

# Figure della cura. Un approccio antropologico alla formazione per operatori sanitari a partire dalla letteratura: Walter Benjamin, Thomas Mann

Matteo Canevari



## Narrare i gruppi

*Etnografia dell'interazione quotidiana, prospettive cliniche e sociali, design* - vol. 15, n° 2, dicembre 2020

ISSN: 2281-8960

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)

Titolo completo dell'articolo	
<b>Figure della cura. Un approccio antropologico alla formazione per operatori sanitari a partire dalla letteratura: Walter Benjamin, Thomas Mann</b>	
Autore	Ente di appartenenza
<b>Matteo Canevari</b>	<i>Università degli Studi di Pavia</i>
Pagine 259-290	Publicato on-line il 15 giugno 2020
Cita così l'articolo	
<b>Canevari, M.</b> (2020). Figure della cura. Un approccio antropologico alla formazione per operatori sanitari a partire dalla letteratura: Walter Benjamin, Thomas Mann. In <i>Narrare i Gruppi</i> , vol. 15, n. 2, dicembre 2020, pp. 259-290 - website: <a href="http://www.narrareigruppi.it">www.narrareigruppi.it</a>	

#### IMPORTANTE PER IL MESSAGGIO CHE CONTIENE.

Questo articolo può essere utilizzato solo per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato. Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata. L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

## gruppi nella formazione

**Figure della cura.** *Un approccio antropologico alla formazione per operatori sanitari a partire dalla letteratura: Walter Benjamin, Thomas Mann*

Matteo Canevari

### *Riassunto*

L'articolo si focalizza sull'integrazione tra approccio narrativo e approccio drammaturgico nella formazione dei professionisti della cura con la pratica laboratoriale. Il punto di partenza del laboratorio sono alcuni passi scelti delle opere di Walter Benjamin e Thomas Mann, condivisi durante una prima fase narrativa. In un secondo momento, i partecipanti si scambiano le loro personali storie di cura e malattia, che saranno poi messe in scena in brevi *performances*. Idea chiave è che l'approccio performativo all'immaginario di malattia ne sviluppa la presa di coscienza in modo efficace per dare forma al vissuto e renderlo più gestibile, coinvolgendo il corpo in azione. L'emersione degli immaginari inoltre arricchisce il patrimonio di conoscenza del ricercatore sul campo, sensibilizzando anche l'istituzione sanitaria.

*Parole chiave:* medicina narrativa, performance, antropologia, immaginario di malattia

### ***Cure figures.***

*An anthropological approach for healthcare professionals from the literature: Walter Benjamin, Thomas Mann*

### *Abstract*

The article focuses on the integration between narrative and dramaturgical approaches to the training of health care professionals. The starting point will be some selected literary passages by Walter Benjamin and Thomas Mann. Following the sharing and discussion of these passages in a workshop, participants will be encouraged to relate their own autobiographical stories of disease and treatment in the form of short performances based on that. My idea is that tackling the imagination of disease and treatment in a performative way, involving the body directly in action, can help to shape emotional responses and enhance resilience. The workshop will be useful both as a training for health workers and as fieldwork on the imagining of disease for researcher.

*Keywords:* narrative medicine, performance, anthropology, imagination of disease.

### 1. *Il senso della malattia come situazione-limite*

La malattia è una esperienza-limite per l'esistenza dell'essere umano. Il malato è un essere liminale, collocato in una terra di mezzo tra la vita e la morte, la cui esistenza esposta al rischio più di ogni altra può basculare verso un polo o verso l'altro, essendo aperta all'incertezza del possibile nell'indeterminazione connaturata a qualunque prognosi (Augé, 1986: 33-51). Posto a metà tra rinascita e catastrofe, il malato è sempre scosso dagli affetti più disparati e per questa ragione ciò che è affine al suo mondo è circondato da un'aura intensa di emozioni che lo accompagna. Ospedali, strumenti di cura, farmaci, medici, infermieri, parenti e altre figure di curanti non sono mai banalmente solo se stessi, ma invece sono sempre anche personaggi di un dramma, sono luoghi topici, sono oggetti dotati di poteri misteriosi, sono sostanze dalle virtù magiche. In un contesto dato, essi condividono col malato un orizzonte immaginario di riferimento, che li unisce in un destino comune e li lega in una relazione originaria (Quaranta, 2012: 274). La malattia è una situazione-limite (Jaspers, 1919) perché colloca l'uomo in quella dimensione esistenziale che più di ogni altra lo rende consapevole della sua condizione di finitudine, lo confronta col proprio limite ontologico, lo consegna al suo essere-per-la-morte (Heidegger, 1971: 284-311). Dunque, racchiude in sé un portato di verità, di vera e propria rivelazione sull'uomo e il suo destino nel mondo, che merita di essere colto da uno sguardo attento alla dimensione umana di quella esperienza di dolore e sconcerto, ma anche di speranza e di amore.

La malattia propria, di un caro o di una persona assistita può gettare nel disorientamento della crisi della presenza (De Martino, 2011: 89-98; Le Breton, 2006), che si accompagna al sentimento del venir meno della propria capacità di autodeterminarsi e di agire efficacemente nel mondo; la debolezza, la condizione di prostrazione associata al disagio e al disturbo limitano l'*agency* individuale, costringendo la persona alla pausa, all'attesa, al rinvio e alla speranza. Ciò vale, in primo luogo, per il sofferente, ma in seconda battuta anche per i *care-givers* di varia natura, che sono continuamente esposti all'esperienza del limite della propria azione. La perdita di efficacia del corpo ne riduce la presa sul mondo, e quindi aggredisce, via via, secondo gradi e declinazioni diverse, caso per caso, ma in maniera comune, il senso che questo mondo ha per la persona. Un mondo che la persona vede svanire nella sua normalità quotidiana e ripresentarsi sotto forme distorte e a volte perdere del tutto il proprio significato.

L'angoscia, sentimento esistenziale per eccellenza che accompagna le situazioni-limite, dà alimento a ogni sorta di immaginazione, che va a comporre il repertorio dell'immaginario della malattia, nel quale tutti gli attori della cura sono loro

malgrado coinvolti, che ne siano coscienti o meno, come in una sorta di semiosfera<sup>1</sup> nella quale sono immersi, un ambiente di significato che indirizza la loro azione e determina la loro precomprensione del mondo. La malattia è una crisi, nel senso greco del termine, che la intende come passaggio e trasformazione, declino di un certo ordine delle cose e apertura verso l'incertezza di una diversa disposizione. Di tale crisi è, in primo luogo, protagonista o vittima il malato, costretto ad accettare l'idea di doversi dare una nuova identità, ma anche coloro che lo seguono sono chiamati a stare in prossimità della crisi e a prendere parte nella trasformazione. Assumendosi anche l'onere di un attraversamento incerto del territorio inusuale che la malattia rappresenta. E quindi il processo della malattia interessa anche l'identità dei prestatori di cure, che può venire messa in discussione, come accade per il malato. L'assenza di attenzione al disagio degli operatori può gettare nella sofferenza dell'anomia, che affligge spesso queste persone nel loro percorso professionale e umano. Alla malattia è dunque legata una domanda di senso che intende colmare il vuoto aperto da un corpo che funziona male e mal s'adatta al mondo, così come di norma è dato, e da una vita che rischia di sfaldarsi.

## 2. Uscire insieme dalla crisi

Tutte le società hanno avvertito la rilevanza dell'aspetto di catastrofe della malattia e hanno provveduto a elaborare degli immaginari collettivi di riferimento, che rendono possibile, accettabile, sopportabile, vivibile e comprensibile la transizione esistenziale che essa rappresenta, sia nella sua dimensione privata, sia in quella pubblica. L'immaginario di malattia non esclude nessuno e riguarda invece tutti, a partire dal fatto che la malattia è un'esperienza fondamentale dell'esistenza: nessuno ne è immune sia come malato sia come persona che assiste un malato. Chiunque può raccontare un vissuto di malattia, di fragilità, di debolezza, di impotenza e di riscatto di fronte al male, poiché l'esperienza del limite e del suo (temporaneo) superamento è costitutiva dell'essere umano.

Inoltre, è corretto partire dall'ipotesi che in ogni contesto culturale esiste una sorta di repertorio di archetipi collettivi dell'immaginario di malattia attraverso il quale tutti pensano, interpretano, danno senso alla malattia, affrontandone le sfide. Portare a coscienza e allargare questo patrimonio di sapere, che pertiene alla dimensione umana della sofferenza più che al trattamento terapeutico del corpo, in quanto oggetto biologico, fornisce una risorsa strategica per vivere la realtà della

---

<sup>1</sup> La *semiosfera* – è un concetto proposto dal semiologo russo Jurij Lotman e si riferisce allo spazio nel quale i diversi sistemi di segno e significato di in una cultura come la lingua, l'arte, le scienze, eccetera, possono coesistere, ma ancor più generare nuove informazioni.

cura in maniera efficace e proficua. Esso è un mezzo per schivare la doppia trappola costituita, da un lato, dall'eccessivo distacco professionale, che rischia di risolversi in una negazione della persona, anche di quella dello stesso *care-giver*, e dall'altro dall'adesione empatica alla condizione del sofferente. Infatti, senza alcuna rielaborazione del vissuto, viene meno una distanza oggettiva, attraverso la quale ci si libera dal potere soggiogante della malattia, come accade per gli spiriti dei morti di molte tradizioni, che continuano a perseguitare i vivi. In questa direzione, il rifiuto della dimensione umana della cura, o la repressione del vissuto angosciante che essa suscita, negano, innanzitutto, l'umanità di chi cura, ancora prima di quella di chi è curato, e ciò non si produce senza danno per la salute di entrambi (Zannini, 2011; Iori, 2009). E quindi una maggiore *expertise* delle dinamiche immaginative attivate dalla relazione con la malattia non può che avere un effetto positivo in tutte le dimensioni implicate nella cura stessa.

Possiamo quindi affermare che la condivisione degli immaginari individuali e collettivi del mondo della malattia è di per sé un atto curativo (Foucault, 1984), perché restituisce senso e quindi possibilità d'azione a coloro che vi prendono parte, mitigando, arginando, padroneggiando e, al limite, eliminando il sentimento d'angoscia che la malattia risveglia, in quanto esposizione alla mortalità umana. Non trascurabile nell'attività di condivisione degli immaginari è anche lo scambio di conoscenze e di strategie d'azione che si sono rivelate efficaci nella cura di sé e dell'altro, sia a livello concreto che a livello simbolico. Non solo, ma la condivisione apre alla consapevolezza che la malattia e la cura non hanno solo a che fare con scenari angoscianti, ma presentano anche altre possibilità di senso, portano con sé immaginari poetici, amorosi, pietosi e diversi altri, per tacere della dimensione del sacro, strettamente legata alla malattia. Narrare e agire performativamente questi immaginari – e i due aspetti sono più legati di quanto non si creda – sono modi per condividere il senso umano che la malattia ha, per sviluppare la sensibilità verso la persona e il suo vissuto, elemento rilevante per l'efficacia della relazione di cura (Lupo, 2014: 117-118; Lévi-Strauss, 1949). L'attività laboratoriale dedicata alla narrazione e alla messa in opera degli immaginari di malattia e di cura può essere quindi un'occasione di riscoperta di un'umanità sopita e negletta, momento di una fioritura che aiuta tanto chi soffre quanto chi assiste. Già la sola partecipazione a un gruppo in cui lo scambio di conoscenze va di pari passo con lo scambio affettivo ha di per sé un effetto terapeutico (Moreno, 1924; Moreno, 1934), o di miglioramento delle condizioni di vita e di uscita dall'isolamento emotivo in cui tanto il malato, quanto il curante possono cadere, a detrimento del loro percorso di cura.

