

## 07. Schede di lettura

**Nancy AINSWORTH-VAUGHN, *Claiming power in doctor-patient talk*, Oxford University Press, New York - Oxford, 1998, 212 pp. (Oxford studies in sociolinguistic).**

Un vasto repertorio etnografico costituisce il materiale con il quale l'autrice – sociolinguista, con una evidente sensibilità antropologica – si confronta in questo testo: si tratta infatti di una selezione di 101 incontri fra 13 medici e 40 pazienti, registrati nel lungo periodo di ricerca che va dal 1988 al 1995.

Combinando metodologie e tecniche dell'analisi sociolinguistica con strumenti e modalità di approccio alla ricerca più propriamente antropologici, la Ainsworth-Vaughn pone al centro della sua riflessione l'analisi del discorso medico, e lo fa servendosi del metodo etnografico, che le permette di registrare una serie di colloqui avvenuti in più visite successive fra medici e pazienti in ambulatori privati.

Come specifica la stessa autrice, la scelta di non prendere in considerazione quelle relazioni terapeutiche che si sviluppano in contesto clinico-ospedaliero deriva proprio dal loro carattere di occasionalità: la possibilità di una condivisione di spazi di "intimità" connessi ad alcune questioni di natura personale è infatti l'elemento irrinunciabile di un'analisi che si pone come obiettivo lo scardinamento di alcuni stereotipi legati alla questione del rapporto medico-paziente. In particolare, l'autrice considera questo approccio fondamentale per non alimentare un'immagine del paziente che lo identifichi esclusivamente come l'elemento passivo dell'asse terapeutico. Infatti, laddove l'analisi dei casi si fa più approfondita e continuativa,

sembra emergere con chiarezza come sia la stessa dinamica dell'interazione fra medico e paziente a far emergere, o meglio a determinare, la passività o la "attività" del singolo paziente. Intenzione dell'autrice è dunque quella di mettere a fuoco le strategie retoriche mediante le quali i pazienti partecipano alla "lotta" per la gestione del potere nell'ambito della relazione terapeutica. Si tratta di un processo di negoziazione che si rende evidente ad esempio nella fase di co-costruzione della diagnosi, attraverso l'uso che il paziente fa della "narrazione" di malattia e di strumenti quali l'ambiguità e le domande retoriche, che sembrano costituire un'importante risorsa di potere laddove gli consentono di mostrarsi deferenti ed attivi allo stesso tempo.

In conclusione, partendo dal presupposto metodologico che «occorre studiare non "il" rapporto medico-paziente quanto piuttosto una serie di varie tipologie di incontro» [p. 51], l'autrice riesce a mettere in evidenza in questo testo quanto sia i medici che i pazienti mettano costantemente in campo multiformi e complesse modalità di gestione del potere – sottolineandone così la natura negoziale –, e quanto tali strategie siano tutte abbastanza evidenziabili attraverso l'analisi del dialogo e dell'incontro terapeutico.

[MPe]

**Roberto BENEDEUCE (curatore), *Mente, persona, cultura. Materiali di etnopsicologia*, L'Harmattan Italia, Torino, 1999, 143 pp. (Connessioni).**

Il volume raccoglie quattro contributi che, in modi diversi, intendono esplorare gli

oggetti e i campi d'indagine dell'etnopsicologia. Questa disciplina, al confine tra psicologia e antropologia, è affrontata problematicamente ricostruendo come nelle diverse società vengono definiti e agiti il corpo, l'essere persona e i linguaggi del sé. Secondo gli Autori infatti vi è l'esigenza in senso ampio di avviare un ripensamento del rapporto tra processi culturali e dinamiche psicologiche e, più specificamente, di fornire materiali di lavoro e innovativi strumenti per la clinica interculturale. In realtà, lavorare in questa direzione, come Roberto Beneduce mette in evidenza nell'*Introduzione*, significa soprattutto intraprendere una riflessione critica sulle relazioni complesse e talvolta conflittuali tra antropologia, psicologia e psichiatria.

In *Iniziazione alla etnopsicologia*, Roberto Beneduce chiarisce in primo luogo i confini e le azioni dell'etnopsicologia, una disciplina che fa dell'apertura ad altri sistemi di ragionamento il suo punto di forza. Egli si concentra sul rapporto fra sviluppo psicologico e contesti culturali. Una prospettiva critica sulle categorie "psicologico-psichiatriche" infatti può essere sviluppata sia avvalendosi di una visione cross-culturale dei modi in cui sono modellati e agiti i comportamenti individuali, sia passando in rassegna le principali ricerche etnografiche nei differenti contesti in cui si costruiscono teorie e pratiche locali della mente e della cura. La premessa necessaria a un tale itinerario di ricerca è data dalla centralità dei legami sociali nella definizione di termini quali "persona", "mente", "sé". L'incrocio fra differenti approcci e linguaggi si articola così attorno ai nuclei centrali dell'azione individuale e collettiva, alle genealogie locali e per ceti versi alle genealogie implicite delle "scienze della mente".

