

Rappresentazioni della salute e retoriche della relazione di cura. Considerazioni a partire da un case-study empirico

Gabriele Vissio

Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione
Università degli Studi di Torino
gabriele.vissio@unito.it

Roberta Clara Zanini

Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione
Università degli Studi di Torino
robertaclara.zanini@unito.it

Abstract The article presents the first results of an interdisciplinary research conducted on a sample of nurses serving at ASL CN-1 and ASO Santa Croce and Carle in Cuneo (Piedmont, Italy) as part of an action-research project called *SALINTER. La salute come immaginario sociale e religioso*. This work, conducted in collaboration between researchers in philosophy and cultural anthropology, focuses on the representations of health and the rhetorics concerning the care relationship that support the professional self-representation of nurses, and aims to show their intimate correlation. The analysis of the collected data provides a critical understanding of this self-representation, that constitute a solid basis for future research aimed at providing an in-depth description of care work in the health sector.

Keywords: Philosophy of Health, Medical Anthropology, Rhetoric of Health and Care, Care Philosophy, Nursing

Received 21/01/2021; accepted 11/05/2021.

0. Introduzione¹

Il progetto *SALINTER. La salute come immaginario sociale e religioso*, muove dall'idea che le rappresentazioni della salute di cui sono portatori i professionisti del lavoro di cura in ambito sociale e sanitario siano costituite da un insieme di assunti filosofici inesplorati e che tali presupposti teorici di fondo condizionino profondamente l'auto-

¹Questo contributo, frutto di riflessioni condivise, è parte del progetto *SALINTER. La salute come immaginario sociale e religioso*, coordinato dal Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione dell'Università di Torino e realizzato grazie al contributo di Fondazione CRC e Fondazione CRT. In particolare, la stesura dei primi due paragrafi e delle conclusioni si deve a Gabriele Vissio, mentre quella dei paragrafi terzo e quarto a Roberta Clara Zanini. Gli Autori desiderano ringraziare la prof.ssa Paola Culotta del Corso di Laurea in Infermieristica di Cuneo, la dott.ssa Stefania Ghiglia dell'ASL CN-1, la dott.ssa Simonetta Polanski e la dott.ssa Giuseppina Seppini dell'ASO S. Croce e Carle di Cuneo per la preziosa collaborazione nell'organizzazione delle attività di ricerca alla base di questo articolo.

rappresentazione che i professionisti hanno di se stessi, del proprio ruolo e del proprio lavoro. I risultati del progetto che qui proponiamo e discutiamo si basano su di un set di interviste svolte a un gruppo di infermieri professionisti in servizio presso le strutture dell'ASL CN-1 e dell'ASO Santa Croce-Carle di Cuneo, oltre che di studenti del Corso di Laurea in Infermieristica della sede cuneese dell'Università di Torino. Trattandosi di un primo risultato di un lavoro più ampio, che vede coinvolti altri professionisti del lavoro di cura e altri strumenti di indagine, l'articolo si limita a offrire un quadro necessariamente parziale, benché sostanzialmente autosufficiente, della ricerca condotta. Il §1 dell'articolo presenta lo stato dell'arte dell'attuale dibattito filosofico circa il problema della definizione della salute. Tale presentazione muove dalla sintesi offerta dal filosofo Jacob Stegenga, che ha organizzato le principali tesi in campo in tre opposizioni fondamentali, di cui si darà una rapida discussione. La classificazione di tali posizioni fornisce la base per la costruzione di una griglia ermeneutica che troverà applicazione nell'analisi empirica. Il §2 introduce, invece, il tema del nesso tra concezioni filosofiche della salute e diversi modi di intendere il processo di guarigione e il lavoro di cura da parte dei professionisti, che sarà particolarmente affrontato in conclusione del §4. Nel §3 si rende conto degli aspetti metodologici della ricerca presentata, con riferimento, in particolare, all'impostazione interdisciplinare che la sorregge, mentre il §4 presenta, infine, i risultati dell'analisi condotta mettendo in luce le opzioni filosofiche riscontrate tra gli infermieri, correlandole con le autorappresentazioni della professione e del ruolo professionale che a queste si associano.

1. Il concetto di salute: una definizione difficile

La definizione dei concetti di 'salute' e di 'malattia', così come di altri concetti correlati – quali, per esempio, 'guarigione', 'benessere' o 'medicina' – costituisce oggetto di interesse per tutte quelle discipline dell'ambito delle scienze umane e sociali interessate a una chiarificazione delle esperienze che i soggetti hanno dell'ambito medico. I diversi contesti disciplinari hanno affrontato il problema secondo prospettive differenti, che hanno condotto a esiti diversi.

Nell'ambito di questa varietà di approcci, l'antropologia medica ha da tempo riconosciuto la complessità di oggetti d'indagine quali 'salute' e 'malattia', rilevando in particolare come la dimensione concettuale non ne esaurisca affatto il significato. Arthur Kleinman, per esempio, sottolinea come salute e malattia trovino espressione in termini di sistemi culturali, in maniera non dissimile rispetto ai sistemi di parentela o a quelli religiosi (Kleinman 1978), aspetto che conferma la necessità di considerare elementi quali salute e malattia in termini complessi di credenze, comportamenti, esperienze e pratiche. Questo approccio, che sottolinea la complessità degli oggetti di indagine in questione, trova corrispondenza, in filosofia, in approcci quali la fenomenologia o l'ermeneutica filosofica², che non a caso hanno da sempre tenuto in alta considerazione i risultati che possono derivare da un'ibridazione con i discorsi e le pratiche di ricerca dell'antropologia e delle scienze umane e sociali in generale.