La pratica della narrazione aggiunge al funzionamento delle comuni dinamiche di gruppo un aspetto in più; raccontare è una messa in forma dell'esperienza, che le dà senso sia ordinandola temporalmente sia facendone emergere gli aspetti di valore come momenti di snodo nell'evoluzione di un'identità, che si costruisce progressivamente attraverso l'intreccio della trama (Ricoeur, 1985). Il racconto letterario non fa eccezione in questo senso, anzi rappresenta il modello eminente di ogni narrazione e dunque può fungere tanto da riferimento per comprendere la propria esperienza quanto da confronto critico per posizionare se stessi e di qui prendere la parola e narrare la propria storia. Nella letteratura sono ampiamente sviluppati alcuni degli archetipi dell'immaginario collettivo di malattia, che costituiscono lo sfondo sul quale si forma la nostra comprensione collettiva del mondo della cura, dei suoi attori, dei suoi luoghi, dei suoi simboli e degli affetti molteplici che vi sono implicati (Buttitta, Buttitta, 2018). La narrazione però, a differenza del racconto letterario, non è lavoro solitario, ma impresa collettiva e, in un certo senso, artigianale, che restituisce anche il romanzo alla dimensione della vita nella sua concreta materialità di suono, voce, gesto e mimo. La vera narrazione è un'esperienza nel senso che Walter Benjamin dà alla parola *Erfahrung*, contrappo- nendola alla più comune *Erlebnis* (Somaini, 2018: 44-45). A differenza di quest'ultima, l'*Erfahrung* non è un vissuto istantaneo che colpisce come uno *choc*, provocando l'intensificazione del sentimento vitale, ma una distesa rammemorazione, che mette in contatto con la propria memoria profonda e quanto vi è depositato nella sua stratificazione abissale. La narrazione fa riemergere in noi il ricordo involontario, analogo all'epifania della *madeleine* di Proust, che compone la nostra esperienza vitale in un flusso ininterrotto, costituendoci nella nostra identità intima, sempre mutevole e sempre simile a se stessa. La storia di un altro diviene così anche la nostra storia, in virtù del suo potere evocativo e si intreccia in modo indissolubile alla nostra stessa vita, in un *continuum* inestricabile di memoria ed esperienza (Bergson, 1889). La pagina di romanzo narrata in un gruppo diviene occasione per la riemersione del vissuto di malattia che ciascuno porta in sé, che quindi può essere riconosciuto, espresso, condiviso e rielaborato in un circolo virtualmente infinito di creazione di significati sempre nuovi, originali e diversi per ognuno. Ogni produzione di senso si muove all'interno di un circolo ermeneutico; così gli esempi letterari possono costituire il terreno di significato dal quale partire per comprendere l'esperienza individuale, attraverso la condivisione narrativa delle storie di cura e degli immaginari che esse suscitano.

Ma la narrazione non è mai solo un fatto verbale; essa è per sua stessa natura un atto performativo e con la *performance* mantiene un legame originario (Bergson 1938; Cometa, 2017). Nella narrazione il gesto e la parola cooperano a produrre

l'effetto della storia. Il corpo non è puro recettore silente e passivo, ma una presenza al e nel mondo, che si proietta nella realtà evocata dalla storia con l'insieme della sua intenzionalità (Merleau-Ponty, 1945), seguendo, anticipando, sostenendo la finzione anche quando è apparentemente immobile.

La drammatizzazione attiva diviene così l'esito naturale della narrazione, perché permette di dare sostanza all'immaginario, mettendo in azione il corpo, che rende presente quanto la sola narrazione verbale ancora teneva a distanza, in un mondo degli spiriti posto in un altrove. Col teatro e nel teatro, gli spiriti divengono reali, occupano lo spazio della quotidianità, pretendono di essere riconosciuti e nominati. I fantasmi della mente interagiscono direttamente con noi nella *performance*, interpellano la nostra materialità affettiva e sensibile e si trasformano quindi in realtà prossime e gestibili, risultando meno angoscianti e minacciose (Beneduce, 2002).

Potremmo dire che attraverso la tecnica della drammatizzazione teatrale il potere dei fantasmi torna in nostro possesso; non sono più loro a possederci, ma al contrario è l'individuo che ne può disporre come meglio crede, recuperando così a livello simbolico l'*agency* che la condizione di disagio gli aveva tolto.

Il lavoro sul corpo, sulla voce, sulle azioni fisiche, sul testo letterario e sul testo di una narrazione personale nel laboratorio teatrale, allora, a seguito della prima fase dedicata alla narrazione, si presenta come il dispositivo esperienziale (Agamben, 2006) adatto per condividere e rielaborare in forma attiva gli immaginari di cura e di malattia suscitati dagli archetipi letterari raccontati nella prima parte. Esso è un luogo incantato, in cui tutto è vivo e attivo, persone, oggetti, entità immateriali, spazi, segni e sostanze, che contribuiscono a materializzare l'immaginario mentre agiscono concretamente sul soggetto, indirizzandone le possibilità d'azione e di comprensione del suo mondo (Latour, 2005). In questa sua dimensione attiva, lo spazio vivente del laboratorio riproduce il punto di vista sul mondo del malato (ma anche dell'operatore, in certa misura), per il quale l'intera realtà in cui si colloca la sua esperienza è impregnata di affetti, di passioni, di volizioni, di aspettative, di delusioni e di speranze, molto più intensi di quanto non avvenga di consueto, che favoriscono o ostacolano il percorso di guarigione con la loro azione (Canevari, 2001).

Nel mondo magico del paziente, carico di immaginazione, spazi, oggetti e strumenti sono tanto animati quanto le persone e come tali si relazionano al malato. Essi agiscono in base a scopi e fini nascosti, che l'azione drammatica può rivelare e portare a coscienza, animando sulla scena quegli stessi oggetti solitamente inerti, ma immaginativamente pluripotenti (Mauss, 2000: 74-79; 109-124).

Il percorso attraverso la letteratura che propongo inquadra alcune tematiche chiave della narrazione di malattia in due autori - Walter Benjamin e Thomas Mann - e le declina sotto forma di spunti per un lavoro collettivo di condivisione per infermieri e professionisti sanitari, volto alla messa in forma dei loro immaginari e delle loro esperienze di malattia, che si sviluppa anche in forma laboratoriale e performativa, seguendo un approccio antropologico alla dimensione culturale delle *medical humanities*.

### 3. Benjamin, ovvero dell'esperienza originaria di malattia

Vi è per tutti una prima volta in cui siamo stati malati e coincide solitamente con le malattie dell'infanzia. I periodi nella nostra vita di bambini in cui siamo stati malati formano un tutt'uno nella nostra memoria di adulti e costituiscono la matrice originaria attraverso la quale viviamo tutte le successive esperienze di malattia. Le malattie dell'infanzia godono di un primato, non solo temporale ma di senso, che determina la nostra comprensione adulta del disagio morboso. Esse condensano in sé, in maniera al tempo stesso potenziata e addolcita, buona parte degli aspetti che caratterizzano tutte le malattie, sia dolorosi che gioiosi, sia di solitudine davanti al male che di sollecitudine da parte di figure amoroze che si occupano di noi. Va da sé che questo discorso si riferisce ad una condizione ideale, che vale normalmente e per lo più, trascurando quindi tanto le esperienze di sofferenza grave, che possono affliggere anche i bambini, quanto le situazioni di disagio e abbandono nelle quali l'infanzia può trovarsi. Nel nostro caso, ci riferiamo a esperienze comuni come la prima influenza o le malattie infettive tipiche della prima infanzia, lontane dagli eccessi, ma che proprio per la loro mediocrità sono anche le più diffuse e condivise.

Sono queste anche le esperienze su cui si sofferma Walter Benjamin nella sua narrazione per episodi e momenti topici della sua fanciullezza in *Infanzia berlinese intorno al millenovecento*, che alcuni autori considerano "un libro che offre nello specchio dell'esperienza infantile la più efficace introduzione ai motivi fondamentali del pensiero benjaminiano nel suo complesso" (Pinotti, 2018: 86). Benjamin considera l'infanzia e il rapporto che l'adulto ha con essa una vera fonte d'esperienza nel senso di *Erfahrung* che mette in contatto con la propria memoria profonda, che abbiamo già ricordato, e dunque rientrare in contatto con questa sorgente inesauribile di sensazioni, ricordi, emozioni, immagini e fantasie anche rispetto alla malattia è per l'adulto motivo di crescita nella comprensione di sé e degli altri. Ciò vale anche per l'esperienza di malattia, a cui Benjamin dedica una breve memoria narrativa nel capitolo intitolato *Febbre*, nel quale un bambino malato viene accudito da una madre che

gli racconta delle storie. La lettura di questo breve testo mette in luce alcuni motivi fondamentali dell'esperienza di malattia. Luoghi, situazioni, persone, fantastiche-rie legate al periodo di malattia del bambino vi sono presentati come scoperte che avvengono per la prima volta o come attese che si ripresentano sempre uguali. L'inizio della malattia si annuncia per segni progressivi, *“con qualche chiazza sulla pelle, con un malessere”* (Benjamin, 2001: 31) che impediscono le consuete attività e obbligano a riflettere su quanto sta accadendo, ad immaginare il futuro che si prepara. Il tempo si ferma insieme con l'arresto delle nostre attività e la mente si rappresenta lo scenario a venire: *“nel pensiero già mi figuravo il cucchiaino, il bordo gremito delle esortazioni di mia madre, e come, dopo essere stato dapprincipio avvicinato cautamente alle mie labbra, all'improvviso facesse prorompere la sua vera natura, versandomi impietosamente in gola l'amara medicina”* (Benjamin, 2001: 30). L'annuncio della malattia popola il futuro di figure, di gesti di cura, di situazioni, di luoghi, di oggetti e di sostanze, che sono anticipati nell'immaginario, prima di essere conosciuti nella realtà. Anche l'immobilismo a cui costringe la degenza inizialmente si presenta alla mente come domanda angosciata su quanto a lungo ancora si sarà in possesso delle proprie capacità, e si pregustano i piaceri della pausa obbligata. Il tempo cambia, improvvisamente precipita, gli avvenimenti accelerano nella direzione della malattia, e allo stesso modo si ferma, nella sospensione imprevista delle attività quotidiane. Non c'è più tempo per pensare alle solite cose, si hanno da fare cose più importanti, come attendere l'arrivo della malattia con la visita del medico, che la diagnostica e prescrive la terapia. *“Era come se la malattia fosse abituata a pazientare sino a quando il medico non le avesse procurato un alloggio”* (Benjamin, 2001: 30). Il momento della diagnosi medica e della prognosi è un evento solenne, che segna l'ingresso ufficiale della persona nel mondo dei malati e come tale è vissuto dal paziente. La malattia infantile porta con sé insegnamenti e persino doni, che potremo ritrovare nella futura attitudine dell'adulto verso la vita: l'immobilità a cui costringe obbliga alla pazienza, all'attesa, alla sospensione del tempo quotidiano in favore di una durata diversa, più lenta, dilatata, placida e calma, in cui apparentemente non accade nulla. La malattia sviluppa una certa inclinazione alla meditazione, alla contemplazione del mondo, che caratterizza i temperamenti intellettuali. Essa apre l'animo a una diversa, più attenta e profonda conoscenza del reale, che risulta osservato a distanza, e lo educa ad apprezzare il valore dell'attesa come condizione in cui si trova tutto ciò che l'uomo desidera. Scrive Benjamin: *“Sono stato spesso ammalato. Da qui proviene forse quella che altri in me definiscono pazienza, ma che in realtà non assomiglia ad alcuna virtù: la tendenza a vedere tutto ciò a cui tengo avvicinarsi a me da lontano come le ore al mio letto di ammalato”* (Benjamin, 2001: 31-32). Quello della malattia non è dunque un tempo vuoto; privo di avvenimenti, in realtà è pieno di