Il secondo saggio, dal titolo *Fra 'sickness' e 'illness': dalla socializzazione all'individualizzazione della malattia*, è la traduzione dal francese di un importante lavoro di Andras Zempleni, originariamente pubblicato in

"Social Science and Medicine" [*Entre 'sickness' et 'illness': de la socialisation à l'individualisation de la maladie*, vol. 27, n. 11, 1988, pp. 1171-1182]. In quell'articolo Zempleni considerava i termini di un dibattito sulla distinzione terminologica tra *illness* e *disease* e prendeva in esame i limiti del modello interpretativo prevalentemente centrato sul rapporto medico-paziente, affermatosi nella antropologia medica statunitense. Secondo Zempleni, per cogliere la centralità della dimensione sociale della malattia sarebbe opportuno in primo luogo chiedersi come le diverse società umane usino le malattie e le forme di intervento terapeutico per garantire la loro riproduzione. In tal senso, «uno dei compiti specifici e principali dell'antropologia medica contemporanea consiste precisamente nell'evidenziare i processi e i meccanismi che congiungono l'individuale e il sociale, gli stati dei corpi biologici e quelli dei corpi sociali» (p. 58). È infatti l'interrogazione della efficacia delle pratiche terapeutiche, all'interno dei processi di produzione e riproduzione sociale, a darci preziose indicazioni sulla efficacia nell'atto di cura che vede protagonisti terapeuta e paziente. La sua ricerca pluriennale svolta in Senegal consente a Zempleni di proporre casi esemplificativi in cui l'efficacia delle azioni terapeutiche e trasformativa è interrogata dai diversi attori sociali. Le interpretazioni magico-religiose di un disturbo appaiono così come degli enunciati, fatti in specifiche condizioni e in particolari occasioni, che impegnano gli interlocutori in legami sociali vincolanti. Si tratta di interpretazioni che pur connotandosi come "istanze soggettive", dotate dunque di «efficacia immaginaria o simbolica», «sono propriamente parlando costitutive dell'organizzazione e dell'ordine sociale». (p. 65). Gli atti di spiegazione e d'interpretazione della malattia, in situazioni intersoggettive, vanno così a costituire l'orizzonte di riferimento per la ricerca di cause poste al di fuori dei soggetti e di istanze cariche di effetti nel-

la catena dei rapporti sociali. Zempleni richiama il tema della doppia storicità della malattia, intesa come storicità individuale e sociale, mostrando che questa scelta ha conseguenze significative proprio sui modi in cui pensiamo le spiegazioni psicologiche della malattia e in senso ampio degli eventi negativi, perché porta a riconsiderare i modi attraverso cui gli individui conservano nelle proprie esperienze di malattia quelli che egli chiama *memoriali* corporali, oggettuali e sociali.

Nel terzo contributo, dal titolo *Altre nozioni di persona*, Silvia Spandre prende in esame differenti interpretazioni della persona e delle sue componenti in Africa, Asia, Americhe. Il problema in questo caso è costituito dalla nozione di individuo all'interno delle plurali forme di rappresentazione della persona nelle diverse società. L'analisi delle teorie locali consente di ripensare criticamente alcuni presupposti delle contemporanee psicologie e psichiatrie professionali e, in prospettiva, di ipotizzare un cambiamento di approccio, non più costituito da una classificazione dei modelli del sé in chiave comparativa, ma rivolto all'analisi contestuale, processuale e politica nei contesti di enunciazione, in cui la nozione di persona sembra coagularsi. Un approccio antropologico che dovrebbe non solo attingere a forme esotiche di produzione del sé, ma potrebbe anche avvalersi di un'etnografia delle rappresentazioni e delle pratiche endotiche centrate sulla nozione di persona.

Francesco Vacchiano conclude il volume con *Emozioni, culture, psicopatologie*. A suo parere, pensare la terapia e la trasformazione significa ricostruire soprattutto i modi locali attraverso cui ci si dice umani. In questo senso, ogni approccio alla terapia è soprattutto un'esplorazione delle antropologie locali. L'itinerario proposto da Vecchiano segue i vari orientamenti che hanno portato le antropologie delle emozioni in una prima fase a superare un approccio naturalista con più ade-

guate letture culturali e poi a ricostruire una unità più complessa nella interazione tra azione sociale, corporeità e significato. In tal senso la ricerca cross-culturale sulla depressione ha rappresentato un efficace banco di prova per interpretazioni complessive dei rapporti tra emozioni e processi culturali e per successive riletture di manifestazioni rubricate nella nozione di *culture bound syndromes*, una categoria quest'ultima che ha subito negli ultimi anni una serrata revisione critica. Lavorare su specifici modelli di umanità può implicare allora un approfondimento delle teorie del sé e delle emozioni, sia in prospettiva transculturale, sia nel quadro di una epistemologia critica delle psicologie professionali.