Nell'ambito dell'attuale dibattito in filosofia della medicina, tuttavia, si attesta anche una tendenza a rivolgere l'attenzione a questioni definitorie, con particolare riferimento alla

² A titolo esemplificativo si può citare il tradizionale interesse che la tradizione fenomenologica ed esistenzialista ha sempre mostrato per l'esperienza patologica, con particolare riferimento alla psicopatologia (per es. Jaspers 1913), alla cosiddetta *Dasein analyse* (Binswanger 1942). Per ciò che concerne la tradizione ermeneutica, invece, oltre all'interessamento di Gadamer (1993) all'esperienza della salute nella società tecnologica, occorre segnalare l'importanza della filosofia di Paul Ricoeur (1990) nell'ambito degli approcci filosofici alla dimensione 'narrativa' dell'esperienza patologica.

coppia ‘salute’ e ‘benessere’, secondo un approccio che tende a favorire l’analisi logico-concettuale, anziché metodologie di analisi ‘concreta’ dei diversi elementi culturali, sociali e soggettivi dell’esperienza della salute e della malattia. Apparentemente più distante e più difficile da conciliare – rispetto a tali metodologie – con l’indagine antropologica, questo genere di analisi, tuttavia, potrebbe al contrario fornire elementi importanti nella costruzione di un *framework* teorico che voglia concentrarsi su aspetti concettuali, linguistici o retorici, avvalendosi di un’articolata tradizione di ricerca.

La definizione del concetto di salute, infatti, è un problema classico in filosofia della medicina e può essere affrontato secondo una gran varietà di punti di vista. Il filosofo della medicina Jacob Stegenga (2018) ha proposto, in una recente introduzione alla filosofia della medicina, una classificazione sistematica delle diverse teorie filosofiche sulla salute oggi in circolazione, che si regola su una serie di tre opposizioni fondamentali, e che adotteremo come quadro teorico di riferimento in questa prima parte del nostro lavoro:

Neutralismo	Positive Health
Naturalismo	Normativismo
Oggettivismo	Soggettivismo

Le teorie neutraliste, quali quella Daniel M. Hausman (2015), tendono a definire la salute come «assenza di malattia [*disease*]». Si tratta di una definizione apparentemente semplice e priva di ambiguità, ma che comporta alcuni problemi, come il fatto che tale formulazione negativa comporti un riferimento necessario alla nozione di ‘malattia’, la cui definizione è problematica e controversa sotto diversi punti di vista. Infatti, per quanto si sia argomentato sull’utilità della nozione di malattia, anche sulla base della sua diffusione attraverso le culture (Fabrega 1979), il termine presenta un’elevata complessità semantica, che ha portato a tentativi di chiarificazione con la proposta di distinzione, ormai classica, della triade di concetti *disease*, *illness* e *sickness* (Hofman 2002). Strategia opposta è quella che sceglie, invece, di tentare una definizione positiva di salute. Oltre alla ben nota definizione della World Health Organisation, secondo cui la salute sarebbe «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia» (WHO 1946), sono da considerarsi definizioni positive di salute tutte quelle che indicano nello stato di salute l’espressione di potenzialità creative e di crescita. In questa seconda prospettiva, infatti, la salute non rappresenta, per definizione, uno stato neutro dell’organismo, ma il prodotto di una serie di fattori (*assets*), che consentono di riconoscere un maggior o minor grado di salute di un individuo (Stegenga 2018: 8-11).

In secondo luogo, è possibile distinguere tra definizioni naturalistiche e normativistiche di salute. Il naturalismo tende a considerare la salute come un concetto non correlato ad assunzioni assiologiche o valoriali: in altre parole, secondo tale prospettiva è possibile offrire una definizione completa del concetto di salute senza far alcun riferimento a valori o norme, ma ricorrendo solo a elementi che possono essere considerati come “fatti naturali”, di ordine fisico, ma anche chimico e, ovviamente, biologico. Un esempio particolarmente noto, in tal senso, è costituito dalla cosiddetta teoria biostatistica di Christopher Boorse (Boorse 1977; Boorse 1997). Le teorie naturalistiche tendono, dunque, a considerare lo stato di salute come lo stato di funzionamento ‘normale’ dell’organismo e a demandare, di conseguenza, la definizione della salute a un’analisi di natura biologica e fisiologica (Giroux 2019). Al contrario, il normativismo considera il concetto di ‘salute’ come necessariamente connesso a un giudizio di valore. Nel dibattito recente, le teorie normativiste tendono a considerare il riferimento di valore come connotato dal punto di vista sociale e culturale, benché vi siano posizioni che è possibile

considerare normativiste che hanno proposto una definizione di ‘valore’ e ‘norma’ in senso non immediatamente riconducibile alla vita sociale e culturale dell’uomo³. Tra i molti pregi del naturalismo vi è sicuramente quello di tentare di assicurare al concetto di salute un ‘diritto di cittadinanza’ tra i concetti scientifici – in particolare biologici – e di offrirne una definizione stabile, che tende però a non permettere di distinguere agevolmente tra quelle deviazioni dallo stato ‘normale’ che siano da considerarsi propriamente patologiche e quelle che, al contrario, debbano essere intese come semplici anomalie statistiche⁴. D’altronde, se le definizioni normativiste della salute sembrano essere più adatte a rendere conto delle componenti sociali e culturali nella distinzione tra salute e malattia, al contempo sembrano avere maggiori difficoltà nell’offrire una distinzione tra la salute e il benessere [*well-being*] di una persona, una condizione determinata da un gran numero di variabili (economiche, sociali, culturali) che sembrerebbero solo tangenzialmente e occasionalmente connesse con la salute.