un senso nascosto, che si avvicina lentamente alla coscienza del malato ed entra in profondità nel suo animo. Il tempo del malato è quello dell'assenza dalla continuità dello scorrimento della vita per ritirarsi in un luogo riparato, riempito da altri eventi che, una volta terminato il periodo di cura, si presentano come una "lunga serie di decorazioni", come apparivano al piccolo Benjamin le ore d'assenza da scuola riportate sulla pagella, "non [...] grigie e monotone come quelle in cui ero stato presente, ma anzi si allineavano come variopinti nastrini sul petto degli invalidi" (Benjamin, 2001: 35). Per il bambino, esse erano i segni che testimoniavano dell'avventura vissuta nel territorio selvaggio della febbre. La malattia sottrae al mondo adulto, che mai si interrompe coi suoi ritmi di lavoro frenetici e sempre uguali, ma riconnette anche con esso in maniera nuova e diversa, pregna di una grandezza che altri non conoscono.

La malattia ha anche i suoi luoghi dedicati, in *primis* il letto. Esso cessa di essere spazio privato come di norma e acquista invece "ruolo e dignità pubbliche" (Benjamin, 2001: 32). Capezzale e sudario, confessionale e salotto, spesso l'intero mondo del malato si riduce ad esso, che però si rivela non essere necessariamente un universo isolato, ma invece attraversato da molteplici presenze (parenti, amici, infermieri, medici), che ruotano attorno ad esso, nelle loro orbite più o meno frequenti, come satelliti intorno al loro pianeta. Il letto del sofferente è un luogo pubblico per eccellenza, di interesse pubblico e aperto verso l'esterno, e con esso il degente stesso assume un nuovo *status*, che inquieta e sollecita chi lo frequenta. Anche il suo corpo vive questa trasformazione in rapporto al fatto che le cure a cui è sottoposto sono di interesse per coloro che lo assistono e a volte sono svolte in presenza di un vero e proprio pubblico partecipante. Delle condizioni del corpo e delle terapie che lo riguardano se ne parla, se ne discute, si confrontano con altri, si valutano e si giudicano, come si critica una qualunque *performance* artistica, danza, teatro o acrobazia.

La malattia presenta i suoi momenti rituali, che sono solenni e ripetitivi come una vera liturgia, il cui modello è la misurazione della febbre durante l'influenza. Momento grave e serio, la lettura della temperatura sul termometro rivela l'evoluzione del morbo e lo stato del paziente, indicandone la prossimità verso la guarigione e quindi la rinascita o, al contrario, la vicinanza con la morte, che è sempre legata alla patologia in quanto sofferenza, per quanto di lieve entità. Il momento della misurazione è carico di significati ambivalenti, di speranza e di timore. Benjamin chiama l'osservazione della linea del termometro a mercurio (fantasma difficile da vedere se non si è esperti nel maneggiare lo strumento) "la posizione del filo della vita", come se ad esso fosse appeso il destino del sofferente: "Due volte al giorno mia madre verificava fino a che punto l'avessi sfiorata [la morte, n.d.a.]. Quindi con il termometro

*si avvicinava circospetta alla finestra o alla lampada, maneggiando il sottile tubetto come se vi fosse racchiusa la mia vita*” (Benjamin, 2001: 33). Il termometro è un oggetto tipico della cura: strumento medico di diagnosi, esso è anche una cosa magica nella percezione del malato che, dall’infanzia in poi, ha imparato ad affidarsi ad esso per conoscere la sua sorte e avere la certezza del suo stato. Il termometro, in questo senso, è una sorta di archetipo di tutta la strumentazione medica, che con esso condivide lo statuto, al tempo stesso, scientifico e mitico nel vissuto del paziente, ma anche in quello delle persone che lo assistono. Vi è stato un tempo, non lontano, in cui l’acquisto e il possesso di un termometro era una cosa seria e rara, che segnava l’ingresso pubblico della persona nella condizione di malato e la presa di coscienza del paziente del suo stato morboso, come ricorda anche Thomas Mann nella *Montagna incantata*. Riconoscere questa dimensione quasi fiabesca, perturbante e immaginifica, degli strumenti medico-diagnostici, che affonda le radici nelle esperienze dell’infanzia, aiuta anche chi cura a entrare in sintonia col paziente, riconoscendone le emozioni, i timori e le aspettative che ripone in essi. Non da ultimo abbiamo le figure dei curanti, innanzitutto la mamma, modello originario dell’assistenza amorosa. Nel racconto di Benjamin, la mamma è la prima ad assistere il bambino malato ed è presente nelle fasi più acute e pericolose del decorso della febbre. Più la situazione patologica è grave, maggiore è l’intimità delle persone che si prendono cura del sofferente. Nella cura vi è un sovrappiù di affetto, che supera la sola pratica medica. La vicinanza col sofferente costituisce parte integrante della cura nella sua connotazione di *to care*, di prendersi cura della sua dimensione umana prima ancora che della sua fisicità animale. La cura ha a che fare con lo stare al mondo dei due soggetti, che vivono l’intimità di un rapporto insostituibile, che si sostanzia in gesti che alleviano e rassicurano, come le carezze, e in azioni che tengono in ordine il mondo fragile del malato, come rifare il suo letto, in modo che sia comodo e accogliente.

Al bambino giacente a letto, avido di storie che possano trascinare via il male, almeno per un momento, i gesti amorosi della madre aprono la strada per superare il dolore. Facendo riferimento al racconto di Benjamin, Michele Cometa scrive che le parole stesse *“per rifluire nel mare dell’oblio e trascinare con sé il dolore hanno bisogno di farsi strada grazie allo scavo profondo e puramente immaginativo che le carezze segnano sul corpo del bambino malato”* (Cometa, 2017: 352).

Il gesto, la carezza ad esempio, è una sorta di anticipazione performativa delle narrazioni a venire, racconto pieno di senso, per quanto privo di parole, ma ciò nonostante assai eloquente. Il primato della carezza rimarca l’insufficienza della sola comunicazione verbale. Al contrario, mette in luce il valore di *“una sorta di gestualità narrativa, in qualche modo pre-verbale, ma fortemente immaginativa”* (Cometa,

2017: 353) che predispone la mente alla potenza della narrazione, come le recenti ricerche delle neuroscienze sul rapporto inscindibile tra gesto e parola confermano.

Un bel giorno la malattia se ne va, ed è una esperienza di rinascita che trasforma di nuovo la percezione del mondo. All'intimità con le persone che hanno seguito le fasi più acute del male, si sostituisce l'impersonalità di figure di curanti neutre e indifferenti, come il personale di servizio o infermieri generici. I legami stretti con gli altri, col luogo della propria degenza, con le profondità del proprio animo, si allentano via via, lasciando il posto alla piattezza della quotidianità. *“L'approssimarsi della guarigione, come la rinascita, allentava legami che la febbre era tornata dolorosamente a rinsaldare”* (Benjamin, 2001: 35). Il ritorno alla normalità è connotato da sentimenti ambivalenti, tanto quanto l'annunciarsi della malattia. Vero momento di rinascita, segna però anche l'uscita da un mondo ristretto e protettivo verso una realtà esigente, rispetto alla quale il paziente guarito si sente attratto e al tempo stesso intimorito. Autentica fase liminale di passaggio (Turner, 1986), la restituzione alla normalità è un momento pregno di senso e delicato, che merita di essere considerato come parte integrante della cura.

#### 4. *Thomas Mann, ovvero della seduzione della malattia*

L'opera di Thomas Mann è una fucina prodigiosa di suggestioni derivate dalle meditazioni dell'autore sulla condizione di malattia. In particolare, *Morte a Venezia* (1912) e *La montagna incantata* (1924) sono due testi incentrati sulla fascinazione che gli stati morbosi suscitano e sul significato esistenziale della malattia, che si estendono fino a comprendere questioni epocali sulla decadenza della società occidentale nel suo insieme. Nella *Montagna incantata* il giovane Hans Castorp, recatosi per un breve soggiorno di tre settimane in visita al cugino malato di tisi, ricoverato presso il sanatorio di Davos-Dorf, finisce per restarvi sette anni, dopo aver scoperto di essere a sua volta affetto dal mal sottile. Lascerà la sua convalescenza alpina solo alla vigilia della Prima Guerra mondiale, che segna la conclusione del racconto. La prima parte del romanzo, dedicata all'arrivo di Hans a Davos fino alla scoperta del male e al suo ricovero, è ricchissima di impressioni del neofita proveniente dal mondo esterno sul microcosmo dei ricoverati e sulla loro condizione. Lo sguardo ingenuo e fresco del giovane ignaro di quel mondo coglie con immediata vivacità una serie di scene, di situazioni, di eventi, di personaggi, che risultano tanto significativi per lui, e per il lettore che lo accompagna nella sua scoperta, quanto sembrano ovvi e insignificanti per il cugino che lo introduce, facendogli da guida, ormai assuefatto a ogni sorta di stranezza di quel piccolo

universo. Hans vive un vero *choc culturale*, preziosa condizione di scoperta dell'in-solito, che risalta rispetto al noto della sua realtà di provenienza, analoga all'esperienza ricercata dall'antropologo sul campo a contatto con la cultura dell'indigeno (Wagner, 1992: 18-24). Il giovane fa esperienza dell'alterità, la stessa alterità che scopre la persona che entra in ospedale, e si accorge così delle stranezze che gli autoctoni nemmeno notano più. Recuperare quello sguardo è un aiuto prezioso per operatori e professionisti sanitari, che possono in quel modo tornare a vedere il loro mondo così come lo osserva chi non vi appartiene, e dunque si orienta male nelle sue logiche e nei suoi codici. Non solo, ma mettendo tra parentesi l'efficacia operativa a cui quel mondo risponde normalmente, lo sguardo antropologico fa emergere significati nascosti e sensi poetici là dove altri non vedono che compiti da eseguire e strumenti da impiegare. Così accade ad Hans e in questa direzione vorremmo orientare la scelta di alcune suggestioni tratte dalla *Montagna incantata*. A differenza di quanto accade con Benjamin, nel caso della *Montagna incantata* non parliamo di brevi periodi di malattia trascorsi a casa durante l'infanzia, ma dell'impressione lasciata dalla lunga degenza di persone adulte. Innanzitutto, la percezione del tempo cambia radicalmente da quelli di fuori ai ricoverati in sanatorio. Sollecitato da Hans, il cugino Johan torna più volte sulla questione, sempre per fargli comprendere che a Davos-Dorf il tempo non è come fuori. Lì si dilata e quasi si annulla con lo svanire delle preoccupazioni del mondo esterno. La vita dell'ospedale alpino appare sprofondata in una dimensione senza tempo, ovvero in una temporalità quasi inumana, più simile alla durata geologica dei fenomeni naturali, a cui il decorso della malattia appartiene, che ai ritmi vitali dell'individuo, cui pertiene invece il sentimento dell'esistenza. Alla baldanzosa considerazione di Hans che, trovando il cugino in forze, lo vedeva di ritorno entro tre settimane, Johan ribatte con disincantato realismo: *“Ah, tu torni a casa col pensiero! Aspetta un poco, sei appena arrivato. Tre settimane non sono quasi nulla per noi quassù, ma per te che sei in visita è un periodo di tempo molto lungo. [...] E... per quanto riguarda ciò che hai detto di me, eh, non va così alla svelta, sai caro. [...] Qui il tempo umano non è calcolato, tu non lo crederesti. Ai loro occhi tre settimane sono come un giorno. Vedrai, vedrai. Imparerai anche tu a conoscere tutte queste cose [...] Qui si cambiano le proprie concezioni”* (Mann, 1930: 11-12). Quello del degente è un tempo immobile o precipitoso, lento o velocissimo, a seconda di come è vissuto, poiché in realtà non passa affatto, esso non esiste davvero, non esistendo per lui la vita con le sue occupazioni, che del tempo sono la sostanza. Esso è come un lungo giorno sempre identico a se stesso, scandito da variazioni minime e privo di eventi, *“un tutt'uno, [...] un 'adesso' che si prolunga”* (Mann, 1930: 203).

