile, mostra come il campo della cultura possa essere molto utile per la comprensione delle dinamiche politiche di uno specifico contesto, perché ne è impregnato, e la sua lezione, con quella di Foucault (1978, 1998) sul rapporto tra potere e conoscenza, diviene oro.

Prezioso nella sua originalità e radicalità, per poter promuovere un'efficace formazione universitaria, che sia davvero trasformativa, degli operatori sanitari, e senza temere di essere 'inattuale' (Remotti 2013), è indubbiamente, invece, il contributo degli studi antropologici proprio intorno al tema della corporeità oltre il dualismo cartesiano, attraverso una tradizione che comincia con le 'tecniche del corpo' di Mauss (1965) e, passando per il concetto di 'presenza' di De Martino (1948, 1959, 1961) e di 'habitus' di Bourdieu (2003), arriva fino a quelli di 'mindful body' di Sheper-Hughes e Lock (1987) e di 'incorporazione' di Csordas (1990). Tale tradizione di studi, considerando il corpo non tanto come un oggetto 'naturale' ma come un prodotto storico, cioè una costruzione culturale variabile a seconda dei diversi contesti sociali, apre la strada a nuove modalità di leggere salute, malattia e relativi processi di cura (Pizza 2005). Ovviamente, sottolineare la natura culturalmente informata del corpo non significa delegittimare anatomia e fisiologia, ma semplicemente mostrare che la corporeità non può essere a loro integralmente ed esclusivamente riducibile. In questa direzione si auspica un percorso di reciproca trasformazione, piuttosto che di contrapposizione, tra sapere biomedico⁴ che può diventare 'biopotere' (Foucault 1978) e sapere antropologico con il suo ricco apporto critico, la sua peculiare attenzione al punto di vista dell'altro, la sua abitudine alla decostruzione e al decentramento, la sua attitudine interpretativa, alla ricerca del significato e il suo funambolico equilibrio tra prossimità e distanza dalla realtà osservata (Clifford, Marcus 1986; Geertz 1990; Malinowski 2011; Marcus, Fischer 1998).

Tutto ciò mi appare ancora più rilevante se pen-

so alla direzione che, ultimamente, la psicologia clinica, nell'ambito di una guerra in atto contro le scienze umane e umanistiche, con il conseguente tentativo di una loro delegittimazione sul piano scientifico (Remotti 2013), ha imboccato per salvarsi la pelle, riducendosi spesso ad 'ancella' all'interno del paradigma della biomedicina.

Forse l'alleanza tra discipline⁵, in questo caso l'antropologia culturale e la psicologia clinica (e mi riferisco ad una psicologia clinica di ispirazione psicodinamica) – entrambe, peraltro, appartenenti all'area 11 della classificazione ANVUR, e considerando anche che l'antropologia medica (Quaranta 2006) e la psicologia clinica, per esempio, condividono in parte territori comuni – potrebbe costituire, in un tempo così complesso per le discipline M-DEA/01, tra le altre, una possibile valida strategia di sopravvivenza e non soltanto di un intero settore disciplinare, ma anche e soprattutto di una preziosa *forma mentis* e di una ricca cornice epistemologica.

Stimolanti contenuti del sapere antropologico e relativi aspetti metodologici, nel mio corso, passano strategicamente 'nascosti' nel programma di psicologia clinica, come accadde con i Greci astutamente occultati nella pancia di un grosso cavallo di legno. Tuttavia, non sempre i doni sono forieri di danni per chi li riceve, alle volte, invece, possono risultare, addirittura, eccezionalmente sorprendenti e trasformativi. In questo caso, attraverso concetti teorici di marca antropologica e con l'utilizzo di una metodologia osservativa applicata all'esperienza pratica di tirocinio svolta in reparto durante un semestre dell'anno accademico, diventa possibile espugnare un certo pervasivo modello o, perlomeno, aprire un varco. Gli studenti vengono, infatti, aiutati a riflettere sulla propria dimensione corporea implicita nella relazione con il paziente e soprattutto sulla natura sempre corporea della nostra 'presenza' (De Martino 1948, 1959, 1961), nonché sull'illusione del paradigma cartesiano, per tentare di ricomporre quel dualismo mente-corpo, base epistemologica della biomedicina, nell'idea corporis' di Spinoza (Sangiaco 2010) e recuperare così, attraverso il 'mondo della vita' (Husserl 1965, 2002) del paziente, le dimensioni storiche, sociali e culturali della malattia e dei corpi, ivi inclusi quelli propri, di studenti e futuri operatori sanitari.

Così, l'antropologia culturale intesa come un prezioso e abbondante corpus di saperi e metodi, in questo caso strategicamente nascosta e disseminata in un corso di psicologia, aiuta i professionisti sanitari in formazione su di un fronte – quello del 'sapere essere' – che va ad integrare il loro 'sapere' e 'saper fare' specifici, e che resta pericolosamente sguarnito e quindi controllato dalle altre discipline, ma non coltivato realmente per aiutare a predispor-

si come clinici a ‘curare’ pienamente l’altro. E se è vero che la cultura vive nelle pratiche (Bourdieu 2003) ed è un processo che si realizza intersoggettivamente, è, dunque, principalmente attraverso un coinvolgimento pratico che significati realmente trasformativi possono essere messi in gioco, soprattutto considerando il fatto che capacità autoriflessive, sguardo critico e abilità di ascolto non sono tradizionalmente insegnati nei percorsi formativi universitari rivolti al personale sanitario. Quaranta (2012) afferma chiaramente che la formazione, per essere davvero efficace, deve essere trasformazione e, per essere tale, deve basarsi sulla partecipazione⁶. Il significato, infatti, trasforma l’esperienza non quando viene comunicato come mero passaggio cognitivo da una mente a un’altra, ma quando viene attivamente prodotto in una dimensione relazionale. In questa prospettiva, la metodologia osservativa proposta a lezione può risultare molto efficace per il grosso coinvolgimento personale che inevitabilmente comporta.

Altrove, e sul versante della ricerca di ‘genere’, ho già mostrato quanto possano essere produttivi gli attraversamenti disciplinari e le contaminazioni metodologiche per poter ricostruire complesse trame di significato (Zito 2013) e quanto il punto di vista dell’antropologia sia irrinunciabile per una lettura completa della natura umana corporea e sessuata (D’Agostino 2010, 2013); forse, tutto ciò può essere ancora più valido nel campo della formazione universitaria dei futuri operatori sanitari, per le sue potenziali valenze trasformative, considerando la complessità della nostra epoca, caratterizzata anche da un certo diffusionismo epistemologico.

Ogni guerra richiede strategie di sopravvivenza e resistenza, tanto più fini quanto più subdole e pervasive sono le offensive da contrastare. Quanto ancora attuale e utile, in quest’ottica, potrebbe essere allora, per restare nella metafora, un’astuzia bellica come quella del cavallo di Troia? In fondo la ‘cultura’ non è forse quello straordinario strumento squisitamente umano che consente agli uomini stessi di superare, addirittura, i loro limiti biologici? E gli antropologi, con il loro lavoro culturale, non sono forse, da sempre, abituati a praticare territori di frontiera e periferia (Fava 2012) senza sentirsi per questo scomodi, consapevoli, piuttosto, di tutte le potenzialità conoscitive implicite in una strategica e creativa posizione di ‘margine’?

Nelle pagine che seguono proverò ad articolare delle riflessioni intorno a tali quesiti. Tenendo conto di quanto emerso sul tema della corporeità dal materiale raccolto ed organizzato in protocolli osservativi dagli studenti, futuri professionisti sanitari, nel corso della loro esperienza di tirocinio in reparto e, successivamente, oggetto di confronto nel ‘qui

ed ora’ della lezione, effettuerò un breve excursus sulla storia culturale del corpo. A partire dai contributi dell’antropologia contemporanea – dall’‘incorporazione’ all’‘habitus’ e dalla ‘presenza’ fino alle ‘tecniche del corpo’ –, poi rielaborati nei successivi paragrafi, andrò a ritroso fino alle intuizioni spinoziane contrapposte a quelle cartesiane intorno al rapporto mente-corpo. La finalità complessiva è di mostrare le potenzialità formative e trasformative che una lettura culturale, sociale e politica della salute e della malattia, attraverso il recupero di un sapere antropologico veicolato astutamente in un corso di psicologia, possono avere per chi si sta preparando a svolgere una professione di cura. Particolare rilevanza acquisisce, in quest’ottica, la metodologia dei protocolli osservativi, non tanto e solo come strumento etnografico di sostegno a quanto teoricamente proposto, quanto piuttosto e soprattutto come pratica formativa per l’acquisizione e incorporazione da parte degli operatori sanitari in formazione, attraverso un processo di elaborazione dell’esperienza corporea con relativa produzione di significati che accompagna anche la trascrizione narrativa e la successiva discussione, di un habitus alla relazione, efficace contrappeso ad una pervasiva e limitante ‘antropopoesi’ programmata (Remotti 2011) secondo il modello biomedico.