In ultimo, secondo la schematica classificazione di Stegenga, possiamo distinguere tra definizioni oggettiviste e soggettiviste di salute: le prime considerano la salute come uno stato definito da fatti considerati indipendenti dalla valutazione soggettiva della persona, mentre le seconde considerano la salute come dipendente da elementi di valutazione espressi dal soggetto interessato (Stegenga 2018: 16-19). Come nota Stegenga, le due prospettive appaiono egualmente valide e persino conciliabili, quando sia considerazioni di natura fattuale sia lo stato psicologico della persona coincidono: a comportare controversia sono, al contrario, quei casi in cui il punto di vista oggettivo e soggettivo sembrano comportare diverse considerazioni circa lo stato di salute di un individuo: «se una persona è affetta da una anomalia fisiologica che è permanentemente asintomatica», chiede per esempio Stegenga, «quella persona è in salute oppure no?» (Stegenga 2018: 18). Ciò che ci interessa, in questa sede, non è tanto propendere per l’una o per l’altra prospettiva, quanto piuttosto rilevare come il problema posto da questa opzione tra oggettivismo e soggettivismo si articoli su di un piano diverso da quello che intercorre tra naturalismo e normativismo: «l’oggettivismo e il soggettivismo riguardano la prospettiva secondo cui la salute di una persona deve essere osservata, mentre il naturalismo e il normativismo riguardano i fatti effettivi che determinano la salute di qualcuno» (Stegenga 2018: 19). Si può considerare la salute un fatto naturale o una questione di valore, indipendentemente dal fatto che si consideri o meno il vissuto del soggetto interessato come l’elemento decisivo nella definizione di una data condizione come patologica o meno.

Queste opposizioni in gioco in filosofia della medicina, per quanto estremamente schematizzate dalla classificazione di Stegenga⁵, definiscono almeno tre diversi piani di analisi del concetto di salute, che possono trovare varie combinazioni all’interno di ogni singola proposta filosofica. Tuttavia, esse non rappresentano solo possibili posizionamenti teorici assunti dal discorso filosofico specialistico, ma anche, sul piano della ricerca empirica, assunzioni implicite rilevabili nell’ambito del discorso informale dei pazienti e dei professionisti della salute. In tal senso, nel presente lavoro assumeremo questa ‘mappatura’ come una possibile griglia interpretativa attraverso cui

³ In tal senso, per esempio, è possibile interpretare la peculiare forma di “vitalismo” proposta dal filosofo e medico francese Georges Canguilhem a partire dagli anni Quaranta del secolo scorso. Sul tema rimando, oltre che al classico *Le normal et le pathologique* (Canguilhem 1966), anche ad alcuni studi recenti che hanno tentato di chiarire il significato medico del vitalismo canguilhemiano (Wolfe *et al.* 2020) e la sua posizione nell’ambito del dibattito naturalismo/normativismo (Giroux 2010; Lingua 2018; Pilotto 2015).

⁴ È il caso, per esempio, di condizioni quali il cosiddetto *situs inversus*, che pur interessando una minoranza della popolazione non sono considerate, sul piano clinico, come patologiche.

⁵ Si tenga conto che, tale classificazione, d’altronde, risponde a un intento introduttivo e didattico.

indagare le auto-rappresentazioni di cui sono portatori i professionisti oggetto dell'indagine (§3).

2. Il lavoro di cura e le sue retoriche

Occorre tuttavia aggiungere, prima di procedere sul piano dell'analisi empirica, che le diverse concezioni di salute comportano conseguenze importanti anche sul piano della definizione delle nozioni di cura e guarigione. Com'è noto, il dibattito in filosofia e nelle scienze umane applicate all'ambito medico ha assunto, ormai da diverso tempo, la distinzione tra i verbi inglesi 'to cure' e 'to care', indicando con il primo quell'insieme di interventi medici e terapeutici volti a ristabilire o a conservare lo stato di salute di un individuo e, con il secondo, il più ampio spettro di pratiche relative alla presa in carico, anche sul piano relazionale, di un soggetto, con ricadute importanti per le pratiche professionali in ambito sanitario.

Naturalmente, differenti concezioni della salute mettono capo a diversi modi di intendere il percorso terapeutico nel senso dell'inglese *to cure*. Una concezione della salute sul modello della *positive health*, per esempio, considererà il processo di guarigione come un percorso che coinvolge, necessariamente, aspetti diversi della vita dell'individuo e ne valuterà il successo sulla base della sua capacità di esprimere al meglio le proprie potenzialità. Al contrario, sostenitori di una soluzione neutralista saranno più propensi a considerare concluso il processo di guarigione con l'eliminazione del fattore patogeno e delle sue espressioni e conseguenze sintomatiche. Così, un diverso bilanciamento tra l'importanza degli aspetti fisiologici e di quelli di ordine sociale avrà luogo nella valutazione di un processo di guarigione da parte di naturalisti e di normativisti.

Per ciò che riguarda la presa in carico nel senso del *to care*, invece, la questione si colloca su di un diverso piano. Infatti, il concetto di "cura", così come inquadrato nell'ambito di lavori ormai classici, tra cui quello pionieristico di Carol Gilligan (1982), mira dichiaratamente a superare l'ambito relativamente ristretto del contesto sanitario, cercando di fornire una categoria di analisi per una molteplicità di situazioni di presa in carico di un soggetto da parte di un altro. La relazione tra i cosiddetti *care giver* e *care receiver*, in tal senso, è stata a lungo definita come, per sua natura, asimmetrica e sbilanciata, in termini di allocazione del potere, a favore del *care giver*, fatto che sposta maggiormente su quest'ultimo la responsabilità della relazione di cura (Tronto 1993). Proprio la diversa concezione della salute adottata non risulta irrilevante sotto questo profilo, specie se si tiene conto, come rilevano gli studi relativi alla relazione medico-paziente, di come la costruzione dell'asimmetria sia veicolata soprattutto dal diverso livello di conoscenza e comprensione del fenomeno patologico da parte del professionista e della persona presa in carico, con conseguenze etiche che si esprimono, per esempio, nella complessa problematica del consenso informato.