La degenza porta con sé una certa *expertise* medica sulla propria condizione, che in fondo è l'unica vera occupazione a cui il malato può e deve dedicarsi. Così Johan spiega con competenza i dettagli della sua condizione polmonare e il possibile decorso della patologia, come faranno anche altri pazienti conosciuti da Hans. La prossimità con la morte provoca anche una disincantata indifferenza, che ad Hans pare strana prima che disgustosa, come quando il cugino gli spiega con naturalezza che d'inverno i morti del sanatorio vengono fatti scendere in bob, come pacchi, poiché le strade sono rese impraticabili dalla neve. Al rimbroto del cugino che lo rimprovera di essere diventato cinico, Johan risponde: *“cinico, per niente affatto [...] Perché, poi? Ai cadaveri la cosa è indifferente. D'altronde può anche darsi che si diventi cinici qui da noi”* (Mann, 1930: 14). Insieme a una certa assuefazione alla morte, la lunga convalescenza porta con sé un senso di estraneità al mondo insieme a un sentimento di appartenenza a una comunità separata ed eccezionale, una sorta di tribù singolare, coi suoi riti e la sua visione del mondo.

I ricoverati condividono tra loro un codice di significati, verbale e di comportamento, che è riconoscibile in tutti gli aspetti della loro vita, che li imbriglia come una rete di significati (Geertz, 1988: 11). Quello dei degenti è un particolare modo di vita, che conforma l'intera esistenza degli individui nella loro identità di pazienti. Hans rimarca subito che il cugino utilizza spesso l'espressione “noi quassù”, come un tratto distintivo e identificante, che lo fa sentire escluso dai segreti di quella vita misteriosa, cui presto però avrà accesso egli stesso. Le stranezze per quelli “di giù” non sono nulla di anormale per quelli di “lassù”. L'esperienza eccezionale vissuta dai tubercolotici ricoverati è analoga a quella dei reduci di guerra, rientrati a casa convinti che certi aspetti della vita possano essere compresi solo da coloro che sono stati al fronte e da nessun altro. Come se nelle esperienze di sofferenza e di atrocità conosciute vi fosse in realtà un senso nascosto, rivelato solo agli iniziati che, dunque, li rende persone speciali e diverse dalle altre. Lo stesso Jaspers riconosce nella malattia, in quanto situazione-limite, il valore di una occasione ineguagliabile di evoluzione della persona, se vissuta in funzione della scoperta di sé e del mondo (Jaspers, 1919).

Del resto, la vita degli ospiti del sanatorio non si alimenta solo di cinismo. Johan non è insensibile alla sofferenza dei suoi compagni, la sente al tempo stesso come prossima e distante da sé, con una oscillazione di sentimenti molto caratteristica. I malati vivono sempre al confine tra un'immotivata euforia, dovuta alla familiarità con la morte che, come in guerra, in fondo libera dalla paura e solleva dai doveri verso il mondo, e la più tetra disperazione, che porta alcuni a meditare anche propositi di suicidio. Hans incontra strane compagnie di giovani pazienti che fanno macabri scherzi col fischio sinistro, proveniente dai polmoni malati,

ridendo divertiti della sua impressione, e tristi personaggi che gli spiegano come impugnare la pistola per spararsi dritto al cuore, quando arriverà il momento. Entrambi i sentimenti fanno parte del modo di vita di quel luogo, al pari della solitudine delle cure, della noia delle attese, della ripetitività delle terapie.

Allo stesso tempo la degenza non è priva di aspetti ambiguamente poetici. Un giorno Hans scorge dalla finestra la figura di una donna anziana che passeggia lentamente nel parco, che a prima vista gli fa un'impressione patetica e sgradevole, *“d'aspetto tetro anzi tragico. Vestiva completamente di nero, con un velo nero attorto intorno ai capelli grigi ed arruffati; si aggirava senza posa, con fretta regolare, a ginocchia piegate e braccia rigide pendenti in avanti, la fronte solcata da rughe, fissando il vuoto”* (Mann, 1930: 45). Ma d'un tratto il suo sguardo la trasfigura, sovrapponendo la sua immagine con *“il ritratto di una celebre attrice tragica”* (Mann, 1930: 45), ed immediatamente la scena rivela la sua poesia. Ad un tratto ad Hans pare che *“la pallida donna in gramaglie, evidentemente senza saperlo, adattasse i suoi passi al tempo della musica che echeggiava su dalla vallata”* (Mann, 1930: 45). Il patetico vagare della donna diventa una danza inconsapevole, facendo risplendere quella scena drammatica di una luce nuova. Saper cogliere, in un attimo di illuminazione, il senso profondo di una situazione di sofferenza può essere il modo per entrare in una relazione diversa, empatica, più profonda e consapevole, con la relazione di cura, smorzandone le asprezze e le asperità dovute all'abitudine.

#### 4.1. Momenti tipici della condizione di malato

Nell'esperienza di ogni malato vi sono alcuni momenti tipici: *in primis* quello della scoperta della malattia e della visita che la conferma, che fanno passare la persona dalla parte degli spettatori del male a quella dei protagonisti.

Vero momento iniziatico, questo evento capitale è affrontato da Thomas Mann in due episodi chiave per l'evoluzione del suo personaggio, che sono *la misurazione solitaria della febbre per la prima volta* e *la visita radiologica* che conferma la presenza del male a livello pubblico. Due oggetti diagnostici sono il simbolo di questa mutazione nell'esistenza: il termometro e le lastre radiologiche. La malattia polmonare si manifesta in Hans per piccoli segni progressivi: un po' di sangue dal naso, che macchia il fazzoletto, qualche colpo di tosse attribuito all'acclimatamento nell'aria di montagna. Ma un senso di spossatezza e di appetito eccezionali convincono Hans ad acquistare un termometro per provarsi la febbre da una burbera infermiera che ha già capito tutto. Il gesto segna il suo ingresso tra i malati del sanatorio, come se evitando di dare riscontro oggettivo al senso di malessere provato, Hans avesse potuto fino a quel momento scampare alla malattia, un sentimento quanto mai diffuso tra i malati. Ma la curiosità di conoscere il proprio stato è

superiore alle resistenze e il termometro restituisce un verdetto inequivocabile: 37,6; febbre. A quella prima misurazione rivelatrice fanno seguito numerose altre, a intervalli regolari, che introducono definitivamente Hans nello stile di vita ripetitivo e legato al male tipico dei malati. Anche se identifica inizialmente le cause della febbre in questioni di poco conto, in un misto di autoinganno e consapevolezza molto frequente, Hans ha già maturato nel profondo la convinzione della causa del suo stato e per questo torna sulla prima impressione continuamente. La sua esistenza prende a ruotare attorno al termometro, che dapprima è descritto con distaccato apprezzamento per le sue qualità estetiche come un *“grazioso monile [...] i gradi erano segnati con lineette rosse, i decimali con lineette nere”* che posa in un elegante *“astuccio rosso”* imbottito di velluto (Mann, 1930: 186); poi nella sua qualità di strumento medico difficile da interpretare e delicato poiché *“lo splendore del mercurio si univa al riflesso della luce dell’involucro vitreo, la colonnina ora pareva altissima, ora sembrava addirittura non esserci”* (Mann, 1930: 188); e infine, come un’appendice del suo corpo, a cui tornare appena possibile: *“appena tornato egli aveva preso difatti il grazioso oggetto comprato al mattino”* (Mann, 1930: 195).

Sul termometro il protagonista proietta una folla di sentimenti contrastanti, nella convinzione ingannevole che il malessere provato non sia nulla di grave e, allo stesso tempo, con l’assurda aspettativa che il potente strumento riveli la malattia, che gli darà accesso al mondo segreto del sanatorio, non più da osservatore, ma finalmente da esperto.

Il secondo momento di rivelazione è la prima visita dal medico del sanatorio, il dott. Beherns, che prosegue poi con l’indagine radiologica. Durante la visita, Hans acquisisce sempre più lo *status* oggettuale di un caso clinico, di un corpo malato che rientra in una casistica nota, perdendo via via la sua qualità di persona. Per il protagonista questa spersonalizzazione ha persino qualcosa di rassicurante, poiché gli permette di comprendere cosa sta accadendo e, in un certo senso, di dominarlo, tenendolo a distanza. Hans si vede per la prima volta come un oggetto, come una cosa, concretamente come uno scheletro nelle immagini radioscopiche, con un effetto molto forte di scoperta della sua natura mortale profonda, in quanto esser umano. Alla visita, il medico *“non lo guardava in viso come si suol guardare una persona, ma ne osservava il corpo; lo fece voltare come si volta un corpo e ne osservò la schiena”* (Mann, 1930: 199). Con sapiente perizia, il dottore traccia una prima anamnesi del paziente, che aveva già inquadrato al suo ingresso da semplice visitatore nel sanatorio: *“L’ho tenuto d’occhio, Castorp, ora glielo posso dire [...] ed ho formulato, posso dire con sicurezza, il mio giudizio: lei era, in silenzio, uno dei nostri [...] Lei è sempre stato un po’ anemico, vero? E dica: non si sentiva facilmente stanco dopo un lavoro fisico o intellettuale? [...] E sente battere il cuore? [...] Lo sa che lei è stato malato prima d’ora?”*

(Mann, 1930: 200). Infine, abbozza una prognosi, che solo la radioscopia potrà confermare con certezza, nella totale indifferenza dei sentimenti del nuovo paziente: *“Come stanno le cose e come esse mi risultano, dato che lei è già qui, non val la pena di rifare il viaggio. Hans Castorp, perché fra breve dovrebbe essere di ritorno. Castorp sentì di nuovo tutto il sangue affluirgli al cuore che martellava forte”* (Mann, 1930: 201)