2. *Il corpo ritrovato, un corpo pieno di mente*

Il corpo e i corpi costituiscono il punto di partenza delle lezioni, in un contesto che potremmo dire al ‘margine’, quale può essere quello di un corso integrato di scienze psico-pedagogiche e sociali, dedicato a professionisti sanitari in formazione, all’interno di un’istituzione universitaria biomedica. Si tratta di un ‘corpo’ speciale, il vero protagonista dell’esperienza – intesa quest’ultima come terreno di mediazione tra dimensioni personali e processi storico-sociali – e che non si contrappone, in quanto ‘organismo’, a ‘psiche’, ma la incorpora; dunque, piuttosto il corpo tutto intero dei pazienti come emerge nelle relazioni cliniche, che sono sempre anche relazioni sociali, e con esso quello degli operatori sanitari che agiscono in conformità al loro ruolo. Invero prima di tutto c’è il corpo degli studenti, che è anche quello di futuri professionisti sanitari, come si dispiega durante la pratica del tirocinio nei reparti, attiva già dal primo semestre del primo anno, oggetto di osservazione e trascrizione in protocolli narrativi dell’esperienza svolta, a partire dalla semplice consegna di osservare, come tanti piccoli etnografi, un segmento delle proprie e altrui interazioni in ambito sanitario, successivamente discussi in gruppo, in aula duran-

te le lezioni del corso. L'obiettivo è di stimolare la loro riflessività e consolidarli nell'esercizio di una pratica attraverso esperienze dirette che li aiutino a vivere e comprendere le proprie emozioni malgrado le difficoltà derivanti dalla brevità dei corsi e dalla metodologia didattica molto diversa da quella proposta dalle altre discipline. Lo scopo finale è di sensibilizzarli all'incontro, a partire dalla propria natura corporea, con persone sofferenti e con le altre professionalità coinvolte nei complessi processi di cura, in quanto innanzitutto corpi nel mondo.

2.1 *Il corpo narrato*

A questo punto, che cosa è il 'corpo'? Che cosa è precisamente un 'corpo' che non si contrappone a 'psiche' ma la incorpora, cioè la include in un tutt'uno, andando oltre la sua dimensione di 'organismo'?

Lucia, una studentessa del primo anno di fisioterapia, inconsapevolmente ma lucidamente, 'prova' a rispondere al doppio interrogativo appena formulato, in uno stralcio narrativo del protocollo di osservazione relativo alla sua esperienza di tirocinio in reparto con pazienti adulti vittime di traumi fisici:

[...] In quel momento ho sentito il dolore della paziente su di me, sul mio corpo, per un attimo mi sono sentita un tutt'uno con la signora che stavo trattando [...] ho sentito nelle mie mani e sulla mia pelle il suo dolore, il dolore della sua gamba martoriata dall'incidente, ricomposta dalla chirurgia, e che torna a funzionare, attraverso però il dolore acuto, con la fisioterapia, per mezzo delle mie manipolazioni, durante le quali la signora Maura, se non strilla per le intense sensazioni algiche da me elicitate, mi racconta sempre un pezzetto nuovo di sé, della sua vita, della sua storia ed io gradualmente imparo a conoscerla [...].

In questo passaggio il corpo della paziente, raccontato attraverso le parole della giovane in formazione, presente nella relazione clinica in quanto essa stessa corpo che agisce attraverso una pratica di cura su quello della signora, parte come 'gamba martoriata' per espandersi gradualmente fino a diventare persona intera con un nome che ne fissa l'identità, Maura, con una vita e una storia, che esperisce dolore, ma che si può ascoltare e scoprire mentre la relazione tra loro, letteralmente, 'prende corpo'. L'esperienza del dolore fisico qui descritta evidenzia, in particolare, in maniera chiara, la natura astratta e artificiosa della separazione mente/corpo, perché proprio il dolore, come quello sperimentato da Maura, nella sua natura invisibile, spesso indicibile e completamente incorporato, mette profondamente in crisi le categorie biomediche

(Scarry 1990).

Giulio, un altro studente di fisioterapia, racconta invece, con una modalità molto significativa, come la malattia o l'organo malato possa riassumere la persona stessa, nel senso paradossale di annullare quest'ultima nella sua interezza e complessità, per ridurla alla parte che, in questo caso, sta per il tutto:

[...] questa mattina mi devo occupare di fibrosi cistica, sono un po' spaventato da questa malattia e dal fatto che mi trovo in un reparto pediatrico [...] è il mio primo giorno nel reparto speciale della fibrosi cistica e non so bene quello che mi aspetta [...] osservo il fisioterapista del reparto che svolge le operazioni giuste per consentire al paziente n.1 della giornata di espettorare i muchi ristagnati durante la notte a causa della posizione supina [...], il fisioterapista è molto bravo e veloce e l'operazione si conclude in pochi minuti con esito positivo e completo svuotamento di tutti i muchi, ora tocca a me provare con il paziente n. 2 che occupa la stanza di degenza, anche se, al pensiero, mi sento un po' agitato [...].

In questo passo non c'è traccia alcuna del bambino diventato 'paziente n. 1' e tutto lo spazio, carico di comprensibile ansia da prestazione, è saturato però da una sola spaventosa espressione, 'fibrosi cistica', a cui viene associato il reparto pediatrico. In questo caso il corpo è ridotto ad organismo malato, di fibrosi cistica, una malattia seria, e il bambino/paziente attraverso lo sguardo del sanitario in formazione è completamente spersonalizzato e assente, diventando un numero, come quello che è stato apposto sulla scheda di carta inserita ai piedi del letto quale identificativo del reparto, contenente alcune fondamentali indicazioni cliniche. Sorprendentemente, nessuna descrizione fisica del bambino, né tanto meno della sua mamma e/o del 'paziente n. 2' compare nel resto del protocollo osservativo prodotto e discusso a lezione, da cui traspare una sottile ansia in grado, paradossalmente, di anestetizzare, tuttavia, le altre possibili emozioni umane.

Questo stralcio narrativo così eloquente sembra quasi fare eco alle parole di Giuseppe, un altro tirocinante, che, riferendosi ai pazienti da lui osservati e con cui ha interagito nella sua pratica clinica, scrive:

[...] oggi dovrò occuparmi di due sindromi del tunnel carpale e della riabilitazione di una SMA, [...] sono in tutto solo tre casi, ma mi aspetta una giornata molto dura, perché sono tutti molto tosti e poi oggi in ambulatorio dovrò affiancare quella dottoressa di turno che è sempre molto severa e con cui non sono ancora riuscito a creare un giusto *feeling* [...].

Dove è finito il corpo-persona in questi ultimi casi appena descritti? Non c'è traccia di una descrizione fisica dei pazienti incontrati, né tanto meno accenni al mondo della vita o a una storia personale, neppure un frammento distratto, solo precise etichette diagnostiche che stanno al posto delle persone e che diventano, a un certo punto, addirittura, oscuri acronimi. A lezione, durante la discussione del protocollo, scopro, con mia grande sorpresa, che una 'SMA' è un'adolescente ammalata di sclerosi multipla. Il linguaggio medico diventa essenziale, veloce, scarno, tagliando fuori tutto quanto non appartiene strettamente alla *disease* del paziente (Kleinman 2006).

Che cosa è allora la malattia? Un'alterazione della struttura anatomica o nel funzionamento di un organismo bio-psichico individuale? Una questione astrattamente e esclusivamente solo biologica? Esiste qualche cosa che possa dirsi esclusivamente biologico e non profondamente culturale in quanto invece, comunque e sempre, prodotto storico?

Questo è il fronte problematico della formazione con i futuri professionisti sanitari, 'le colonne d'Ercole' da provare a superare, con una buona dose di audacia e di coraggio, ingredienti necessari per ogni nuova impresa. Perciò proprio dai corpi e dal corpo si comincia a lezione – un corpo pieno di mente e dei corpi immersi nel mondo però, e come tali dotati di spazialità, temporalità e intenzionalità –, e dal Novecento, con un salto acrobatico a ritroso fino al Seicento, in groppa a un antico e geniale cavallo di legno dalla pancia cava e quindi in grado di accogliere contenuti potenzialmente trasformativi, per incontrare Cartesio e Spinoza ed eludere qualche controllo.