Per tale ragione l'indagine di cui si presentano, nei paragrafi successivi, i risultati, pur concentrandosi prioritariamente sulla nozione di salute, tiene in conto ed enfatizza il rilievo che le sue diverse rappresentazioni presentano nella costruzione delle retoriche attraverso cui i professionisti coinvolti nello studio leggono e interpretano la relazione di cura e il proprio ruolo all'interno di questa.

3. La salute come rappresentazione degli infermieri: un approccio interdisciplinare

Fin dalle sue prime fasi prodromiche di riflessione preliminare, il progetto *SALINTER* è stato immaginato come una cornice all'interno della quale far confluire e dialogare il contributo teorico e metodologico di varie discipline. All'impianto filosofico, prioritario e fondante, si sono dunque affiancati, in un proficuo scambio di sguardi e di posizionamenti, i contributi di pedagogisti, sociologi e antropologi, ognuno con le specificità teoriche e metodologiche tipiche della propria disciplina. In questo contributo, tuttavia, ci limitiamo a presentare e analizzare i risultati dell'indagine che ha visto coinvolti filosofi e antropologi e che si è basata su una raccolta di testimonianze orali, ottenute attraverso lo strumento dell'intervista qualitativa.

L'intento fondante della ricerca nel suo complesso era quello di osservare dall'interno la dimensione interculturale delle relazioni di cura nel contesto sanitario, a partire dal punto di vista di una specifica figura professionale, quella dell'infermiere. Occorre a questo punto operare una precisazione circa il ricorso al termine 'interculturale', del quale si è inteso proporre un'interpretazione di senso ampio, che superi il riduzionismo veicolato dall'equivalenza fra i temi dell'intercultura e quelli delle dinamiche migratorie (Quaranta, Ricca 2012). Non di rado, infatti, si tende a ritenere che la diversità culturale, e conseguentemente l'esigenza o l'utilità di approcci di carattere interculturale, si manifesti principalmente quando la relazione di cura vede coinvolti soggetti di origine straniera. Al contrario, era obiettivo dell'indagine verificare se – e in questo caso mettere in evidenza – gli stessi operatori, in servizio in differenti settori o dipartimenti del servizio sanitario, esprimano rappresentazioni culturali differenti della relazione di cura e del ruolo dell'infermiere, basati su immaginari e retoriche della salute potenzialmente diversi.

L'impostazione interdisciplinare della ricerca ha richiesto un minuzioso lavoro di preparazione metodologica, volto ad individuare una strategia di indagine che consentisse di far dialogare la prospettiva filosofica con quella antropologica, permettendo di ottenere un corpus di dati che potessero essere analizzati facendo ricorso alle prospettive di entrambe le discipline. In ambito antropologico è articolato il dibattito circa la proficuità di individuare 'metodi impuri' (Severi, Tarabusi 2019), che si basano sull'apporto di professionisti e ricercatori afferenti a diversi ambiti e che danno origine, di volta in volta, a impianti metodologici 'taylor-made' per rispondere alle specifiche esigenze progettuali e alle contingenze – spesso imprevedibili, come tipico della ricerca antropologica – che si vengono a presentare nel corso delle indagini stesse.

Nel nostro caso, per comprendere le ragioni delle scelte metodologiche che fra poco presenteremo, è necessario riprendere gli intenti che sostenevano la ricerca. Uno degli snodi tematici principali, infatti, era quello costituito dalle rappresentazioni e dalle retoriche della salute e delle relazioni di cura espresse dai professionisti sanitari. L'ipotesi, come si è detto, era che queste stesse rappresentazioni possano non solo essere potenzialmente diverse rispetto a quelle dell'utenza del servizio sanitario, ma soprattutto eterogenee al loro interno. Appurata l'impossibilità, per ragioni di carattere temporale e progettuale, di condurre una ricerca etnografica di lungo periodo sul terreno, si è ritenuto che lo strumento più adeguato per rispondere alle domande di ricerca tanto in ambito antropologico, quanto in ambito filosofico, potesse essere quello dell'intervista qualitativa in profondità. Pur consapevoli che un approccio etnografico, soprattutto in ambito clinico, non può prescindere dall'osservazione e dall'analisi delle *pratiche* che si attivano nel contesto sanitario, ci preme ricordare come l'obiettivo centrale del progetto *SALINTER*, all'interno del quale si è sviluppata la ricerca qui presentata, fosse piuttosto quello di studiare le *retoriche* che accompagnano tali pratiche e che costituiscono il *frame* concettuale all'interno del (o in contrapposizione al) quale agiscono

i nostri interlocutori. Di conseguenza, per quanto i dati raccolti siano necessariamente meno densi e di natura intimamente differente rispetto a quelli che si sarebbero potuti ottenere attraverso un *fieldwork* etnografico classico, condurre una serie di interviste qualitative semi-strutturate ha presentato l'evidente vantaggio di consentire la raccolta di un corpus di testimonianze comparabili e analizzabili, anche sul piano testuale. Questo aspetto ci è sembrato particolarmente rilevante proprio in ragione della necessità di studiare, integrando approccio antropologico e filosofico, le rappresentazioni dei professionisti, indagando se siano condivisi o meno dal personale infermieristico in formazione (studenti del Corso di Laurea in Infermieristica) o già in servizio presso differenti settori del servizio sanitario del territorio cuneese coinvolto nel progetto.