Con le lastre, il processo di reificazione di Castorp si compie. Eppure, il luogo dove avviene la trasformazione e il momento della visione radioscopica non hanno i tratti crudi di una realtà asettica, ma al contrario mantengono per Hans un alone di misteriosa fascinazione. Il legame con la morte e i suoi fantasmi si avverte fortissimo. Nell’atmosfera del momento, si fa sentire il potere di presenze oscure, minacciose, ma allo stesso tempo suadenti come sono gli spettri. La sala d’attesa del gabinetto radiologico è banale e squallida, come qualunque altra, anche se i sentimenti dei presenti, intenti a sfogliare distrattamente riviste sono agitati e frementi, in contrasto con la noiosa attesa che li aspetta. Al contrario, l’ingresso nella sala delle lastre produce tutt’altra impressione: *“Gli occhi, che a poco a poco si abitavano all’oscurità, cominciavano a distinguere apparecchi di fisica, vetri concavi, interruttori elettrici, strumenti per misurazione, un armadio simile a una camera oscura fisso sopra un cavalletto mobile, diapositive poste in fila lungo le pareti”* (Mann, 1930: 237). Nella percezione di Hans, il laboratorio scientifico, l’antro misterioso e il gabinetto del mago si sovrappongono in un’unica impressione confusa: *“non si capiva se ci si trovasse nel laboratorio di un fotografo, in una camera oscura oppure nell’officina di un inventore”* (Mann, 1930: 237). Le immagini di membra del corpo appese alle pareti risaltano nella mente del paziente come una sorta di *memento mori*, un inno alla caducità dell’essere umano e di stigma della sua vanità: *“Castorp vide delle membra: mani, piedi, ginocchia, parti superiori e inferiori della coscia, braccia e bacini [...] una specie di nebbia, di pallido splendore, circondava indistintamente le linee chiare, minuscole, decise del loro nocciolo: lo scheletro”* (Mann, 1930: 238). L’aiutante del dottore, chiamato il Consigliere, funge da lugubre guida nel viaggio iniziatico alla scoperta della verità dell’uomo: *“Anatomia della luce, capisce, trionfo dei tempi moderni. Ecco un braccio di donna. Questo circonda l’uomo nell’ora delle dolci espansioni, vede”* (Mann, 1930: 238). Sentimento barocco della caducità dell’esistenza e spirito positivista di fiducia nella scienza si mescolano in un’unica esperienza di rivelazione. Infine, il compimento della riduzione a cosa: lo scatenamento di *“forze spaventose [...] per penetrare nella materia”* e poi la visione di sé in quanto cadavere (Mann, 1930: 238). Hans si osserva come se fosse un altro, il processo di reificazione è avvenuto: *“Hans Castorp vide allora quanto si era aspettato di vedere, ciò che però l’uomo non è destinato a vedere e che mai avrebbe immaginato di poter vedere: la sua propria tomba [...] Castorp vide un membro noto del suo corpo, lo vide con sguardi penetranti e profetici, e per la prima volta capì che doveva morire [...]*

*Fantastico vero? [dice il Consigliere, n.d.a.] Eh sì, un certo che di magia non si può disconoscere”* (Mann, 1930: 242).

##### 5. *L’approccio antropologico alla formazione medico-infermieristica*

Come visto grazie anche solo ai pochi esempi proposti, luoghi, oggetti, personaggi, situazioni narrate nei romanzi costituiscono un immenso e prezioso patrimonio immaginifico aperto sull’universo di senso della malattia, che fornisce una possibile via d’accesso a una cultura della cura da esplorare e da valorizzare nella formazione del personale sanitario. Il laboratorio di formazione per operatori sanitari che propongo, basato sull’utilizzo funzionale di spunti letterari, si muove in questa direzione e nasce dalla riflessione su alcuni limiti riscontrati in esperienze formative da me tenute e che ho, in parte, ritrovato anche in altri esempi tratti dalla letteratura di riferimento (Garrino *et al.*, 2011: 74-83, Rossi Ghiglione, 2010, Campostrini *et al.*, 2018). Nel periodo tra febbraio 2005 e dicembre dello stesso anno, ho tenuto un lungo laboratorio di formazione attraverso il teatro sociale a Vigevano (PV) per operatori socio sanitari (OSS) di 50 ore totali, strutturate in più incontri distribuiti in un arco di tempo di diversi mesi, inserito in un corso professionalizzante multidisciplinare medico-infermieristico di 450 ore di teoria, di 100 ore di pratica e di ulteriori 450 ore di stage, promosso e cofinanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dalla Regione Lombardia e dal Fondo Sociale Europeo (Canevari, 2006: 48-52). Il gruppo in formazione era costituito da venti persone e si presentava molto eterogeneo per età, per provenienza geografica e per competenze, ed era sbilanciato per genere, con una prevalenza femminile. Anche le motivazioni alla partecipazione erano molto diverse: per qualcuno si trattava di un’opportunità di primo inserimento lavorativo, per altri dell’ultima chance di uscita dalla disoccupazione, per altri ancora un modo per acquisire una certificazione professionale utile per il loro attuale impegno.

Il gruppo era però accomunato da un sentimento condiviso di disagio verso la professione e il mondo della cura. Questo aspetto problematico è emerso fin dai primi incontri, cosa che mi ha fatto comprendere che rappresentava uno dei bisogni urgenti, che il gruppo desiderava affrontare ed elaborare. Nella convinzione che questi sentimenti negativi fossero legati all’immaginario di malattia proveniente dalle esperienze personali, ho dedicato particolare attenzione proprio all’emersione di tale immaginario e alla sua messa in forma attraverso modalità performative. Tale *focus* ha rappresentato il filo conduttore dell’intera esperienza. Il disagio emotivo rispetto alla malattia si associava a un forte bisogno, poco elaborato, di condivisione dei timori e delle aspettative legate al rapporto con la

malattia, che oscillava tra due atteggiamenti estremi: la disperazione impotente – *‘con la malattia non c’è niente da fare’* – e il sentimento missionario del salvatore onnipotente – *‘io voglio fare l’OSS perché voglio aiutare le persone che soffrono’* – (Dai miei diari di campo). Vi era, insomma, una difficoltà di messa a fuoco dell’immaginario di malattia, a cui ora mancava la distanza, cosa che schiacciava il vissuto di disagio solo sul piano personale, ora la prossimità, cosa che favoriva la divagazione nella pura fantasia. Mancava cioè un orizzonte di riferimento, costituito da più piani di significato, che permettesse di orientarsi e di collocarsi rispetto all’esperienza del disagio.

Concentrando la mia azione sulla dimensione incarnata della sofferenza, ho posto al centro del laboratorio *“il corpo, nella sua duplice accezione di luogo di invenzione di modalità metacomunicative alternative e autentiche, sorte con la riscoperta spontaneità, e come deposito autobiografico, testimone muto ma eloquente delle esperienze di ‘cura’ e delle emozioni, dei ricordi e delle prassi ad esse connesse, confluite nelle performance”* (Canevari, 2006: 49). Tali esperienze, emerse nelle prime *performance* spontanee, sono state poi esplicitate attraverso brevi narrazioni autobiografiche, con momenti anche di forte partecipazione emotiva, e la successiva realizzazione di semplici scene ispirate ai personaggi del sistema della cura (il malato, il medico, il familiare, l’infermiere), che hanno permesso una parziale messa in forma del materiale immaginifico prodotto dal gruppo. Tuttavia, per diversi motivi, anche indipendenti dal laboratorio, il processo non si è completato a pieno, lasciando in alcuni una parziale insoddisfazione per il percorso fatto. In diversi momenti, il gruppo ha espresso il bisogno di comprendere, di avere una esplicitazione cognitiva del percorso, cosa che ho affrontato dando spazio a occasioni di confronto verbale, di *feedback* e di inquadramento teorico. Tuttavia, questi passaggi hanno lasciato anche in me un senso di inadeguatezza rispetto a modalità di spiegazione che restavano molto teoriche ed astratte per alcuni versi e impigliate nella indeterminatezza emotiva per altri.

Un momento significativo di chiarificazione è avvenuto quando alcuni hanno condiviso col gruppo materiali esplicativi che, secondo loro, fornivano un punto d’appoggio per spiegare quanto stavano vivendo, dando forma a un immaginario, rimasto fino a quel momento vago e inafferrabile. Tra questi materiali vi erano costumi, musiche, immagini, ma anche testi di canzoni, poesie, brevi racconti e persino scritti scientifici tratti dalle loro dispense che, rielaborati in maniera creativa e narrativa, secondo loro davano voce a ciò che il loro vissuto rispetto all’immaginario di malattia voleva dire. Ciò che fino a quel momento era rimasto un *“sapere senza dire”* (Turner, 2014: 110), intenso, ma indeterminato, era divenuto finalmente più afferrabile e comunicabile, ricorrendo a forme e codici comunicativi condivisi precostituiti, che in alcuni casi furono semplicemente mostrati e usati

come modelli esplicativi esemplari. Era accaduto ciò che descrive Emanuele Buttitta a proposito del rapporto del lettore con il sistema di valore e credenze collettive depositato nei modelli narrativi: *“nel kosmos di colui che legge, nella sua concezione della vita, il segmento di fatto e di senso estrapolato dalla rappresentazione letteraria sussume elementi dispersi, stabilisce relazioni, crea un altro insieme”* (Buttitta, 2018: 150). Anche nel mio caso, tali modelli avevano rappresentato pregnanti *figure della cura* capaci di condensare in una sola forma un insieme di cognizioni, di affetti, di ricordi e di significati difficilmente comprensibili ed esprimibili diversamente in modo così preciso.

In quest'ultimo aspetto, dunque, radico la mia proposta di utilizzo della letteratura come repertorio di forme di cognizione collettive dell'esperienza di malattia e di cura culturalmente elaborate – come dei semilavorati finzionali da completare da parte dei singoli e dei gruppi – utile tanto per suscitare i vissuti individuali quanto per renderli sensati (Buttitta A., Buttitta E., 2018; Cusumano 2018: 1; Farkas, 2018), integrandoli però con l'approccio performativo, che permette la piena appropriazione creativa degli immaginari stessi, attraverso la loro incorporazione. A mio avviso, un simile approccio ha un particolare valore soprattutto in quei contesti formativi in cui anche la dimensione cognitiva ha una rilevanza, come sono quelli medico-infermieristici.

Alla separazione tra approccio letterario-autobiografico, tipico della medicina narrativa, e approccio performativo, tipico dei metodi teatrali, che rischiano entrambi di irrigidirsi in paradigmi e protocolli normativi (Rossiter *et al.*, 2008: 130-146), oppongo la necessità dell'integrazione tra le due modalità di lavoro coi gruppi: un approccio aperto che chiamo “antropologico”, in virtù del fatto che esso lega strettamente insieme la dimensione di senso individuale dell'*embodiment* (Csordas, 1994), la dimensione transindividuale relazionale-comunicativa del lavoro di gruppo e la dimensione culturale della condivisione delle forme dell'immaginario collettivo.