2.2 *L'idea corporis: una mente piena di corpo*

Nel corso del Novecento si assiste ad una vera e propria rivoluzione, filosofica, antropologica, sociale e tecnologica, intorno alla corporeità. Essa acquisisce una centralità tutta nuova nel campo delle scienze umane e in generale della cultura, cui sembrano aver contribuito, anche, sia la psicoanalisi con un'articolata immagine del corpo stesso, quale complessa realtà fatta di pulsioni, bisogni, organi, relazioni con l'io e il mondo, sia la fenomenologia, filosofia della coscienza che si radica in un reale che è anzitutto corporeo. Dalla 'follia del corpo' di Platone alla 'maledizione della carne' di una versione del discorso religioso cristiano, alla quale si contrappone la sua umiliazione fino alla morte come passaggio necessario per liberare lo spirito, dall'artificiosa disgiunzione cartesiana della sua unità⁷ allo studio dettagliato della sua anatomia ad opera della scienza, fino alla sua completa oggettivazione nella

pratica medica settoria espletata sul cadavere, dalla sua alienazione e riduzione a forza lavoro in economia fino alla sua mortificazione e/o brutalizzazione come portatore di segni etnici, razziali, religiosi, politici e sessuali, il corpo è stato, per secoli, nella cultura occidentale, quasi sempre il negativo di ogni valore (Feher *et al.* 1989).

Già Spinoza nel Seicento, andando contro corrente, propone un'idea del corpo dai molteplici significati, che, nel tempo, ha sollecitato a cambiare la concezione stessa di uomo (tuttora, soprattutto in occidente, ancora dominante in molti settori culturali e scientifici), e ha anticipato, anche, lo sguardo con cui l'antropologia, a partire dal Novecento, ha considerato la corporeità nei processi culturali (Leder 1990). L'intuizione spinoziana del corpo come elemento fondamentale della natura umana non viene immediatamente colta nella sua innovativa intenzione di demolire l'idea che nella persona ci sia una parte imm modificabile. Essa, però, bollata come materialistica dai suoi contemporanei legati alle categorie di spirito e materia, si deposita comunque nella stratificazione culturale della modernità e, progressivamente, si attiva nella considerazione dei pensatori successivi.

Spinoza è radicale nel modo di concepire il corpo e il suo rapporto con la mente, differenziandosi da tutta la cultura filosofica a lui contemporanea, dove, in varie forme, prevale il dualismo cartesiano (Dal Pra 1994), per il quale, invece, l'uomo è l'essere costituito da mente e corpo come due sostanze distinte e separate, tra cui vige una gerarchia di valore secondo cui la mente è considerata il vero nucleo identitario e nobile dell'uomo. Per Spinoza invece l'uomo non è quell'essere speciale posto al centro dell'universo e distinto in modo netto da tutte le altre cose della natura, tale da esserne un'eccezione. Mente e corpo non sono, per lui, sostanze distinte, ma modi finiti di un'unica sostanza infinita. Tra mente e corpo non c'è differenza sostanziale ma partecipazione ad una consustanzialità che si esprime nella mente come modalità della qualità del pensare e, nel corpo, come modalità della qualità dell'estensione. Spinoza li vede così strettamente connessi da affermare che: «se l'oggetto dell'idea che costituisce la mente è il corpo, nulla potrà accadere in quel corpo che non sia percepito dalla mente» (Sangiaco 2010: 1241). Ancora, in proposito, Spinoza così si esprime: «La prima cosa che costituisce l'essenza della mente è l'idea del corpo ('idea corporis') esistente in atto, il primo e principale sforzo della nostra mente è quello di affermare l'esistenza del nostro corpo» (*Ibidem*: 1333). In quanto 'idea corporis' la mente è indissolubilmente legata al corpo, non si dà l'uno senza l'altra, come non si ha un'idea senza un suo determinato conte-

nuto. In tal senso si può quindi parlare di una mente piena di corpo.

2.3 *Che cosa può il corpo*

Spinoza sposta la questione da ‘che cosa è il corpo’ a ‘che cosa può il corpo’: l’essere è tale nella misura in cui si attivano e si sviluppano le sue potenzialità in un processo evolutivo e dinamico che concretamente è fatto di produzione culturale e di relazioni. L’accento è posto sulla considerazione che, attraverso il corpo, l’uomo è, nei fatti, all’interno di un tempo e di uno spazio culturali. Il sistema spinoziano, pur nel rigore del suo metodo dimostrativo razionale, dà voce ed espressione al vivere concreto, perché nella profondità del suo assetto ontologico rimanda all’esperienza del quotidiano, alle cose dell’uomo e in mezzo alle cose umane con uno sguardo che si può qualificare antropologico. Come tale Spinoza ripropone la problematicità del reale e il valore imprescindibile dell’esperienza, e la sua concezione della mente come ‘idea corporis’ rappresenta un’anomalia rispetto al razionalismo. Una conseguenza è che l’uomo è una ‘mente incorporata’, ovvero in modo equivalente un ‘corpo pieno di mente’ – con un linguaggio più attuale – e, per sapere che cosa pensiamo, occorre conoscere come funziona il nostro corpo, da che cosa può essere affetto e come si pone con gli altri corpi. In esso Spinoza sposta il fronte problematico e, conseguentemente, formula un invito a operare e a ricercare ‘che cosa possa il corpo’ e che cosa si possa ricavare dalla conoscenza approfondita della sua natura: «In effetti, che cosa propriamente possa il corpo, nessuno l’ha ancora determinato» (*Ibidem*: 1321).

‘Cosa può un corpo?’ sembra dunque essere la domanda cruciale. Si è in quanto si può: l’essenza delle cose sta tutta nella loro potenza materiale, corporea, immanente, cioè nei modi, nelle forze e nelle infinite relazioni attraverso cui la sostanza si esprime sensibilmente. Vi è insomma, secondo Spinoza, e ben diversamente da Cartesio, una convergenza dell’elemento mentale e di quello corporeo. Non solo non si tratta di sostanze o essenze diverse, ma nemmeno si può parlare di un parallelismo. Si tratta, piuttosto, di un essere reciprocamente annodati: la potenza di un corpo dipende da quella della sua mente e viceversa. Perciò quella spinoziana è una feconda intuizione dalla valenza molteplice, presagio pure di quanto rilevanti siano divenuti, nei secoli successivi fino ad oggi, il tema e la ricerca sul corpo⁸.

In realtà, andando ancora più a ritroso, già il tomismo nel suo ilomorfismo di matrice aristotelica aveva parlato di un’anima che racchiude il corpo costituendosi così come un tutt’uno con esso

nell’essenza di un soggetto. Relativamente al problema mente-corpo la prospettiva aristotelica costituisce in particolare, per alcuni studiosi contemporanei (Nussbaum, Oksenberg Rorty 1992; Putnam 1987; Ryle 2007), una valida alternativa al dualismo ontologico di Cartesio e al monismo di Spinoza, sviluppatasi paradossalmente in epoca moderna, proprio in contrapposizione alla diversa interpretazione della concezione aristotelica dell’anima. Il nuovo indirizzo esegetico valorizza tale idea dell’anima come forma e atto primo di un corpo naturale dotato di organi e quindi principio unitario di tutte le facoltà psicofisiche del vivente. A questi studiosi Aristotele, collegando in maniera essenziale l’anima al corpo, appare il precursore di soluzioni contemporanee quali per esempio il funzionalismo, in quanto per lui, a differenza delle teorie della mente che gli erano state attribuite in passato, non ci sarebbe distinzione tra ciò che è soltanto psichico e ciò che è esclusivamente corporeo. Adottare un punto di vista ilomorfista sul problema mente-corpo significa innanzitutto concepire le attività mentali come essenzialmente psicofisiche. In qualche modo ciò appare precludere anche al paradigma antropologico dell’‘incorporazione’ (Csordas 1990), per il quale mente e corpo non sono separabili perché la mente è costituita di corpo e il corpo è attualizzato nella mente stessa. Tuttavia la vera novità nell’idea di Spinoza su ‘che cosa può il corpo’ rispetto alla concezione aristotelica è l’implicita connotazione del corpo stesso come entità profondamente culturale. La sua intuizione, infatti, manifesta una ricchezza di potenzialità diventate evidenti nei saperi, nella pratica e nella tecnica intorno al significato profondo che può assumere e ha assunto il corpo nell’ambito delle più disparate discipline. Non è visione riduzionista, perché non riduce la mente a materia cerebrale, e in ciò anticipa sia le discussioni attuali tra neuroscienze e filosofia della mente circa lo specifico rapporto tra pensiero, coscienza e corpo (Damasio 2003), sia il grande interesse sul tema della corporeità e della sua complessità di tanti studiosi dei secoli successivi nei più svariati campi di applicazione, dalla biologia alla comunicazione, dagli studi sociali e umani a quelli su sessualità e ‘genere’ fino al campo dell’arte. Tuttavia quello di Spinoza è un pensiero che lascia aperta a diverse possibilità di risposta la domanda ‘che cosa è il complesso mentale-corporeo?’ di cui siamo costituiti, che equivale un po’ a chiedersi ‘che cosa siamo?’, con la consapevolezza, però, delle complesse potenzialità del corpo così concepito.