La raccolta delle interviste ha visto coinvolto un campione composto da 26 testimoni. Per poter comprendere se e come mutano gli immaginari della salute e della relazione di cura nel percorso di formazione e successivamente nelle varie fasi dell'inserimento professionale si sono inoltre individuati tre sotto-campioni: un primo gruppo, costituito da 6 studenti iscritti al primo anno del Corso di Laurea in Infermieristica (intervistati all'inizio del loro percorso, in modo da indagarne le aspettative e le rappresentazioni prima dell'ingresso effettivo nell'ambito sanitario), un secondo gruppo costituito da 5 studenti iscritti al terzo anno (che hanno dunque già avuto esperienza diretta del lavoro su campo mediante lo svolgimento delle attività di tirocinio) e infine 15 infermieri professionisti. Questi ultimi sono stati selezionati in tre specifiche unità lavorative: il Dipartimento di Emergenza e Accettazione e il Dipartimento Materno-Infantile dell'ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo e l'unità di cure territoriali dell'ASL CN-1. Si è deciso di concentrare l'indagine su questi tre settori per due ragioni: da un lato, perché si può ipotizzare che siano i contesti sanitari in cui con maggior frequenza il professionista infermiere entra in contatto con diversità culturale ed eterogeneità di rappresentazioni nelle persone assistite; dall'altro, perché si tratta di ambiti molto differenti fra di loro, per caratteristiche dell'utenza e del servizio offerto. Questo ultimo aspetto, come vedremo nel prossimo paragrafo, incide in modo piuttosto significativo sulle rappresentazioni espresse dagli infermieri e sulle retoriche della salute e della cura che emergono dalle loro narrazioni.

Prima di procedere con l'analisi delle testimonianze raccolte è bene dedicare qualche riga per presentare alcuni cenni relativi all'ampio dibattito teorico antropologico circa i concetti di salute, di malattia e di cura. Malgrado non sia ovviamente possibile proporre un discorso esaustivo su queste tematiche e sulla loro rilevanza antropologica⁶, è non di meno interessante mettere in evidenza alcune categorie e interpretazioni ormai classiche, poiché saranno rilevanti nel percorso di analisi che proporremo nel paragrafo seguente. Uno degli esiti, e dei meriti, principali della riflessione antropologica su queste tematiche è quello di aver messo in evidenza non solo la variabilità culturale delle definizioni dei concetti di salute e di malattia, ma soprattutto l'aver smontato l'opposizione dicotomica propria del paradigma biomedico a favore di una lettura fluida, dialettica, dei confini fra salute e malattia. Confini che, come dimostrano le indagini etnografiche, si modificano sul piano diacronico e sincronico, facendo emergere dinamiche di potere e rapporti di forza che strutturano il confine stesso (Pizza 2005).

L'approccio critico e processuale introdotto dall'antropologia medica, che presenta dei punti di connessione con le prospettive normativiste e soggettiviste presentate nel paragrafo precedente, si palesa in modo evidente nella decostruzione della definizione di malattia. I lavori ormai classici di Arthur Kleinman (1988) e Byron J. Good (1994)

⁶ A questo proposito e per un inquadramento complessivo circa l'apporto antropologico allo studio e all'analisi delle categorie in esame si rimanda all'ottimo lavoro di Giovanni Pizza (2005) e in particolare al secondo capitolo, dedicato al rapporto fra salute e malattia.

hanno contribuito in modo determinante a mettere in evidenza la necessità di studiare, attraverso un approccio narrativo, l'esperienza soggettiva della malattia – la *illness* – per superare le insidie di un approccio biomedico strettamente connesso alla sola dimensione biologica, corporea. Altri autori, fra cui Allan Young (1982), per contro, hanno ulteriormente spostato il punto di osservazione facendo ricorso al concetto di *sickness*, con cui identificano da un lato i significati sociali dello star male e dall'altro i processi di costruzione sociale della malattia. Questo noto dibattito ci pare particolarmente significativo poiché, come vedremo fra poco, le testimonianze degli infermieri non di rado fanno riferimento, in modo più o meno esplicito, a queste differenti concezioni, veicolando tuttavia retoriche e rappresentazioni che, sotto a un'apparente omogeneità, in realtà nascondono letture talvolta discordanti. In particolare, vedremo come ad essere percepite ed espresse in modo piuttosto ambiguo sono la dimensione sociale della malattia, e conseguentemente della salute, così come le logiche di potere che connaturano la relazione di cura e che ci consentono, sulla scorta delle osservazioni di Didier Fassin (1996), di considerare la salute in termini politici come la possibilità di accedere alle risorse di cura.

4. Retoriche della salute e della relazione di cura nelle parole degli infermieri

Malgrado spesso non espresse esplicitamente dai sanitari, le categorie filosofiche e antropologiche messe in evidenza nei paragrafi precedenti sembrano sostenere la loro riflessione, con modalità di volta in volta differenti e con gradi diversi di consapevolezza. Uno degli elementi più significativi emersi dall'analisi complessiva del corpus di testimonianze, infatti, è proprio l'aver reso palese come, pur muovendo molto spesso da un sostrato comune di matrice neutralista, le definizioni di salute proposte dai testimoni combinino con modalità variabile retoriche e rappresentazioni talvolta piuttosto distanti fra loro. Ad uno sguardo più attento, ci sembra che queste variabilità siano correlate, oltre che ovviamente al vissuto personale del singolo professionista, da un lato al differente posizionamento nel percorso di formazione e di professionalizzazione (ricordiamo che una parte degli intervistati sono studenti in formazione), e dall'altro allo specifico contesto in cui si presta servizio.