Maurice Godellier afferma che l'Immaginario, in quanto insieme di rappresentazioni religiose, scientifiche e letterarie, è costituito dalla realtà mentale di forme ideali. Esse escono dalla loro astrattezza attraverso il passaggio al Simbolico, che a sua volta è *“l'insieme di mezzi e processi attraverso i quali realtà ideali si incarnano contemporaneamente in realtà materiali e pratiche”* (Godellier, 2009: 32). In tal modo, l'Immaginario può agire sui rapporti sociali esistenti ed essere anche all'origine di nuovi. Com'è noto, nella cultura contemporanea, gioca un ruolo di rilievo nella formazione dell'Immaginario proprio l'immaginario di finzione, come quello letterario, che determina, a suo modo, le strategie di soggettivazione individuali e collettive (Augé, 1997). Secondo quest'ottica, nell'approccio antropologico alla

formazione che propongo, il laboratorio teatrale si presenta allora come il luogo del Simbolico: momento di emersione e condivisione dell’immaginario collettivo e punto d’incontro tra immaginazione personale e azione, per mezzo della incorporazione.

In questo senso, gli esempi letterari proposti – ma se ne potrebbero aggiungere molti altri – fungono da punto di partenza per la pratica laboratoriale in gruppo, che permette la condivisione e l’elaborazione degli immaginari di riferimento e dei vissuti ad essi connessi. L’azione collettiva può essere intesa allora come un’integrazione tra approccio narrativo al testo letterario, mutuato dalla teoria della narrazione, come esposta da Duccio Demetrio e altri (Demetrio, 1996; Good, 1994; Greenhagh, 1998; Charon, 2008) e approccio partecipativo al teatro, secondo il metodo del teatro sociale, teorizzato da Claudio Bernardi e altri (Bernardi, 2004; Pontremoli, 2005). Inoltre, lo sviluppo performativo delle narrazioni permette di superare il *gap* fra fruizione e analisi delle letture, da un lato, e produzione di storie dall’altro, che caratterizza la differenza tra due approcci diversi alla medicina narrativa (Fava, 2018: 56-57).

In realtà, la mia proposta pone il teatro in dialogo con la letteratura, considerando l’approccio performativo al testo, che caratterizza da sempre la pratica teatrale, come modello per relazionarsi al racconto scritto in qualsiasi forma, sia letteraria, sia autobiografica (e in una certa misura il discorso può valere anche per il testo scientifico, estrapolandone gli aspetti mitico-magici impliciti, come gli esempi romanzeschi proposti suggeriscono e l’esperienza di laboratorio descritta conferma). In questo senso, essa riduce la separazione tra *momento analitico* e *momento creativo*, approccio cognitivo e approccio attivo all’immaginario di malattia, trovando nella drammatizzazione il punto d’incontro tra questi due aspetti. In altri termini, il metodo delineato riprende e riformula l’idea già avanzata da Ivo Quaranta di superamento delle problematiche poste dalla dicotomia tra Modelli Esplicativi, “*volti ad esaminare le concezioni dei pazienti circa la natura della loro afflizione*”, e “*approcci narrativi [che ci, n.d.a.] invitano a partecipare al processo intersoggettivo di costruzione del significato dell’esperienza*” (Quaranta, 2012: 272). Come in quel caso, anche nell’approccio “antropologico” che vado delineando l’intento è di creare le condizioni per un coinvolgimento attivo alla formazione del senso della cura, partendo dagli operatori, nella convinzione che “*attraverso il duplice processo di personalizzazione del professionale e di professionalizzazione del personale non solo aumenta il livello di soddisfazione dei pazienti, ma anche quello dei medici*” (Quaranta, 2012: 272).

La proposta infine, si pone in discontinuità rispetto al rischio di riduzionismo presente in molti percorsi formativi delle professioni sanitarie. Da diversi anni tengo un modulo di insegnamento di antropologia all’interno del percorso

formativo degli studenti del corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Pavia. Ma solo di recente sono riuscito a trovare ascolto presso la dirigenza rispetto alla necessità di integrare le lezioni frontali con un approccio attivo e partecipativo alle questioni della cura. Anche nel mio caso, come in altri, si avverte l'insufficienza del solo insegnamento cattedratico e nozionistico e la necessità di introdurre una significativa 'umanizzazione delle cure' (Lupo, 2014), a partire proprio dalla formazione degli operatori alle diverse dimensioni umane implicate nel rapporto assistenziale, al di là del semplice incasellamento della malattia nella casistica di una qualche classificazione nosologica, tratta dai modelli della biomedicina, che fa perdere "la peculiarità del vissuto esperienziale, dei significati, delle ripercussioni relazionali, delle privazioni di agentività che rendono quel caso e quel paziente in certa misura unici" (Lupo, 2014: 110). In definitiva, la cura è innanzitutto una relazione nella quale il terapeuta *in primis* è implicato in una tensione dialogica volta a "ri-narrare le esperienze e costruire nuove storie plausibili per sé, che aprano la possibilità di percorrere le strade che la persona si era preclusa sino a quell'incontro" (Donegani *et al.*, 2016: 46); una capacità, questa, che è necessario formare a partire in prima istanza da un lavoro su di sé, analogo a quello che fa l'attore nel laboratorio col proprio corpo e sul testo, secondo il magistero di Konstantin Stanislavkij e delle sue evoluzioni successive (Grotowski, Barba).

Diverse sono le esperienze anche in Italia che vanno in questa direzione, cercando con difficoltà di superare l'episodicità degli interventi (Eugeni *et al.*, 2019: 16), ora attraverso percorsi di rielaborazione autobiografica dei tirocini in corsia dei giovani infermieri, come in alcuni esempi recenti (Zito, 2019), ora con progetti di medicina narrativa per i medici e gli infermieri, strutturati all'interno dei corsi di laurea o di master (Quaranta, 2012; Farkas, 2018; Napolitano, 2019), ora coinvolgendo operatori e pazienti in laboratori di scrittura e performance misti (Rossi Ghiglione, 2010; Zito, 2016; Campostrini *et al.*, 2018)<sup>2</sup>. Il presente lavoro si pone in dialogo con questi diversi approcci e ne propone un uso integrato, nell'ottica innanzitutto di prendersi cura di chi cura.

## 6. Il laboratorio integrato di narrazione e performance

---

<sup>2</sup> Io stesso ho tenuto laboratori integrati di teatro sociale con la APS *Cabyso-Il teatro per il sociale* per ospiti e operatori presso il Centro Residenziale Sanitario Psichiatrico della *Fondazione Giuseppe Costantino Onlus* di Pavia negli anni 2010 e 2011, realizzando uno spettacolo teatrale di fine percorso dal titolo *Legati da un film* e una parata festiva, intitolata *Il sentiero degli incontri*, che ha coinvolto anche gli anziani ospiti del vicino centro dei *Vasi di Creta*.

Scelti i brani da proporre, compito che il formatore si deve assumere con gusto letterario, acume etnografico e sensibilità umana per i temi trattati, dal punto di vista pratico, lo svolgimento del laboratorio necessita di pochi ma importanti accorgimenti: fatti salvi un luogo appartato e un tempo dedicato, per creare la condizione liminoide funzionale all'attivazione dell'immaginario (Turner 1986), e alcuni esercizi iniziali di attivazione fisica e di fiducia, il lavoro si può suddividere in tre macrofasi:

- la prima dedicata alla lettura e alla condivisione verbale degli immaginari di malattia e di cura;

- la seconda destinata alla drammatizzazione dei vissuti,

- l'ultima consacrata al ritorno ai materiali letterari, narrativi e performativi prodotti, in una sorta di andata e ritorno dallo schema letterario alla parola, passando attraverso l'uso, e ancora allo schema, ma arricchiti di una comprensione nuova, maturata nell'esperienza incarnata della performance (Buttitta, Buttitta, 2018: 22), basata sull'organica triangolazione configurativa tra forme letterarie di comprensione degli immaginari, forme autobiografiche di rielaborazione dei vissuti e modalità performative di messa in azione di quegli stessi vissuti e immaginari. La circolarità tra narrazione e performance è essenziale, a mio avviso, perché permette di superare i limiti di entrambi gli approcci: l'incorporazione in termini performativi trasforma le forme generali della narrazione in apprendimenti individuali, carichi del vissuto emotivo dell'esperienza concreta; l'esperienza personale, proiettandosi nelle forme precostituite della letteratura, già elaborate, si completa in una più piena comprensione cognitiva del vissuto.

È importante che il tono emotivo e il livello affettivo del gruppo siano mantenuti alti dal conduttore, creando un ponte tra attivazione fisica e prontezza immaginativa.

Terminato il momento preparatorio dell'attivazione fisica, è possibile passare alla lettura.

Seduti in cerchio, si procede a turno alla lettura ad alta voce di uno o più brani a scelta. Il conduttore può fare una breve introduzione dei testi selezionati, illustrando il contesto della storia narrata e il tema principale del passo scelto, così da facilitare l'ascolto dei presenti e indirizzarne l'attenzione e può iniziare per primo a leggere, lasciando, in un secondo tempo, la parola a chi lo desidera.

È utile interrompere la lettura dopo ogni brano e dedicare un breve momento a fissare su un cartellone, in forma molto sintetica, alcune impressioni, qualche parola chiave, immagini significative, ricordi improvvisi che ciascuno sente di voler condividere col gruppo. Va da sé che il formatore deve prestare attenzione ai bisogni emergenti del gruppo e adattarvi le proprie proposte di lettura, nel caso

cambiandole in corso d'opera, anche integrando materiali provenienti dal gruppo stesso.

La prima parte della lettura collettiva, che si presenta come una vera e propria attività di narrazione, nella quale sono implicati anche gli elementi corporei, vocali ed extraverbali tipici della *performance* dal vivo, ha la funzione di creare un punto di partenza condiviso per l'attivazione dell'immaginario individuale (Bergson, 1938). Grazie alla narrazione, la parola scritta cessa di essere patrimonio privato e intimo di colui che si immerge nella lettura e diviene condizione collettiva su cui costruire la messa in comune del mondo interiore, attraverso il racconto di situazioni archetipiche, ricorrenti anche nell'esperienza quotidiana. Esse si presentano nella letteratura come forme esperienziali precostituite, figure che inquadrano in modo sensato il vissuto, senza però irrigidirlo negli schemi concettuali astratti della casistica biomedica, e dunque disponibili per il reimpiego creativo del lettore. Non solo, ma la voce narrante funge da stimolo per la memoria profonda, dalla quale possono riemergere nel tempo presente ricordi sepolti, impressioni, affetti inespressi, vissuti, che continuano a incidere sull'esistenza attuale, senza trovare accoglienza nella coscienza (Bergson, 1889). La narrazione stimola una sorta di autobiografia implicita, che sarà esplicitata in un secondo momento, che *"consente di transitare dalle radici della memoria, all'immaginazione di un'altra o diversa vita possibile"* (Demetrio, 2011: 67) connettendo così passato, presente vissuto e futuro.

In altri termini, la dimensione fantastica attivata dalla lettura può facilitare l'accesso a un patrimonio di sapere sommerso, che attende di essere rielaborato dall'individuo, in una situazione di sospensione della realtà e delle sue necessità, che permette una gestione più libera e creativa delle proprie ansie e delle proprie aspettative. Non un rimembrare sterile, dunque, ma un riordinare il ricordo per *"affrontare i nodi del presente"* (Demetrio, 2011: 67).