La contemporaneità, pur tra mille contraddizioni, oltre ad elaborare variegate risposte a quest’ultima domanda, ha sorprendentemente e ulteriormente mutato il corpo nella direzione delle

sue possibilità di evoluzione culturale, tecnologizzando o potenziandolo con l'aggiunta di protesi, evolvendolo verso il *cyborg* (Haraway 1991), rendendolo post-umano (Braidotti 2014), ma lo ha anche trasformato in merce, in mezzo di scambio, in strumento di successo e venerazione fino a un suo sovrainvestimento quasi feticistico, conferendogli, comunque, al di là di ogni eccesso, un nuovo statuto e una significativa ed evidente centralità. In proposito particolarmente rilevante appare lo specifico contributo dell'antropologia che, a partire dagli anni Trenta del secolo scorso, va nella precisa direzione di liberare la nozione di corpo-oggetto da un'esclusiva connotazione biologica, fornendo gli strumenti per 'denaturalizzarlo' e considerarlo, piuttosto, come un complesso prodotto storico e socio-culturale, mai separabile dal campo sociale in cui dispiega la sua azione e dalle forze storiche che intervengono alla sua definizione e quindi non mero oggetto 'naturale', ma sempre costruzione culturale (Pizza 2005).

3. *Le tecniche del corpo*

Negli anni Trenta del Novecento, come è noto, Mauss diede inizio a una proficua riflessione dell'antropologia intorno alla corporeità introducendo l'innovativo concetto di 'tecniche del corpo'. Con tale espressione si fa riferimento alle modalità attraverso cui, nelle diverse società, gli esseri umani, uniformandosi alle relative tradizioni, si servono del loro corpo (Mauss 1965). In tale definizione è implicita l'idea che il corpo stesso possa costituire per l'uomo il suo primo strumento e, quindi, la nozione di tecnica non può essere più riferita solo all'uso di utensili meccanici. In questo modo diviene possibile restituire alla dimensione corporea i suoi legami con la storia, la cultura e la società, considerando più ampiamente il fatto che vita sociale e culturale, storicamente configurate, modellano, attraverso complessi processi di apprendimento a più livelli, gli aspetti biologici dell'essere umano. In merito Mauss scrive:

[...] È in questo che l'uomo si distingue, prima di tutto, dagli animali: per la trasmissione delle sue tecniche [...]. Il corpo è il primo e il più naturale strumento dell'uomo o, più esattamente, senza parlare di strumento, il corpo è il primo e più naturale oggetto tecnico e, nello stesso tempo, mezzo tecnico dell'uomo [...]. Prima delle tecniche basate sugli strumenti, c'è l'insieme delle tecniche del corpo [...] (Mauss 1965: 392-393).

Il concetto di 'tecniche del corpo' consente per

la prima volta, proprio in un'epoca di grandi conquiste tecnologiche, di riflettere sul fatto che vita sociale e culturale si intrecciano strettamente con gli aspetti biologici dell'essere umano. Le pratiche umane, cioè tutto quanto viene fatto quotidianamente, sono prodotte da pervasivi processi di formazione e apprendimento, attraverso cui le forze sociali, di fatto, trasformano il corpo. Gesti e parole non sono mai 'naturali' ma vanno letti come prodotti storici. Il corpo 'naturalizza' la tecnica appresa, impregnandosene così tanto fino al punto da nascondere, poi, il carattere di costruzione socio-culturale. Infatti, le varie forme del comportamento umano quotidiano, dal camminare al mangiare fino al dormire, così come le diverse forme di gestualità, nella loro spontaneità ci appaiono 'naturali', ma sono in realtà 'naturalizzate', in quanto prodotto di un graduale processo di apprendimento derivato dal contatto continuo del nostro corpo con l'ambiente sociale (Pizza 2005). Questo apprendimento corporeo non si fonda sulla comunicazione verbale, risultando, per lo più, 'silenzioso' e implicito. Il corpo, infatti, attraverso una sofisticata capacità imitativa, già riconosciuta e descritta nella filosofia greca e ampiamente analizzata anche in psicoanalisi come antesignana dei più complessi e articolati processi di identificazione (Gaddini 1989), assorbe conoscenze mediante l'esperienza nei mondi sociali, trasformandole in azioni 'naturali'. Attraverso una spiccata capacità mimetica, di aristotelica memoria, l'uomo incorpora dalla nascita quella conoscenza che gli consente, posizionandosi sulla scena sociale, di sopravvivere. In merito si ricorda che l'attuale ricerca nelle neuroscienze sembra confermare la teoria della mimesi come meccanismo fondamentale della conoscenza umana attraverso la scoperta dei cosiddetti 'neuroni specchio'⁹. Essi hanno la capacità di attivarsi durante l'osservazione delle azioni altrui costituendo il punto di partenza dell'apprendimento e dell'evoluzione del linguaggio attraverso l'imitazione e la simulazione dei comportamenti osservati (Rizzolatti, Sinigaglia 2006).

Come sottolinea Pizza (2005), anche il 'genere' costituisce, in definitiva, un esempio di 'tecnica del corpo', traducendosi addirittura, per qualcuno, in una *performance* (Butler 1990)¹⁰, appresa per imitazione attraverso processi di educazione e modellamento culturale del corpo specifici dei diversi ambiti culturali e sociali e a seconda delle varie epoche storiche. Proprio a proposito del 'genere', recuperando le osservazioni etnografiche dei primi decenni del Novecento sui *Maori* della Nuova Zelanda, Mauss (1965) descrive il modo di camminare delle loro donne negli anni Venti come una tecnica appresa, insegnata dalle madri e molto apprezzata dagli uomini. Negli anni Sessanta e Settanta del

Novecento Bourdieu, poi, riporta che, anche tra i *Cabili* d'Algeria, le forme espressive della mascolinità, quali il 'senso dell'onore' e della 'virilità', si esprimono in contrapposizione con le tecniche corporee della femminilità, e tale relazione di 'genere' può essere rappresentata come una distinzione fra lo 'stare dritti' e lo 'stare curvi'. Questi esempi ci aiutano a comprendere il complesso e interconnesso flusso in atto tra elementi biologici ed elementi socio-culturali e psicologici nella definizione dell'identità femminile e maschile, che, quindi, piuttosto che dati 'natural', appaiono come costruzioni storico-culturali fondate sull'esperienza relazionale, trovando la loro definizione come *performances* corporee. Identità e diversità sono concetti relazionali e non essenze, al pari della cultura, che è una costruzione che gli uomini producono più che un'essenza di cui sono portatori.

In proposito pertinente appare quanto riportato, nel suo protocollo osservativo, da Alessandra, una studentessa di logopedia molto attenta a descrivere quelle che potremmo definire 'tecniche del corpo' di alcuni pazienti da lei incontrati:

La sala d'attesa dell'ambulatorio di foniatria questa mattina è pienissima e, nonostante ciò, nella folla di persone che si accalcano, il mio sguardo è rapito immediatamente da una bella donna ancora piuttosto giovane e molto appariscente per via del *look* curatissimo e dell'acceso *make-up* in compagnia di un'adolescente altrettanto bella ed iper-curata, ma con uno stile molto diverso dalla prima, che immagino possa essere sua figlia per la somiglianza del viso, [...] nonostante la differenza di età sembrano due modelle pronte a sfilare, circondate da una nuvola di buon profumo che arriva sorprendentemente fino alle mie narici, piuttosto che pazienti in attesa di una visita medica [...]. A ben guardarle mi colpisce il fatto che le scelte estetiche dell'una si contrappongono in un gioco di polarizzazioni perfette a quelle dell'altra, secondo il seguente schema: tutto nella presunta mamma richiama il *look* di una *teen-ager*, mentre quello della figlia rimanda allo stile di una donna sofisticata e consapevole della sua età e della sua bellezza, insomma un'inversione di ruoli e soprattutto di età, forse un gioco inconsapevole di rivalità tra loro, finalizzato a confermare ad entrambe la loro capacità di sedurre gli uomini, i quali, anch'essi presenti nella stanza, sono effettivamente attirati a guardarle quanto me che sono una donna, forse richiamati anche dal forte buon profumo che invade lo spazio [...].

Alessandra, mentre descrive precise 'tecniche del corpo' messe in atto dalle due donne osservate e modellate secondo certi stereotipi di genere

femminili, riesce, sorprendentemente, a ricordarci, anche, quanto è importante non trascurare, come esseri umani, la nostra immersione sensoriale nel mondo di cui facciamo esperienza e che attraversiamo e modifichiamo ininterrottamente. In questo modo le sue osservazioni, in cui l'elemento visivo ed olfattivo sono fortissimi, sembrerebbero quasi fare eco alle parole di Le Breton (2007) – 'Sento dunque sono' – con le quali quest'ultimo capovolge il 'cogito cartesiano': un modo netto, quindi, per ribadire la natura innanzitutto corporea della condizione umana. Le Breton, infatti, scrive:

Il corpo è profusione del sensibile; è iscritto nel movimento delle cose e si mescola ad esse con tutti i sensi [...]. I sensi sono un modo per 'dare un senso', sullo sfondo inesauribile di un mondo che non smette mai di scorrere [...]. La percezione non è coincidenza con le cose, bensì interpretazione. Ogni uomo cammina in un universo sensoriale che è legato a ciò che la sua storia personale ha prodotto a partire dall'educazione che egli stesso ha ricevuto [...] (Le Breton 2007: XI-XII).