Un primo aspetto da mettere in rilievo è come le definizioni proposte dagli intervistati solo raramente prescindano dalla definizione di malattia. Le retoriche di carattere neutralista però ben presto lasciano spazio a formulazioni, non di rado espresse in termini simili, che operano uno scarto e prendono in considerazione non solo la dimensione strettamente fisica, ma anche quella psicologica, spesso definita «mentale» nelle narrazioni, come si può mettere in evidenza nelle testimonianze che seguono:

secondo me stare in salute significa... non avere problemi fisici, ma anche legati a quella che è la psiche... e avere un buon equilibrio... quotidiano, stare bene con sé stessi (studente del terzo anno).

Allora, essere in salute per me significa star bene – sicuramente – fisicamente, ma star bene anche mentalmente (infermiere in servizio presso il DEA).

Secondo me star bene sia fisicamente che è la cosa forse più importante, quella che si cura alla fine in ospedale, quindi essere in salute fisicamente, però ha anche importanza come dicevo prima dal punto di vista psicologico, perché non basta essere in salute fisicamente per dire di stare bene ma anche dal punto di vista psicologico (studente del primo anno).

Io all'inizio pensavo solo fosse non essere malati cioè non ho la febbre allora sto bene, sono in salute e poi a scuola invece abbiamo studiato che è sia un concetto dove non c'è la malattia ma è anche un benessere psicologico (studente del primo anno).

Quest'ultima testimonianza ci consente di evidenziare come sia consolidato, anche nel percorso di studi, uno sguardo attento al vissuto della persona assistita, che però viene sostanzialmente fatto coincidere con il benessere psicologico. Sembrano operare, in questo senso, categorie di stampo soggettivista e in parte normativista, che tuttavia emergono in modo spesso irriflesso. A queste rappresentazioni si combina un ulteriore elemento rilevante, ovvero la frequente confusione fra la dimensione della salute e quella del benessere, che spesso vengono fatte coincidere in modo esplicito:

per me essere in salute vuol dire stare bene. “Star bene” nel senso, dal punto di vista fisico – quindi non avere dolore, non avere... cioè, tanto dolore o comunque fastidi – ma anche dal punto di vista mentale, star bene anche dal punto di vista mentale. Cioè un'associazione dal punto di vista fisico e dal punto di vista mentale (infermiere in servizio presso il DEA).

“Essere in salute”, intanto, è un benessere in primis dal punto di vista psicologico. Perché comunque un benessere mentale, un equilibrio mentale, ti aiuta ad affrontare anche eventuali malanni fisici (infermiere in servizio presso il Dipartimento Materno-Infantile).

Non mancano rappresentazioni positive della salute, intesa come la capacità o possibilità di esprimere il proprio potenziale, che si intersecano con elementi di carattere soggettivista:

Eh, stare bene: che cosa vuol dire? Poter godere appieno della vita! Perché salute vuol dire anche comunque anche salute psichica, quindi stare in equilibrio. È la salute quella che condiziona tutta la tua vita, tutto il tuo mondo, tutta la tua giornata (infermiere in servizio presso il DEA).

Ma la salute è stare bene sotto tanti punti di vista, sia a livello fisico, che a livello mentale. Appunto riuscire a fare le tue cose, a vivere la tua vita. Perché, ad esempio, tante persone che sono in salute, ma hanno anche tanti altri tipi di disagi. Quindi secondo me la salute è tutto un insieme, cioè esser proprio in grado di avere tutte le varie componenti: cioè la salute fisica, la salute mentale, le opportunità per vivere la tua vita. Secondo me quello ti dà il concetto di salute (infermiere in servizio presso il DEA).

Questa seconda testimonianza è particolarmente interessante poiché ci pare, in ultima analisi, intrinsecamente contraddittoria. Infatti, pur facendo riferimento e veicolando una rappresentazione della salute di stampo soggettivo, basata su un insieme complesso di elementi non esclusivamente fisici, contemporaneamente sembra andare nella direzione opposta – «tante persone che sono in salute, ma hanno anche tanti altri tipo di disagi» – a dimostrazione di come nel professionista sanitario possa non essere del tutto consolidato il superamento di approcci strettamente biomedici basati sul concetto di *disease*.

Gli ultimi due testimoni, benché in modo piuttosto implicito, sembrano prestare una certa attenzione alla sfera sociale dell'individuo, affermando che il soggetto in salute è quello in grado di 'essere presente', di agire in modo consapevole. Ad essere più raramente evocate, invece, sono le determinanti sociali della malattia, così come una

rappresentazione della salute che la consideri come la capacità di esigere il proprio diritto di accesso alle cure (Fassin 1996). Più in generale, gli aspetti sociali della salute vengono presi in considerazione sporadicamente e con maggiore difficoltà. Quando questo avviene, però, il testimone sembra dimostrare un certo grado di consapevolezza:

Secondo me essere in salute significa stare bene sia dal punto di vista fisico che dal punto di vista psicologico ma anche allo stesso tempo sociale perché comunque secondo me una persona che stia bene in salute, che comunque diciamo che dal punto di vista psicologico sia diciamo nelle condizioni ottimali, però poi all'interno della società non è integrata o comunque non ha una rete di sicurezza, diciamo non si trova cioè in una condizione di salute secondo me (studente del primo anno).