Le capacità attivate dalla lettura sono molteplici. Scrive significativamente Lucia Zannini: *"Leggere una storia di malattia reale o funzionale (cioè ripresa da un romanzo), commentandola poi con un formatore e un gruppo di pari può essere una strategia per sviluppare le suddette capacità: cogliere la prospettiva del paziente, capire i suoi valori, considerare come il suo contesto sociale e la sua cultura possono aver influenzato il suo vissuto di malattia. E ancora: permette di analizzare in un contesto 'protetto', quale quello formativo, le proprie reazioni alla storia del paziente, le idee che sono scaturite da essa, come pure le emozioni. In questo senso, il lavoro con una narrazione permette agli operatori di riflettere su se stessi, sviluppando autoanalisi e atteggiamento critico, aspetti che, lo ricordiamo, sono considerati fondamentali nella competenza di un professionista della cura"* (Zannini, 2011: 37)

La narrazione, dunque, si presenta come una duplice apertura di prospettive: da una parte verso l'altro, il paziente e il suo mondo; dall'altra verso di sé e il proprio

vissuto. Si disegna, quindi, un percorso di andata e ritorno dal racconto di malattia alla narrazione *“dell’esperienza assistenziale quale strategia fondamentale per riflettere sulla propria pratica e per avere cura di sé”* (Zannini, 2011: 47). Il raccontare si configura, quindi, come parte integrante del binomio *to cure/to care*, in relazione al fatto che la capacità di avere cura dell’altro passa anche per la capacità di riflettere sulla propria pratica e per l’aver cura di sé, in un rapporto circolare ininterrotto (Mortari, 2006: 149; Zannini, 2011: 44; Foucault, 1984).

In questo percorso di espressione autobiografica, funzionale alla cura di sé, svolge un ruolo rilevante la scrittura che i partecipanti fanno della propria esperienza, e questo elemento costituisce lo snodo di passaggio dalla narrazione all’azione drammatica della fase successiva.

La condivisione degli immaginari suscitati dalla lettura può avvenire infatti in due momenti:

- un primo momento è quello della libera presa di parola da parte dei presenti, stimolata dal conduttore, che desiderano comunicare agli altri i ricordi suscitati dai racconti, le impressioni avute, le emozioni provate, le esperienze vissute nella loro pratica professionale e nella loro storia personale. Si tratta di una fase di libera espressione di sé, che si configura come una sorta di proto-autobiografia, che inizia l’opera di ristrutturazione del sé attraverso il riconoscimento della propria individualità nel rapporto con altri (Cavarero, 2011; Demetrio, 1996), favorendo così l’uscita dall’isolamento solipsistico, nel quale a volte la persona si trova confinata, soprattutto a seguito di esperienze dolorose e traumatiche. Questa prima sezione può svolgersi al termine delle letture, in maniera libera e poco strutturata, ma con l’accortezza da parte del conduttore di fissare qualche parola o immagine chiave.

- Il secondo momento sarà più attivo, ordinato e avanzato nella rielaborazione dei contenuti emersi. I giochi della scrittura della “lettera a un amico” su una personale esperienza di malattia e della “posta aerea”, per condividere le missive sottoforma di aeroplanini, saranno utili per la riflessione individuale e funzionali allo scambio delle storie individuali. Al termine dell’ultimo gioco, ciascuno avrà in mano un aeroplanino e sarà il destinatario della lettera. Tornati in cerchio, si provvederà alla lettura delle stesse.

Questo secondo momento di narrazione, analogo al primo ma basato sui vissuti personali, permette una prima fase di condivisione delle esperienze e di rielaborazione collettiva. Dove sarà possibile, il conduttore cercherà di individuare alcune macro-tematiche comuni ai diversi racconti, evidenziando su un cartellone le aree problematiche emerse, le situazioni tipiche evocate, le impressioni ricorrenti, i

personaggi, qualche parola chiave, in modo da creare un patrimonio espressivo collettivo in cui il gruppo possa riconoscersi.

La seconda parte del laboratorio è dedicata alla rielaborazione attiva dell'immaginario collettivo attraverso la pratica performativa della drammatizzazione, in cui ciascuno a turno sarà protagonista creativo di una scena e spettatore delle *performance* prodotte dagli altri, secondo il modello del *Teatro della spontaneità* di Jacob Moreno (Moreno, 1924). Guidati dal conduttore e divisi in piccoli gruppi, i presenti “rendono a livello drammatico episodi vissuti, scelti dal gruppo come significativi per la loro professione, senza utilizzare copioni, sceneggiature, ma creando al momento l'azione drammatica” (Fava, 2018: 50), integrandoli liberamente anche con gli spunti letterari, in un *continuum* indifferenziato di forme tratte dall'immaginario individuale e collettivo, che rimandano le une alle altre, come in un gioco infinito di rispecchiamenti, che permette a ciascuno di assumere la maschera che più gli aggrada, e così esprimere il vero del suo vissuto protetto dal verosimile della finzione (Donegani *et all.*, 2016: 50; Marini, 2017).

Questa fase è importante per almeno due motivi:

- in primo luogo, perché è basata sull'attivazione corporea, che quindi fa uscire il vissuto dall'intellettualismo residuo nella sola lettura, per incarnarlo in un'esperienza concreta;

- in secondo luogo, perché la drammatizzazione è di per sé una messa in forma del vissuto, che permette allo stesso tempo di esplorarlo in profondità e di circoscriverlo in un'esperienza dominabile per intero dall'individuo e comunicabile. Inoltre, essa lascia a ciascuno la libertà creativa di sperimentarsi in diversi ruoli, anche distanti dalla sua realtà quotidiana, con un sicuro incremento di conoscenza di sé e dell'altro. Il teatro è infatti da sempre catartico e paideutico, “strumento che [fn dalle origini, n.d.a.] l'umanità ha utilizzato per alleviare le sofferenze” e favorire processi di cambiamento individuale e collettivo attraverso “programmi di educazione speciale e sociale” (Licari, 2016: 68, 69).

Infine, lo scambio a turno delle parti tra attore e spettatore attiva - ma allo stesso tempo oltrepassa - la dialettica tra agire e vedere, che permette alla persona di proiettarsi nell'azione, identificandosi, ma anche di prendere le distanze dalla rappresentazione, posizionandosi diversamente rispetto a quanto visto, secondo la classica dinamica tra *mimesi* e *catarsi*, che però attraverso il laboratorio sono riunificate nell'esperienza di un solo gesto creativo di *poiesis*. In effetti, l'avvicinarsi delle posizioni di attore creativo e spettatore esperto permette a ciascuno di comprendere i meccanismi poetici della finzione drammatica, analoghi alla dialettica implicita nella letteratura tra autore e narratore, posizionandolo contemporaneamente dentro e fuori l'azione, attivando in questo modo la sua capacità riflessiva

su quanto accade; una condizione di consapevolezza superiore, data dall'uscita dagli schemi di comportamento impliciti, che Marinella Sclavi chiama *exotopia* (Sclavi, 2005: 231-237).

Lo stesso atto creativo, che impegna i gruppi nella realizzazione delle scene, ha un valore formativo in sé. Esso permette lo scambio delle conoscenze a diversi livelli comunicativi, verbali e non verbali, e secondo diversi gradi di implicazione personale. Oltre a far sperimentare i bisogni dell'altro, la drammatizzazione mette ciascuno nella condizione di dover trovare forme negoziate di condivisione del suo punto di vista, offrendogli la possibilità *“di mettersi nei panni dell'altro, di comprenderne le richieste, i bisogni, le esigenze profonde dell'alterità, nonché di verificare e correggere personali modalità comunicative e relazionali”*, riducendo il suo sentimento di inadeguatezza (Fava, 2018: 40-49).

Al termine delle singole *performance*, l'intero gruppo si riunirà di nuovo per un momento di condivisione finale. Si potranno rileggere liberamente alcuni brani e riportare su un cartellone alcune parole chiave dell'esperienza e degli immaginari emersi, cercando di intrecciarle come in un cruciverba. Il risultato sarà il prodotto della rielaborazione collettiva dei vissuti che il gruppo ha condiviso, che arricchirà di una nuova consapevolezza ciascun partecipante.

Non da ultimo, anche il lavoro di traduzione dei saperi disciplinari che il gruppo farà, confrontandosi creativamente con il lessico condiviso emerso nel laboratorio, svolgerà un ruolo importante nella presa di coscienza degli operatori sulla necessità di ideare strategie comunicative efficaci per colmare la distanza tra la loro competenza professionale e l'esperienza vissuta del paziente.

### 7. Riflessioni conclusive: il laboratorio come occasione di ricerca-azione

Il laboratorio ha un valore anche come strumento di ricerca-azione nell'ambito delle pratiche di cura e apre diverse linee di sviluppo. Un primo aspetto è costituito dall'ampliamento del patrimonio di conoscenze relativo alla malattia e alla cura, proprio di una comunità professionale. La condivisione degli immaginari durante i laboratori di formazione, infatti, permette al conduttore-ricercatore di raccogliere nel tempo un ampio repertorio di conoscenze, metafore e immagini, che vanno al di là della semplice dimensione cognitiva.

L'attività di ricerca prende le mosse già dalla prime fasi del lavoro sul campo, sotto forma di osservazione della partecipazione che il ricercatore fa a partire da sé, prendendo il suo stare nella situazione fisicamente, emotivamente e intellettualmente come base per la riflessione sul senso della malattia e della cura. Egli stesso coinvolto come osservatore partecipante nell'azione, l'antropologo è preso nel flusso affettivo dell'azione, come gli altri è stimolato nei suoi ricordi dai racconti condivisi, ma ancor più degli altri è particolarmente attento alle emozioni che sta provando e in generale all'atmosfera del momento, secondo un'antropologia *dal corpo*, che implica il ricercatore in prima persona (Csordas, 1994). Grazie a questa consapevolezza riflessiva, che Csordas chiama riflettività (Csordas, 1999: 28), infatti, egli può entrare in relazione dialogica con il mondo di senso espresso dagli operatori sanitari, decodificarne i codici, dividerne gli immaginari e comprenderne la profonda stratificazione (*thick description*, Geertz, 1988: 12-14), che riunifica in un'esperienza di vita singolare e in un sistema simbolico condiviso livello umano e livello professionale, memoria personale, esperienza vissuta e immaginario collettivo. La sua presenza attiva sul campo costituisce quindi il punto di partenza per avviare la riflessione circa la dimensione immaginativa della malattia e della cura, con i codici comunicativi ad essa connessi e gli aspetti emozionali implicati.

I repertori raccolti grazie alle diverse fasi laboratoriali potranno essere rielaborati in un secondo momento dal ricercatore, portati alla luce dalla dimensione inconsapevole nella quale erano semplicemente agiti come modo di vita e oggettivati come cultura di riferimento della comunità professionale medico/sanitaria.

La stessa presa di coscienza che il laboratorio produce nei partecipanti, si ritrova nella riflessione antropologica, potenziata e ordinata in modo coerente, in funzione dell'ampliamento del discorso collettivo su malattia e cura.

Pur nella consapevolezza dei limiti della proposta, delle difficoltà strutturali di tipo organizzativo-gestionale e delle logiche economiche con cui essa si scontra (Eugeni *et al.*, 2019: 16), non risolvibili con un semplice intervento sporadico (Giarelli, 2003), un ultimo elemento rilevante riguarda la pratica di ricerca come azione di

antropologia applicata, nell'ottica di una trasformazione sociale, che va al di là degli esiti formativi del solo laboratorio. Le conoscenze acquisite possono fungere da criterio guida per azioni migliorative delle condizioni di lavoro del personale sanitario e dell'approccio complessivo all'assistenza, sia in funzione di ulteriori formazioni laboratoriali, sia come strumento per sensibilizzare l'istituzione rispetto alla dimensione umanistica della cura, in un'ottica trasformativa delle pratiche e di arricchimento dei saperi dell'ambito biomedico, sempre più aperto alle *medical humanities*, secondo le indicazioni che giungono dai maggiori istituti del settore.