A proposito di sfera sensoriale e di interfaccia con il mondo, specifiche 'tecniche del corpo' sono anche, in qualche modo, quelle che caratterizzano l'operato del medico, il suo sguardo, la sua postura, il tono della sua voce e il modo in cui gestisce la relazione con il suo paziente, esito di un lungo ed articolato processo di 'antropopoiesi' programmata (Remotti 2011), cioè di una forma di plasmazione culturale relativa al percorso di formazione dell'operatore sanitario secondo il paradigma della biomedicina, proprio come Francesco, un altro studente, descrive chiaramente nel suo protocollo:

[...] il medico di reparto comincia ad osservare, in silenzio e con sguardo concentrato, il corpo di Gianluca, poi gli chiede di fare alcune cose, di camminare, piegare le gambe e stendere le braccia, a questo punto interviene con il martelletto per verificare i riflessi e, dopo aver completato velocemente un esame neurologico globale, passa a verificare il tono dei muscoli...poi lo fa accomodare di fronte a lui mentre anch'egli si siede ed a quel punto, con lo sguardo basso sulla cartella, raccoglie l'anamnesi con una precisione quasi meccanica, senza guardare quasi mai Gianluca, con tono della voce incalzante nella formulazione delle domande, ma al contempo rassicurante, mentre con la penna mette nero su bianco, tra le righe della pagina della cartella clinica relativa all'anamnesi ed alla descrizione del paziente, quanto ha rilevato [...].

L'anamnesi così raccolta con la storia dei sinto-

mi, corredata di informazioni relative ai segni clinici evidenziati – la specifica semeiotica del caso osservato – non sembrano, in questo caso, lasciare molto spazio alla persona del paziente, il quale, per consentire l'indagine conoscitiva da parte del medico, attraverso un attento esame neurologico, diventa un 'organismo', di cui valutare anatomia e funzioni, e il cui stesso viso, fermato dal proprio silenzio, sembra, attraverso la descrizione che ne riporta lo studente, non costituire neppure il punto di aggancio dello sguardo medico che, nella seconda parte della visita, resta invece assorto nel compito della scrittura. Il sapere medico oggettiva la condizione del paziente nelle sintetiche ma dense righe trascritte in cartella, e lo fa con la sacralità degna di un oracolo.

Perché il paziente stesso non parla e aderisce perfettamente al modello medico dell'indagine clinica sull'organismo? Il suo corpo tutto intero, che incorpora la sua psiche e agisce nel mondo, dove è finito? Per meglio comprendere il senso di tali quesiti occorre, a questo punto, esplicitare la complessa articolazione dell' 'incorporazione' nell'intercambio tra soggetti e specifici mondi culturali.

4. *Presenza, habitus e incorporazione*

L'attuale riflessione antropologica sul tema del corpo ruota già da diversi anni intorno al concetto di 'incorporazione' (Csordas 1990), condizione dell'esistenza umana, intesa come uno stare al mondo abitando quest'ultimo con il proprio corpo, cioè vivere l'esperienza del corpo nel mondo, produrne rappresentazioni e orientarne le azioni (Pizza 2005). La stessa storia dell'umanità si basa sulla 'presenza' del corpo nel mondo e del mondo nei corpi, poiché come esseri umani incorporiamo continuamente le forze esterne e le esperienze passate e, al contempo, con la nostra 'presenza', trasformiamo il mondo agendo in esso creativamente.

Si deve all'antropologo italiano Ernesto De Martino l'introduzione, negli anni successivi alla seconda guerra mondiale, del concetto di 'presenza', mutuato dall'Esistenzialismo, ma modificato e storicizzato attraverso le esperienze descritte ne *Il mondo magico* (1948). Con tale termine egli intende la capacità del soggetto di tenere insieme, nell'attualità della sua coscienza, quelle memorie ed esperienze con cui rispondere in modo adeguato a una precisa situazione storica a partire dalla propria iniziativa personale e, successivamente, con l'azione (De Martino 1948). In particolari circostanze, come per esempio nel caso della malattia, tale capacità di azione e di trasformazione nel mondo può bloccarsi dando luogo a quella che viene definita 'crisi della

presenza' (de Martino 1948, 1959, 1961).

Nell'antropologia contemporanea, il complesso concetto di 'incorporazione' (Csordas 1990), invece, rispetto a quello di 'presenza', ha un più accentuato carattere diacronico e dinamico rimandando, quindi, ai processi storici di costruzione della corporeità e ai modi corporei di produzione della storia (Pizza 2005). La nozione di 'incorporazione' non fa riferimento al corpo in sé, inteso come condizione fissa e stabile, ma sembra indicare, piuttosto, un processo corporeo continuamente in corso, in cui si intrecciano le capacità umane di percezione, rappresentazione e azione. Pertanto, mentre da un lato in questa sua accezione dinamica si riallaccia alle potenzialità del corpo della concezione spinoziana, dall'altro si differenzia profondamente dal concetto di 'somatizzazione' tanto caro alla branca biomedica della psicosomatica. Infatti, se la 'somatizzazione' si basa su una distinzione netta tra corpo e mente, sostenendo l'idea che il corpo sia il supporto su cui possono manifestarsi sintomi di ordine psicologico, l' 'incorporazione' ne implica, invece, un sostanziale superamento. Inoltre, tale innovativo concetto di 'incorporazione' coinvolgendo anche l'antropologo, dotato di carne e ossa, come tutti gli esseri umani, costituisce, anche, un vero e proprio principio metodologico la cui introduzione segna una sostanziale svolta disciplinare, configurandosi come un vero e proprio paradigma per l'antropologia stessa, essendo basato su una precisa prospettiva teorico-etnografica che implica una critica radicale di ogni dicotomia mente-corpo (Quaranta 2006).

Nella 'fenomenologia culturale' di Csordas (1990), mutuata da Maurice Merleau-Ponty e Pierre Bourdieu, l' 'incorporazione' indica insieme l'esperienza di essere nel mondo attraverso la percezione corporea della realtà, la successiva rappresentazione di questa esperienza che si traduce, poi, in un'oggettivazione del corpo stesso e, infine, i modi di agire nel mondo attraverso le pratiche umane. In particolare a Merleau-Ponty (2003) si deve l'introduzione, in filosofia, della nozione di 'incorporazione', a partire dalla centralità della percezione nel paradigma fenomenologico, mentre a Bourdieu (2003) una nuova teoria socio-antropologica della pratica, incentrata intorno all' 'habitus', concetto con cui si esprime la continua dialettica tra interiorità ed exteriorità propria degli esseri umani, intesa come uno scambio continuo e intrecciato tra corpo e mondo esterno. L' 'habitus', per Bourdieu (2003), come spiega Pizza (2005), è l'insieme delle 'disposizioni' incorporate dell'individuo, ed è strutturato e strutturante nella misura in cui tali 'disposizioni' sono da intendersi sia come il risultato di un'azione organizzatrice che agisce sul corpo umano dall'esterno, sia come modi di essere portatori di una

potenzialità di azione, l'‘agentività’. Ovviamente, a partire dal paradigma dell'‘incorporazione’ le stesse etichette nosologiche utilizzate dalla biomedicina per la classificazione delle malattie diventano meri prodotti culturali, storici e sociali, in quanto il corpo si trasforma chiaramente in un prodotto storico e la storia stessa può essere letta come un complesso processo corporeo.

In realtà, già qualche anno prima del lavoro di Csordas sull'‘incorporazione’, Scheper-Hughes e Lock in un articolo del 1987, intitolato *The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology*, avevano particolarmente sottolineato come il corpo fosse una realtà culturale di cui indagare i processi di costruzione sociale (Quaranta 2006). Inteso come prodotto naturale e culturale, fisico e simbolico al contempo, immerso nel contesto storico in cui vive, il corpo diviene ‘corpo pensante’ (*the mindful body*) (Scheper-Hughes, Lock 1987), un corpo che incarna il pensiero che si relaziona dinamicamente al mondo sociale (Lock 1991) e che sembra richiamare, in qualche modo, proprio l'‘idea corporis’ di Spinoza. In particolare Scheper-Hughes e Lock (1987) parlano di un corpo molteplice dato dall'intreccio tra ‘tre corpi’, quello individuale, cioè vissuto nell'esperienza e nella produzione del proprio Sé, quello sociale inteso come ‘simbolo naturale’ nell'accezione che ne dà Douglas (1979), e con cui immaginiamo e rappresentiamo la complessa realtà naturale, sociale e culturale che ci circonda, infine quello politico che rimanda a quelle forze e a quei poteri che, stabilendo soglie tra normalità e devianza, controllano, regolamentano e sorvegliano i corpi dei soggetti sociali (Quaranta 2006). In tal modo il corpo diventa simultaneamente una realtà fisica e simbolica, naturale e culturale, inserita nel contesto storico in cui si dispiega la sua vita, offrendo, in questa sua più articolata configurazione, una possibile risposta alla domanda stessa di Spinoza.