Abbiamo anticipato come un certo grado di variazione nelle rappresentazioni – e di conseguenza del proprio posizionamento personale – dipenda dallo specifico contesto all'interno del quale si presta servizio. Particolarmente significativa la testimonianza di una professionista attualmente in servizio presso il reparto di maternità dopo aver lavorato per molto tempo nel reparto di terapia intensiva neonatale, che esplicita come proprio il cambiamento professionale imponga una riconfigurazione delle proprie categorie e rappresentazioni:

al nido non c'è la patologia, al nido c'è un bambino fisiologico, per cui si lavora con persone sane, che fanno un percorso... una tappa, della vita della mamma, della donna, ma fisiologico [...] è completamente diverso da quello che è la terapia intensiva dove non esiste neonato sano. Quindi, all'inizio, tornare da un patologico al sano... come dire... bisogna ricordarsi che i bambini sono sani e non andare a cercare una patologia in un bambino sano. C'è un po' questo passaggio da fare – si recupera in un niente – perché dopo anni di bambino malato ti sembra che i bambini debbano essere tutti malati.

Dalle interviste realizzate con personale infermieristico impiegato nei servizi territoriali e domiciliari emerge invece come chi lavora sul territorio abbia maggiore accesso alla dimensione sociale dell'esperienza della persona assistita e di conseguenza sia tendenzialmente più consapevole degli aspetti sociali delle dinamiche di salute e malattia. Inoltre, avendo a che fare frequentemente con patologie croniche, si allontana con maggior nettezza da posizioni strettamente neutraliste:

secondo me essere in salute è un insieme di cose, non è solo l'assenza di malattia, perché a volte anche comunque essendo presente la malattia... cioè la persona può viverla in un modo sereno. Quindi è tutto un insieme, un benessere comunque soprattutto psicologico secondo me, un benessere anche a livello di affetti, a livello familiare [...] C'è anche un benessere psicologico in cui uno può essere sereno nonostante magari ci sia una malattia cronica, però se è sereno lo aiuta magari ad affrontarla con delle strategie migliori (infermiere in servizio nelle cure territoriali).

Un elemento che accomuna la quasi totalità delle interviste è un livello piuttosto basso di attenzione e consapevolezza circa le variabilità culturali delle definizioni connesse alla sfera della salute, soprattutto in riferimento alla relazione di cura con persone assistite che esprimono immaginari differenti. L'ipotesi che possano esserci molteplici rappresentazioni culturali del corpo, della salute e della malattia viene presa in considerazione raramente e, in questi casi, si esprime preoccupazione perché questa diversità può determinare scarsa adesione dell'assistito alle richieste dell'infermiere.

Queste osservazioni confermano un ultimo aspetto su cui ci preme concentrarci. Nel descrivere la relazione di cura, e il proprio ruolo, i testimoni utilizzano una retorica che, con gradi diversi di consapevolezza, rimanda all'ambito dell'asimmetria e delle relazioni di potere, che appaiono centrali nello strutturare la relazione cura, ma – di nuovo – con modalità completamente diverse a seconda del contesto sanitario. In particolare, emerge una significativa differenza fra le cure territoriali e la dimensione ospedaliera. Nelle cure territoriali, infatti, non solo l'asimmetria, che in ospedale è a favore del professionista sanitario, si riduce, ma spesso viene descritta dall'operatore una dinamica del tutto opposta:

In ospedale la grossa differenza è che diciamo che il paziente è ospite nel tuo ambiente professionale. E il parente ancora più ospite quindi ci sono tutta una serie di regole da seguire e loro è normale che non si sentano a casa loro, perché non sono a casa loro. Sul domicilio cambia diametralmente questa cosa perché siamo noi ospiti a casa loro (infermiere in servizio nelle cure territoriali).

Non è forse un caso che proprio questo ribaltamento, e la riduzione dell'asimmetria che comporta, sia presentato da un testimone, con le parole del quale vogliamo chiudere questo nostro contributo, come un fattore positivo nel dare origine a una relazione di cura in cui il professionista infermiere assume infine un ruolo di promozione attiva nei confronti della – e insieme alla – persona assistita:

mi piace entrare in casa con un senso diverso, perché comunque il rapporto in ospedale è molto diverso rispetto al territorio, sia con la famiglia che con il paziente. Il paziente a livello ospedaliero è in un ambiente non suo, quindi sta un po' alle regole della struttura, mentre invece a casa secondo me esprime maggiormente alla fine i suoi bisogni, le sue cose, e tra l'altro puoi vedere com'è anche nel contesto familiare. L'infermiere è un po' più ospite rispetto all'ospedale e secondo me partecipa anche di più al percorso di cura rispetto invece all'ambiente ospedaliero (infermiere in servizio nelle cure territoriali).

5. Conclusioni

L'analisi delle testimonianze raccolte nella fase di ricerca del progetto *SALINTER* circa la rappresentazione della salute e le retoriche del lavoro di cura veicolate dal discorso dei rappresentanti del personale infermieristico intervistato consente di rilevare la presenza, all'interno di quest'ultimo, di una serie di implicite prese di posizione sul piano filosofico, di cui gli stessi soggetti intervistati sembrano essere solo parzialmente consapevoli. Tali differenti concezioni della salute si sono rivelate ricche di conseguenze, da parte dei soggetti intervistati, anche sul piano dell'auto-rappresentazione di sé e del proprio ruolo all'interno della relazione di cura, la cui complessità sembra emergere all'interno di retoriche che sottolineano l'ambivalenza della distinzione di ruoli di cui sono portatori i soggetti coinvolti.