In conclusione, è anche da considerare il fatto che il modello formativo e di ricerca proposto si presenta come un modulo adattabile e replicabile all'infinito, variando i riferimenti letterari di partenza, in base alle esigenze espresse dall'istituzione, dal gruppo, dalle finalità della ricerca.

Infine, le ricadute del lavoro svolto sul percorso terapeutico dei pazienti possono aprire un ulteriore settore d'indagine antropologica, con una evoluzione virtualmente ininterrotta, che innesca un circolo virtuoso tra ampliamento delle conoscenze e allargamento dei campi d'intervento dell'approccio umanistico alla malattia e alla cura.

### Bibliografia

- Agamben, G. (2006). *Che cos'è un dispositivo*. Milano: Nottetempo.
- Augé, M. (1983). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Amsterdam : Overseas Publisher Association. [tr. it., *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*. Milano: Il Saggiatore, 1986].
- Augé, M. (1997). *La guerre des rêves. Exercices d'ethno-fiction*. Paris: Seuil.
- Beneduce, R. (2002). *Trance e possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Benjamin, W. (1950). *Berliner Kindheit um neunzehnhundert*, Frankfurt am Main: Suhrkamp. [tr. it., *Infanzia berlinese attorno al millenovecento*. Torino: Einaudi, 2001].
- Bergson, H. (1889). *Essais sur les données immédiates de la conscience*. Paris: Alcan. [tr. it., *Saggio sui dati immediati della coscienza*, Milano: Raffaello Cortina 2002].
- Bergson, H. (1938). *La pensée et le mouvant*. Paris: PUF. [tr. it., *Pensiero e movimento*. Milano: Bompiani 2000].
- Bernardi, C. (2004). *Il teatro sociale. L'arte tra disagio e cura*. Roma: Carocci.
- Cagli, V. (2004). *Malattie come racconti. La medicina, i medici e le malattie nelle descrizioni di romanzieri e drammaturghi*. Roma: Armando.
- Buttitta, A., Buttitta, E. (2018). *Antropologia e letteratura*. Palermo: Sellerio.
- Canevari, M. (2006). La paura e la speranza. Il teatro sociale nella formazione professionali. *Itinerari medialti. Analisi e riflessioni sulla comunicazione*, 1, 48-52.
- Canevari, M. (2015). *Lo specchio infedele. Prospettive per il paradigma teatrale in antropologia*. Milano: Mimesis.

- Canevari, M. (2001). Sofferenza, malattia e sovranità. Una lettura attraverso Georges Bataille. *Aut-Aut*, 301-302, 235-248.
- Campostrini, A., Manzella, A.; Caracciolo, F. (2018). *Teatro fragile. Guida agli effetti delle pratiche teatrali sui malati di Alzheimer*. Milano: Mimesis.
- Cavarero, A. (2011). *Tu che mi guardi, tu che mi racconti. Filosofia della narrazione*. Milano: Feltrinelli.
- Charon, R. (2008). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Cometa, M. (2017). *Perché le storie di aiutano a vivere. La letteratura necessaria*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cozzi, D., Nigris, D. (1996). *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*. Milano: Colibrì.
- Csordas, T. (1994). *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. London: Cambridge University Press.
- Csordas, T. (1999). Incorporazione e fenomenologia culturale, tr. it., in *Annuario di Antropologia*. Roma, 2003: Meltemi, 19-42.
- Cusumano, A. (2018). Letteratura e antropologia. Orizzonti incrociati. *Dialoghi mediterranei*, <http://www.istitutoeuroarabo.it/DM/letteratura-e-antropologia-orizzonti-incrociati/> (consultato il 21/04/2020), 1-6.
- De Martino, E. (2011). *Sud e magia*. Milano: Feltrinelli.
- Demetrio, D. (1996). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Raffaello Cortina.
- Demetrio, D. (2011). L'autobiografia come pratica di cura e consulenza. In *La realtà al congiuntivo. Storie di malattia narrate dai protagonisti*, (a cura di) Malvi, C., Milano: Franco Angeli, 60-69.
- Donegani, I., Gallo, G., Tomelli, A. (2016). La scena terapeutica del teatro. In *Narrare i gruppi*, vol. 11, n.1, pp. 43-56. Website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it).
- Eugeni, E., Lupo, A. (2019). Il contributo dell'antropologia alla riconfigurazione delle pratiche mediche, *L'Uomo*, IX, 1, 11-24.
- Farkas, C., A. (2018). Verso la luce. Come fare la prevenzione del benessere dei professionisti sanitari: insegnare l'umanistica già nei corsi pre e postuniversitari, intervista di M., G., Marini, <https://www.medicinanarrativa.eu/verso-la-luce-come-fare-la-prevenzione-del-benessere-dei-professionisti-sanitari-insegnare-l-umanistica-gia-nei-corsi-pre-e-postuniversitari>, consultato il 27/03/2020.
- Fava, F. (2018). *Il teatro come metodo educativo. Una guida per educatori e professionisti sociosanitari*. Roma: Carocci.
- Garrino, L., Matricoti, F., Nicotera, R., Martin, B., Barraccino A. Dimonte, V. (2011). L'esperienza teatrale nella formazione alle cure: analisi della letteratura, *Tutor*, 2-3, II, 74-83.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books. [tr. it., *Interpretazione di culture*. Bologna: Il Mulino, 1988].
- Giarelli, G. (2003). *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Good, J., B. (1994), *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Godellier, M. (2007). *Au fondement des sociétés humaines. Ce que nous apprend l'anthropologie*. Paris: Albin Michel. [tr. it. *Al fondamento delle società umane. Ciò che ci insegna l'antropologia*. Milano: Jaca Book, 2009]
- Greenhagh, T. (1998). *Narrative Based Medicine*. London: BMJ.

- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung (Vol. III). [tr. it., *Essere e tempo*. Milano: Longanesi, 1971]
- Iori, V. (2009). *Il sapere dei sentimenti*. Milano: Franco Angeli.
- Jaspers, K.. (1919). *Psychologie der Weltanschauungen*, Berlin: Springer [tr. it., *Psicologia delle visioni del mondo*. Roma: Astrolabio, 1950].
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Le Breton, D. (2006). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié.
- Lévi-Strauss, C. (1949). L'efficacité symbolique, *Revue d'Histoire des Religions*, 35, 1 [tr. it., *L'efficacia simbolica*. In *Antropologia strutturale*. Milano: Mondadori, 1992, 210-230]
- Licari, G. (2016). Arte teatrale e salute mentale: riflessioni sul disagio mentale e su nuove forme di cittadinanza attiva. In *Narrare i gruppi*, vol. 11, n.1, pp. 67-72. Website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it).
- Lupo, A. (2014). Antropologia medica e umanizzazione delle cure, *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 37, 105-126.
- Mann, T. (1924). *Der Zauberberg*. Berlin: S. Fischer Verlag. [tr. it., *La montagna incantata*. Milano: Dall'Oglio, 1930].
- Marini, M., G. (2017). Proteggersi usando la finzione: quando le medical humanities giocano un ruolo migliore della medicina narrativa. <https://www.medicinanarrativa.eu/proteggersi-usando-la-finzione-le-medical-humanities-giocano-un-ruolo-migliore-della-medicina-narrativa>, consultato il 27/03/2020.
- Mauss, M. (1950). *Sociologie et anthropologie*. Paris: PUF. [tr. it., *Teoria generale della magia e altri saggi*. Torino: Einaudi, 2000].
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard. [tr. it., *Fenomenologia della percezione*. Milano: Bompiani, 2003].
- Moreno, J. (1924). *Das Stegreiftheater*. Berlin: Kiepenheuer. [tr. it., *Il teatro della spontaneità*. Roma: Di Renzo Editore, 2007]
- Moreno, J. (1934). *Who shall survive? A new Approach to the Problem of Human Interrelations*. NY: Beacon House [tr. it., *Who shall survive? Principi di sociometria, psicoterapia e sociodramma*. Roma: Di Renzo Editore, 2007]
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Milano: Mondadori.
- Napolitano, S. (2019), La formazione in ospedale: educare i curanti agli aspetti relazionali. Intervista alla dottoressa Margherita Gambaro, Responsabile Ufficio Formazione, San Raffaele, Milano. <https://www.medicinanarrativa.eu/la-formazione-in-ospedale-educare-i-curanti-agli-aspetti-relazionali>, consultato il 17/05/2020.
- Pinotti, A. (2018). Infanzia. In *Costellazioni. Le parole di Walter Benjamin*, (a cura di) Pinotti, A. Torino: Einaudi, 2018.
- Quaranta, I. (2012), La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura, *Antropologia e Teatro*, 3, 264-290.
- Pontremoli, A. (2005). *Teoria e tecniche del teatro educativo e sociale*. Torino: Utet.
- Ricoeur, P. (1984). *Temp et récit II. La configuration dans le récit de fiction*. Paris: Seuil. [tr. it., *Tempo e racconto*, Vol. 2, *La configurazione nel racconto di finzione*. Milano: Jaka Book, 1985].
- Rossi Ghiglione, A. (2010). *Teatro e salute. La scena della cura in Piemonte*. Torino: Ananke
- Rossiter, K., Kontos, P., Colantonio, A., Gilbert, J., Gray, J., Keightley, M. (2008). Staging data: theatre as a tool for analysis and knowledge transfer in health research, *Social Science and Medicine*, 66, I, 130-146.

- Sclavi, M. (2005). *A una spanna da terra. Una giornata di scuola negli Stati Uniti e in Italia e i fondamenti di una metodologia umoristica*. Milano: Bruno Mondadori.
- Somaini, A. (2018). Esperienza. In *Costellazioni. Le parole di Walter Benjamin*, (a cura di) Pinotti, A. Torino: Einaudi, 2018.
- Turner, V. (1982). *From Ritual to Theatre. The Human Seriousness of Play*. New York: Performing Arts Journal Publication. [tr. it., *Dal rito al teatro*. Bologna: Il Mulino, 1986].
- Turner, V., Bruner, E. (1986). *The Anthropology of Experience*. Illinois: University of Illinois Press. [tr. it., *Antropologia dell'esperienza*, Bologna: Il Mulino, 2014]
- Wagner, R. (1975). *The Invention of Culture*. Chicago: University of Chicago. [tr. it., *L'invenzione della cultura*, Milano: Mursia, 1992].
- Zannini, L. (2011). Introduzione alle storie di malattia, medical humanities e scritture autobiografiche per la formazione dei professionisti della cura. In *La realtà al congiuntivo. Storie di malattia narrate dai protagonisti*, (a cura di) Malvi, C., Milano: Franco Angeli, 25-47.
- Zito, E. (2016), Condividere l'esperienza, conoscere la malattia, comprendere il corpo: campi-scuola per giovani diabetici, *Dada Rivista di Antropologia post-globale*, 2, 77-106.
- Zito, E. (2019), Osservare per apprendere: l'antropologia medica nella (tras)formazione degli infermieri pediatrici, *L'Uomo*, IX, 1, 119-142.