Molto stimolante, a proposito di una lettura più ampia della malattia alla luce del paradigma dell'‘incorporazione’, appare la descrizione presente nel protocollo osservativo di Luigi, uno studente di ortottica, in cui il corpo viene così narrato:

[...] l'incontro con il sig. Giuseppe non è dei più facili, il suo corpo ingombra completamente lo spazio della piccola saletta dove dovrò fare i rilievi richiesti, la sua massa corporea, l'obesità complessiva (che immagino essere la causa scatenante della sua pressione altissima e dei rischi che sta correndo in questo momento per la sua vista) è sconvolgente, con un'enorme ciambella di grasso che parte da sopra lo stomaco, circonda l'intera informe vita e ricasca pendente sul pube fino a toccare la parte alta delle altrettanto sformate gambe [...] il suo corpo è una massa informe ricoperta di vestiti

arrangiati, sicuramente per le dimensioni *over size* che superano le normali classificazioni delle taglie e per lo stato usurato e scadente degli stessi [...] penso si tratti di una persona che vive anche delle grosse ristrettezze economiche, ed infatti dopo poco leggo in cartella che abita nella parte peggiore del quartiere Scampia, e da quello che conosco di questa zona si tratta di un posto allucinante e molto degradato [...].

In questo caso il corpo di Giuseppe così raccontato è l'evidente esito di un processo di ‘incorporazione’ che include il suo ambiente sociale, come dimostrano gli abiti e ancora di più la sua grave obesità, prodotto, forse, anche di un abuso di cibo-spazzatura, unico economico diversivo in un quartiere al ‘marginè’, molto complesso e difficile. La storia ‘narrata’ dal corpo di Giuseppe, nella sua immediata semplicità, mostra molto bene, agli studenti, le componenti sociali e culturali della malattia e dei corpi e il carattere pervasivo dei processi di ‘incorporazione’ biologica di forze e dinamiche sociali. In particolare, questa descrizione sembra restituire agli operatori in formazione la posizione sorprendente – tale perché mai prima di allora neppure immaginata dagli stessi, abituati piuttosto ad una lettura esclusivamente organicista della corporeità – che le malattie di cui come esseri umani possiamo ammalarci nel corso della vita ci dicono molto dei contesti sociali e culturali da noi abitati e quindi delle possibilità che abbiamo o che ci vengono precluse da quelle forze politiche e sociali che agiscono in modi diversi sull'umanità complessiva, contribuendo a plasmarla entro precise direzioni (Farmer 2003; Fassin 2000, 2014). L'‘iper-corpo’ di Giovanni che invade letteralmente, oltre che metaforicamente, lo spazio clinico, e nella sua fantasia anche la mente dell'operatore sanitario tirocinante che deve intervenire, è una materializzazione ingombrante di un corpo sociale scomodo e problematico come quello di una certa umanità del complesso quartiere Scampia alla periferia Nord di Napoli. Tutto si iscrive sui corpi, nei corpi, attraverso i corpi, che diventano così, all'interno di una complessa dinamica di ‘incorporazione’ e interscambio con l'ambiente, la cartina al tornasole dei mondi abitati.

5. Conclusioni

La discussione e le riflessioni raccolte intorno alle interazioni cliniche vissute in reparto durante il tirocinio, osservate e trascritte in protocolli narrativi¹¹, restituiscono l'idea che lo studio ‘del’ e/o l'intervento ‘sul’ corpo sono sempre, anche, studio

e/o intervento 'dal' corpo (Pizza 2005; Quaranta 2006), cioè prodotti da scienziati/operatori sanitari che sono essi stessi fatti di corpi. In tale direzione viene chiaramente mostrato, su di un versante pratico, che l'esperienza della conoscenza scientifica come quella dell'intervento clinico sono sempre innanzitutto corporee. La dimensione corporea del sapere scientifico e quindi della pratica clinica è stata, invece, a lungo scarsamente considerata. Si deve proprio alle scienze umane e sociali l'aver chiaramente evidenziato che i processi di conoscenza sono, piuttosto, il frutto dell'esperienza del corpo nel mondo. Ovviamente tale rimozione del corpo dello scienziato/operatore, frutto del riduzionismo cartesiano, appare ancora più paradossale nel campo della biomedicina che implica un confronto tra due sguardi e, quindi, due corpi. Nella scena clinica, il corpo del malato diviene organismo, mero supporto anatomico, non corpo vissuto e agente, ma corpo sofferente, la cui caratteristica principale sembra essere la passività (Basaglia 1981).

La lettura dei protocolli osservativi e le riflessioni scaturite dalla discussione in gruppo consentono di mostrare che quello fra operatore sanitario e paziente è, invece, sempre un reale incontro sociale, in cui la capacità del paziente di agire, anche nella cornice di una relazione sostanzialmente asimmetrica che comporta, spesso, l'abdicazione dal corpo e/o l'espropriazione del corpo stesso (Berg, Mol 1998), è comunque attiva.

In questa prospettiva gli studenti riescono a capire anche meglio che i concetti stessi di 'terapia' e 'cura' assumono significati diversi, dove 'terapia' è prevalentemente trattamento di una malattia, mentre 'cura' può non avere a che fare con le questioni sanitarie in senso stretto, ricollegandosi, piuttosto, a quella che è l'esperienza complessiva dei rapporti umani e dello scambio sociale. È proprio al concetto di 'cura' che si aggancia il 'sapere essere' che si vuole promuovere tra i futuri operatori sanitari con tale modulo formativo. La stessa nozione di efficacia di un trattamento, poi, viene in qualche modo problematizzata e intesa in un'accezione che va oltre la semplice efficacia terapeutica a livello di meccanismi biochimici dell'organismo, per includere l'intera esperienza culturale, sociale, emozionale ed esistenziale dell'individuo e diventare, a questo punto, più ampiamente un'efficacia simbolica (Lévi-Strauss 1966; Pizza 2005; Severi 2000).

La riflessione sull'esperienza diretta svolta durante il tirocinio e riorganizzata sotto forma di protocollo osservativo consente, in particolare, di mostrare che il processo terapeutico globale, in quest'ottica di maggiore attenzione alla complessità, si basa, così, su un fitto intreccio di elementi che riguardano il funzionamento biochimico dell'orga-

nismo e la produzione simbolica come si configura nella sua precisa cornice sociale, storica e politica. Il corpo viene ri-trasformato e restituito al mondo nella sua complessità, che va oltre l'essere semplicemente l'oggetto dello sguardo biomedico, l'organismo/cadavere del ben noto 'rito anatomico' (Pizza 2005), inteso come parte di un preciso e programmato processo di 'antropopoiesi' (Remotti 2011), cioè di 'fabbricazione' culturale del medico occidentale secondo un predefinito modello scientifico. Nella formazione medica resta infatti centrale 'la lezione di anatomia', esperienza di dissezione del corpo, che, oltre a consentire al medico in formazione di conoscere le strutture anatomiche interne, rappresenta, principalmente, una modalità formativa di trasformazione attraverso il superamento dello *shock* emotivo prodotto dalla drammatica esperienza di reificazione del corpo stesso (Godeau 1993; Good, Del Vecchio 1993). Il tentativo proposto a lezione mira a capovolgere questa impostazione, tentando di mostrarne, sul piano pratico, i limiti, per restituire al corpo la sua reale complessità.

La discussione sulle osservazioni raccolte consente inoltre ulteriori possibilità di riflessione intorno ad altre criticità della biomedicina, evidenziando che essa può spiegare alcuni aspetti della malattia e del suo *cursum*, ma non ne comprende la piena totalità, in quanto le spiegazioni che offre sono riduzioni a principi che schematizzano la sorprendente complessità della vita. Il metodo scientifico delle scienze naturali, privando il corpo di ogni significato intenzionale, lo riduce, prevalentemente, a puro organismo, oggettivandolo in una macchina regolata solo dal principio di causalità. In questa operazione, il corpo-organismo diventa cosa e la persona con la sua 'presenza' scompare; eppure l'ammalarsi comporta un distoglimento, dal mondo e dalle sue cose, dell'intenzionalità legata alla propria 'presenza' e un conseguente ripiegamento sul proprio corpo e sulla malattia che diventa, da un punto di vista esistenziale, 'sintomo' di un rapporto compromesso con il mondo. Pertanto la comprensione della sofferenza umana non può basarsi solo sulla ricerca di nessi di causalità, quanto piuttosto nel riferimento all'unità della 'presenza', in base a cui è fondamentale il significato che la malattia assume in chi la vive (Good 2006; Jaspers 2000; Kleinman 1995, 2006), senza tuttavia negare i processi fisico-chimici con cui la biomedicina descrive in maniera tanto efficace il corpo oggettivato in organismo. Appare evidente a questo punto l'importanza del rapporto tra il corpo-cosa, che è oggettivato dalla scienza (si vedano per esempio le sue descrizioni nei testi di medicina) e il corpo vissuto dall'esistenza, il corpo che siamo. Come sottolinea Jaspers (1968), la scienza cade in una 'superstizione scientifica' quando dimentica che

il corpo reale dell'uomo è qualche cosa di più complesso di quello che ha ridotto sulla base della sua logica disgiuntivo-riduttiva a corpo oggettivato, per meglio analizzarne i processi fisico-chimici.