La collaborazione interdisciplinare tra la riflessione filosofica e l'indagine antropologica si è dimostrata efficace nella proposta di un quadro ermeneutico che, pur nella sua semplicità, ha fornito una guida all'analisi delle retoriche e delle rappresentazioni ricche e complesse dei professionisti sanitari e i risultati ottenuti appaiono promettenti in riferimento a nuove possibili linee di indagine. In particolare, ci sembra emergano almeno due piste di indagine che certamente meritano di essere approfondite. In primo luogo, infatti, i risultati del lavoro di ricerca sul piano delle pratiche e delle rappresentazioni costituiscono una prima fase dell'indagine e necessiteranno, in ulteriori proposte progettuali su cui il gruppo di ricerca intende concentrarsi, di essere 'messi alla

prova' da una indagine etnografica sul terreno, in modo da verificare se vi sia una sostanziale corrispondenza fra tali *retoriche* e le *pratiche* osservabili in ambito clinico, oppure se al contrario si evidenzino degli elementi di maggiore complessità e di potenziale contraddizione fra i due livelli. In secondo luogo, dall'analisi delle interviste condotte appare interessante comprendere meglio la funzione e il ruolo giocato, nella costruzione delle autorappresentazioni degli infermieri, dagli altri attori in gioco nei diversi contesti di cura: dai medici agli operatori socio-sanitari, dai famigliari del paziente a eventuali altre figure di assistenza e di *care giving*. Una migliore comprensione delle complesse dinamiche relazionali, nonché delle rappresentazioni e delle retoriche sulle quali queste si innestano, potrà, infatti, fornire utili elementi a future proposte concrete di policy che intendano integrare maggiormente i diversi servizi e le diverse professioni del lavoro di cura, sia in ambito territoriale, sia in una prospettiva più ampia.

Bibliografia

Binswanger, Ludwig (1942), *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*, Niehans, Zurich.

Boorse, Christopher (1977), «Health as a Theoretical Concept», in *Philosophy of Science*, vol. 44, n. 4, pp. 542-573.

Boorse, Christopher (1997), *A Rebuttal on Health*, in Humber, James M. e Almeder, Robert F., eds, *What is Disease?*, Humana, Totowa 1997, pp. 1-134.

Canguilhem, Georges (1966), *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris (*Il normale e il patologico*, trad. it. di D. Buzzolan, Einaudi, Torino 1998).

Fabrega, Horacio (1979), «The Scientific Usefulness of the Idea of Illness», in *Perspectives in Biology and Medicine*, n. 22, pp. 545–558.

Fassin, Didier (1996), *L'espace politique de la santé*, PUF, Paris.

Gadamer, Hans-Georg (1993), *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, SurkampVerlag, Frankfurt (*Dove si nasconde la salute*, ed. it. a cura di A. Grieco e V. Lingiardi, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994).

Gilligan, Carol (1982), *In a Different Voice*, Harvard University Press, Cambridge (MA) (*Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, trad. it. di A. Bottini, Milano, Feltrinelli).

Giroux, Élodie (2010), *Après Canguilhem. Définir la santé et la maladie*, PUF, Paris.

Giroux, Élodie (2019), *Naturalism in the Philosophy of Health. Issues and Implications*, Springer, Dordrecht.

Good, Byron J. (1994), *Medicine, Rationality, and experience: An Anthropological Perspective*, CUP, Cambridge.

Hausman, Daniel (2015), *Valuing Health: Well-Being, Freedom, and Suffering*, Oxford University Press, New York.

Hofmann, Bjørn (2002), «On the Triad Disease, Illness, and Sickness», in *Journal of Medicine and Philosophy*, n. 27, pp. 651-673.

Jaspers, Karl (1913), *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin, Springer (*Psicopatologia generale*, trad. it. di R. Priori, Il Pensiero Scientifico, Roma 1964).

Kleinman, Arthur (1978), «Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems», in *Social Science & Medicine*, 12 (2B), pp. 85-95.

Kleinman, Arthur (1988), *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*, Basic Books, New York.

Lingua, Graziano (2018), *Essere nella norma o essere normativi? Riflessioni sulla distinzione tra salute e malattia a partire da Georges Canguilhem*, in Vissio, Gabriele, a cura di, *Terapie dell'umano. Etica, filosofia e cultura della cura*, ETS, Pisa 2018, pp. 87-100.

Pilotto, Stefano (2015), «Quale normatività? Vita e malattia fra naturalismo e antiriduzionismo», in *Lessico di Etica pubblica*, n. 1, pp. 75-84.

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

Quaranta, Ivo e Ricca, Mario (2012), *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Ricoeur, Paul (1990), *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris (*Sé come un altro*, ed. it. a cura di D. Iannotta, Jaca Book, Milano 2016).

Severi, Ivan e Tarabusi, Federica (2019), a cura di, *I metodi puri impazziscono. Strumenti dell'antropologia e pratiche dell'etnografia al lavoro*, Licosia Edizioni, Ogliastro Cilento.

Stegenga, Jacob (2018), *Care and Cure. An Introduction to Philosophy of Medicine*, The University of Chicago Press, Chicago and London.

Tronto, Joan (1993), *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*, Routledge, New York (*Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, trad. it. di N. Riva, Diabasis, Parma 2006).

Wolfe, Charles, Penoncelli, Matteo, Young, Andy (2020), *What Kind of Vitalism in The Normal and the Pathological*, in Pierre-Olivier Méthot, a cura di, *Vital Norms: Canguilhem's The Normal and the pathological in the Twenty-First Century*, Hermann, Paris, pp. 223-254.

World Health Organisation (1946), *Constitution of the World Health Organisation*, Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006, New York, from who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

Young, Allan (1982), «The Anthropologies of Illness and Sickness», in *Annual Review of Anthropology*, vol. II, n. 257, pp. 257-285.