In questo orizzonte, il lavoro sulle osservazioni con gli studenti mira complessivamente a mostrare che l'operatore sanitario che incontra il suo paziente dovrebbe vederlo sia come persona che come malato. In questo doppio incontro si evidenzia non tanto un dualismo dell'esistenza quanto, piuttosto, una doppia metodica di rapporto con l'altro, al contempo, persona e malato. L'approccio biomedico teso al corpo fisico è, in definitiva, molto diverso da quello verso il corpo vivente che dispone di una sua esperienza, perché trascura la spazialità, la temporalità e l'intenzionalità che caratterizzano, invece, la presenza dei corpi nel mondo e che si mira perciò a recuperare con la particolare metodologia proposta a lezione.

Quale è allora, a questo punto, il senso di un'ardita (in chiave bellica) ed eccentrica (in senso scientifico-disciplinare) operazione formativa, come quella appena descritta, intorno ai temi del corpo, della malattia e dei processi di cura attraverso il recupero di un sapere antropologico astutamente 'travestito' di psicologia?

L'esperienza descritta mostra che la pratica etnografica, con la ricchezza dell'articolato corpus teorico dell'antropologia che la sottende, applicata ai contesti biomedici della contemporaneità, consente di recuperare quella conoscenza emergente nelle concrete interazioni, assumendola come un vero e proprio patrimonio di sapere sui rapporti di cura da cui partire anche per esplorare nuove forme di comprensione di se stessi e degli altri, per poter poi agire in modo incisivo nei processi formativi. Le notevoli e indubbie potenzialità dell'etnografia e dei modelli antropologici che ne sono derivati sul piano teorico, proprio nella loro 'inattualità' (Remotti 2013), risiedono, infatti, nella sorprendente capacità di promuovere un sapere di confine che, nel suo collocarsi sul 'margine' dei mondi osservati, avendo come focus l'analisi delle pratiche quotidiane, anche quelle più apparentemente banali e semplici, riesce ad aprire spazi di comprensione e trasformazione profondi.

Ora più che mai occorre resistere e difendere il patrimonio degli studi antropologici, unico e preziosissimo perché insostituibile, a costo anche di apparire, ai più, inattuali ed eccentrici, se non sovversivi. È tempo di guerra, una guerra subdola e sottile e quindi è il momento di osare e agire, anche con il ricorso a qualche astuzia; in fondo il patrimonio della 'cultura' cui poter attingere è infinito e il coraggio e la creatività, per habitus e storia, non sono di certo mai mancati agli antropologi.

Note

¹ Non c'è bisogno, in merito, di commentare la copiosa produzione antropologica sul tema del dono, né, tanto meno, le diverse valenze di senso ad esso attribuito dalle teorie psicoanalitiche o, ancora, ricordare altre suggestive immagini letterarie divenute emblematiche, per le sottese dinamiche, al pari di quella in esergo tratta da Virgilio.

² Insegno anche, quale professore a contratto, discipline demo-etno-antropologiche all'interno del Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica, ricoprendo praticamente l'unica docenza dell'area M-DEA/01 messa a bando annualmente dalla Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. All'interno di tale Scuola, infatti, la maggior parte delle altre poche ore dell'area M-DEA/01 ancora previste – spesso corrispondenti ad un massimo di un solo credito formativo (CFU) –, e disseminate in alcuni dei corsi di laurea dell'area sanitaria, incluso quello di Medicina e Chirurgia, vengono semplicemente accorpate ai moduli di psicologia e/o sociologia in modo da raggiungere complessivamente un numero di CFU minimo a configurare un modulo formativo completo, con la perdita conseguente di quelle che sono le specificità di tale sapere così disperso. Se a ciò si aggiunge il fatto che tali insegnamenti, in alcuni casi, sono anche ricoperti da colleghi con una formazione strettamente biomedica e non specificamente umanistica e/o conseguita nell'area delle scienze psicopedagogiche e sociali, si potrà forse meglio focalizzare la portata di quanto sta accadendo e sarà, quindi, più semplice comprendere il senso dell'esperienza che descrivo in quest'articolo.

³ Seppilli (1989) definisce la medicina come l'assetto delle forme culturali, comportamentali e organizzative che, all'interno di un preciso contesto storico, riguardano la difesa della salute e l'equilibrio psichico. Nell'ambito delle molteplici e infinite forme di medicina possibili, la biomedicina o medicina biologica è quel sistema medico egemone nel mondo occidentale che privilegia l'aspetto biologico della malattia, negando o trascurando la sua dimensione socio-culturale. È interessante, in tale direzione, ricordare che la principale modalità di apprendimento della conoscenza biomedica è data proprio dalla formazione e dal modellamento di uno sguardo sul corpo-organismo.

⁴ Tale sapere include anche tanta psicologia clinica, soprattutto quella di marca cognitivo-comportamentale, che sviluppa una conoscenza relativa all'altro versante del ben noto paradigma cartesiano, riproponendo, sul piano psicologico, la vecchia dicotomia mente-corpo.

⁵ A proposito dell'utilità di un'integrazione, in diversi

contesti, tra discipline dell'area psicologico-clinica e psicodinamica con quelle antropologiche si veda anche, pur non essendo questo l'obiettivo del nostro lavoro, lo stimolante testo di Roberto Beneduce intitolato *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo* (2004). In esso l'autore riflette intorno all'etnopsichiatria come disciplina che, a partire da un'esplorazione di significati e ragioni, non solo propone una cura attenta alle differenze culturali da cui riesce anche a trarre stimolanti risorse terapeutiche, ma giunge, inoltre, a un ripensamento critico delle stesse categorie diagnostiche e delle tecniche proprie della psichiatria e della psicoterapia occidentale.

⁶ Sul tema relativo alla formazione degli operatori socio-sanitari si segnala, inoltre, una ricca letteratura antropologica italiana che ruota intorno a ricerche più applicative e include, tra gli altri, gli interessanti lavori di Ivo Giuseppe Pazzagli, Bruno Riccio e Federica Tarabusi (Pazzagli, Tarabusi 2009; Riccio 2006; Tarabusi 2010).

⁷ Nel distinguere nettamente, sul piano teoretico, la mente (*res cogitans*) dal corpo (*res extensa*) come sostanze distinte, Cartesio inaugura una tradizione occidentale di ortodossia scientifica e relativa cornice epistemologica che è alla base del paradigma biomedico, prolungando così un modello culturale di lunga tradizione, iniziato con la filosofia di Aristotele e con la medicina di Ippocrate, che utilizza un'impostazione prevalentemente meccanicistica e riduzionista (Scheper-Hughes, Lock 1987).

⁸ Negli ultimi anni il pensiero di Spinoza è stato ed è attuale oggetto di attenzione delle neuroscienze, in proposito si veda Damasio (2003).

⁹ Tali neuroni sono attivi nella corteccia cerebrale umana in prossimità dell'area di Broca, zona coinvolta nell'elaborazione del linguaggio e risultano presenti anche in molte specie animali tra cui i primati (Rizzolatti, Sinigaglia 2006).

¹⁰ Butler (1990) concettualizza il 'genere' e, con esso, il 'sesso' e la sessualità in generale, come 'performativi'. Secondo il suo pensiero la coerenza delle categorie sessuali si è costruita culturalmente attraverso la ripetizione di atti stilizzati nel tempo, che, nella loro ripetizione, fissano l'apparenza di un nucleo del 'genere' inteso come essenziale ed ontologico. La *performance* del 'genere' e della sessualità non è comunque una scelta volontaria per la Butler che, esplicitamente, contesta le spiegazioni biologiche circa la natura binaria della sessualità, concependo, piuttosto, il corpo sessuato stesso come una costruzione culturale prodotta da un discorso normativo.

¹¹ Si precisa che, per la stesura di quest'articolo, si è deliberatamente scelto di non citare stralci di protocol-

li osservativi pure prodotti dagli studenti e relativi alle loro interazioni con pazienti stranieri e/o con patologie dell'area psichiatrica, volendo mostrare chiaramente, come sottolineato da Quaranta (2006) che riprende Kleinman (2006), che, per fare antropologia medica, non c'è bisogno di muoversi nell'ambito dell'etnopsichiatria o in generale delle varie etnomedicine, perché la biomedicina, in quanto specifico sistema culturale, è già di per sé una 'etno-medicina', peculiare delle società cosiddette occidentali. Sempre Quaranta (2006) ci ricorda che, addirittura, l'antropologia medica emerge come ambito disciplinare autonomo proprio con la problematizzazione dei rapporti fra antropologia e biomedicina nella seconda metà degli anni Settanta del Novecento, quando viene svelato l'equivoco dell'immunità dai condizionamenti culturali della biomedicina stessa, fino a quel momento considerata, invece, come la lente neutra attraverso cui gli antropologi avevano guardato alle altre medicine.

Riferimenti bibliografici

- Basaglia F.
1981 *Scritti. I, 1968-1980. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Einaudi, Torino.
- Beneduce R.
2004 *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.
- Berg M., Mol A. (eds)
1998 *Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques, and Body*, Duke University Press, Durham-London.
- Bourdieu P.
2003 *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, [ed. or. 1972] trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Braidotti R.
2014 *Il postumano. La vita oltre il sé, oltre la specie, oltre la morte*, DeriveApprodi, Roma.
- Butler J.
1990 *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, Routledge, New York.
- Clifford J., Marcus G.E. (eds)
1986 *Writing Cultures. The Poetics and the Politics of Ethnography*, University of California Press, Berkeley.

- Csordas T.J.
1990 «Embodiment as a Paradigm for Anthropology», in *Ethos*, 18: 5-47.
- D'Agostino G.
2010 «Prefazione», in E. Zito, P. Valerio, *Corpi sull'uscio, identità possibili. Il fenomeno dei femminielli a Napoli*, Filema, Napoli: 5-24.
2013 «I femminielli napoletani: alcune riflessioni antropologiche», in E. Zito, P. Valerio (a cura di), *Genere: femminielli. Esplorazioni antropologiche e psicologiche*, Libreria Dante & Descartes, Napoli: 75-106.
- Dal Pra M.
1994 *Sommario di storia della filosofia*, vol. II, La Nuova Italia, Firenze.
- Damasio A.R.
2003 *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello*, trad. it. Adelphi, Milano.
- De Martino E.
1948 *Il mondo magico*, Boringhieri, Torino.
1959 *Sud e Magia*, Feltrinelli, Milano.
1961 *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano.
- Douglas M.
1979 *I simboli naturali. Esplorazioni in cosmologia: sistema cosmologico e struttura sociale*, [ed. or. 1970] trad. it. Einaudi, Torino.
- Faeta F.
2005 *Questioni italiane. Demologia, antropologia, critica culturale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Farmer P.
2003 *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley.
- Fassin D.
2000 «Politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé», in *Anthropologie et sociétés*, 24: 95-116.
2014 *Ripolitizzare il mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*, trad. it. Ombre Corte, Verona.
- Fava F.
2012 *Lo Zen di Palermo. Antropologia dell'esclusione*, Franco Angeli, Milano.
- Feher M., Naddaff R., Tazi N. (eds)
1989 *Fragments for a history of the human body*, The MIT Press, New York.
- Foucault M.
1978 *La volontà di sapere. Storia della sessualità vol.1*, [ed. or. 1976] trad. it. Feltrinelli, Milano.
1998 *Nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo medico*, [ed. or. 1963] trad. it. Einaudi, Torino.
- Gaddini E.
1989 «Sulla imitazione», in E. Gaddini, *Scritti 1953-1985*, Raffaello Cortina, Milano: 159-189.
- Geertz C.
1990 *Opere e vite. L'antropologo come autore*, [ed. or. 1988] trad. it. Il Mulino, Bologna.
- Godeau E.
1993 «'Dans un amphithéâtre...'. La fréquentation des morts dans la formation des médecins», in *Terrain*, 20: 82-96.
- Good B.J.
2006 *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, [ed. or. 1994] trad. it. Einaudi, Torino.
- Good B.J., Del Vecchio M.J.
1993 «'Learning medicine': The Constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School», in S. Lindenbaum, M. Lock (eds), *Knowledge, Power & Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, University of California Press, Berkeley: 81-107.
- Gramsci A.
1975 *Quaderni del carcere*, a cura di V. Gerratana, Einaudi, Torino.
- Haraway D.
1991 «A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century», in D. Haraway, *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*, Routledge, New York: 149-181.
- Husserl E.
1965 *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, voll. I-II, [ed. or. 1950] trad. it. Einaudi, Torino.
2002 *Meditazioni cartesiane*, [ed. or. 1950] trad. it. Bompiani, Milano.
- Jaspers K.
1968 *Piccola scuola del pensiero filosofico*, [ed. or. 1965] trad. it. Edizioni di Comunità, Milano.
2000 *Psicopatologia generale*, [ed. or. 1913] trad. it. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Kleinman A.
1995 *Writing at the Margin. Discourse Between Anthro-*

- pology and Medicine*, University of California Press, Berkeley.
- 2006 «Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici come sistemi culturali», [ed. or. 1978] trad. it. in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano: 5-29.
- Le Breton D.
2007 *Il sapore del mondo. Un'antropologia dei sensi*, trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Leder D.
1990 *The absent body*, University of Chicago Press, Chicago.
- Lévi-Strauss C.
1966 «L'efficacia simbolica», [ed. or. 1949] trad. it. in C. Lévi-Strauss, *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano: 210-230.
- Lock M.
1991 «Nerves and nostalgia. Greek-canadian immigrants and medical care in Québec», in G. Bibeau, B. Pfeleiderer (eds), *Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives*, *Curare, Special Issue*, 7: 87-103.
- Malinowski B.
2011 *Argonauti del Pacifico occidentale. Riti magici e vita quotidiana nella società primitiva*, [ed. or. 1922] trad. it. Bollati Boringhieri, Torino.
- Marcus G., Fischer M.
1998 *Antropologia come critica culturale*, [ed. or. 1986] trad. it. Meltemi, Roma.
- Mauss M.
1965 *Le tecniche del corpo*, [ed. or. 1936] trad. it. in M. Mauss, *Teoria generale della magia ed altri saggi*, Einaudi, Torino: 383-409.
- Merlau-Ponty M.
2003 *Fenomenologia della percezione*, [ed. or. 1945] trad. it. Il Saggiatore, Milano.
- Nussbaum M. C., Oksenberg Rorty A. (eds)
1992 *Essays on Aristotle's De Anima*, Oxford University Press, Oxford.
- Pazzagli I. G., Tarabusi F.
2009 *Un doppio sguardo. Etnografia delle interazioni tra servizi e adolescenti di origine straniera*, Guaraldi, Rimini.
- Pizza G.
2005 *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- Putnam H.
1987 *Mente linguaggio e realtà*, [ed. or. 1975] trad. it. Adelphi, Milano.
- Quaranta I.
2006 (a cura di) *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
2012 «La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura», in *Antropologia e Teatro*, 3: 264-290.
- Remotti F.
2011 *Cultura. Dalla complessità all'impoverimento*, Laterza, Roma-Bari.
2013 «Questione di sopravvivenza. Un ripensamento epistemologico per l'antropologia culturale», in *EtnoAntropologia*, 1: 11-31.
- Resta P.
2013 «Utopie», in *EtnoAntropologia*, 1: 1-10.
- Riccio B.
2006 «Fenomeno migratorio e processi culturali», in I. Frosio, S. Villone (a cura di), *La formazione interculturale degli operatori pubblici. Un'esperienza interdisciplinare*, L'Harmattan Italia, Torino: 47-59.
- Rizzolatti G., Sinigaglia C.
2006 *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ryle G.
2007 *Il Concetto di Mente*, [ed. or. 1949] trad. it. Laterza, Roma-Bari.
- Sangiaco A. (a cura di)
2010 *Tutte le opere di Baruch Spinoza*, Bompiani, Milano.
- Scarry E.
1990 *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del corpo*, [ed. or. 1985] trad. it. Il Mulino, Bologna.
- Scheper-Hughes N., Lock M.
1987 «The Mindful Body: a Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology», in *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1): 6-41.
- Seppilli T. (a cura di)
1989 *Le tradizioni popolari in Italia. Medicina e magia*, Electa, Milano.

Severi C.

2000 «Proiezione e credenza. Nuove riflessioni sull'efficacia simbolica», in C. Severi (a cura di), *Antropologia e psicologia. Interazioni complesse e rappresentazioni mentali*, *Etnosistemi*, VII (7): 75-85.

Tarabusi F.

2010 *Dentro le politiche. Servizi, progetti, operatori: sguardi antropologici*, Guaraldi, Rimini.

Valerio P., Zito E.

2005 «L'importanza di uno spazio psicologico in un policlinico universitario», in C. Zullo, R. Felaco (a cura di), *Esperienze in Psicologia Ospedaliera*, Liguori, Napoli: 67-86.

Zito E.

2013 «Disciplinary crossings and methodological contaminations in gender research: A psycho-anthropological survey on Neapolitan *femminielli*», in *International Journal of Multiple Research Approaches*, 7 (2): 204-217.