Roberto BENEDEUCE, *Prefazione* / Roberto BENEDEUCE, *Iniziazione alla etnopsicologia* / Andrai ZEMPLENI, *Fra 'sickness' e 'illness': dalla socializzazione all'individualizzazione della malattia* / Silvia SPANDRE, *Altre nozioni di persona* / Francesco VACCHIANO, *Emozioni, culture, psicopatologie*.

[MMi]

**Daniel CALLAHAN, *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna, traduzione dall'angloamericano di Rodolfo RINI, Introduzione di Giovanni BERLINGUER, Baldini&Castoldi, Milano, 2000, XII+356 pp. (collana "I Saggi", 155), [ediz. orig.: *False hopes*, 1998]***

Il tema centrale che guida le riflessioni di Callahan si basa sulla necessità di adottare quella che l'Autore definisce una «medicina sostenibile». Una nozione, questa, che, mutuata dall'ambientalismo, richiama l'attenzione sul bisogno che la medicina fornisca ai membri della comunità un buon livello di assistenza medica, perseguendo aspirazioni limitate di progresso e di innovazione tecnologica e sforzandosi di realizzare una condizione in cui la società sia in grado di accettare un livello

di salute e di sviluppo delle conoscenze mediche giusto, ma non ottimale.

Affrontando il problema delle difficoltà che i Paesi incontrano nel mantenere i propri sistemi sanitari, le considerazioni dell'Autore prendono le mosse da un'analisi critica della medicina occidentale, accusata soprattutto di proporsi orizzonti illimitati e di instillare eccessiva fiducia e illusorie aspettative. Certamente Callahan non nega i benefici delle nuove tecnologie e ne riconosce valori e risultati; tuttavia denuncia un eccessivo tecnologicismo della medicina che riduce le complesse problematiche legate alla malattia e all'essere malato a semplici questioni tecniche. L'innovazione continua, inoltre, e i dogmi del successo medico, incoraggiati dalla fede nel progresso illimitato, stanno creando grosse difficoltà nei sistemi sanitari occidentali per i costi crescenti, per il difficile rapporto tra questi e i benefici, per gli esiti ambigui dei trattamenti e per l'impossibilità di rendere equamente accessibile lo sconfinato progresso medico.

L'alternativa proposta dall'Autore rispetto a questa condizione è riconsiderare i valori fondamentali della medicina scientifica moderna – a partire da una visione più prudente del progresso medico e da una valutazione più realistica delle possibilità dell'innovazione tecnologica – e riconoscere che la sofferenza e la mortalità sono aspetti costitutivi e inalienabili della vita umana. Inoltre, ripensando le priorità mediche attuali, Callahan sostiene l'urgenza di spostare l'attenzione sulla cronicità (nelle società in cui la morte è causata soprattutto da malattie croniche) e sugli interventi di prevenzione, promozione ed educazione della salute; anche se questo, propone provocatoriamente l'Autore, significa diminuire i finanziamenti alla medicina per le patologie acute e aumentare i fondi per la prevenzione.

Il testo si conclude con una riflessione che lascia aperto il dubbio sulla capacità del mondo moderno di accettare una medici-

na sostenibile, ossia una realtà molto più esigente che «ci costringerà a riconsiderare il corpo e la mente, il significato sociale di medicina e assistenza sanitaria, nonché il rapporto tra la medicina e le culture di cui fa parte» (p. 319).

[ChPo]

**Tiziana CECCARINI (curatore), *Athena l'Ulivo l'Aratro. Elogio dell'intelligenza pratica e dell'abilità tecnica. Velletri (Porta Napoletana), 12 dicembre 1997 - 25 gennaio 1998, presentazione di Renato MAMMUCARI, Editrice Vela, Velletri (provincia di Roma), 1997, [VI] + 197 pp.***

Dal 12 dicembre 1997 al 25 gennaio 1998 ha avuto luogo a Velletri, in provincia di Roma, la mostra "Athena l'Ulivo l'Aratro. Elogio dell'intelligenza pratica e dell'abilità tecnica", cui ha dato il suo patrocinio il Ministero per i beni culturali e ambientali e hanno in vario modo collaborato il Comune e il Museo civico di Velletri, la Regione Lazio, la Sovrintendenza per i beni culturali del Comune di Roma, la Soprintendenza archeologica di Roma, la Soprintendenza archeologica del Lazio. La mostra ha costituito uno dei principali eventi con cui è stato commemorato il bicentenario del ritrovamento della celebre colossale statua di Pallade Athena conservata oggi nel Museo del Louvre, avvenuto appunto nel 1797 durante i lavori di scasso di un vigneto prossimo all'abitato di Velletri.

Il volume, curato per tale occasione da Tiziana Ceccarini, è articolato in sette saggi introduttivi, seguiti da un *Catalogo* articolato in sei sezioni tematiche formate quasi sempre da una breve introduzione e dalle schede degli oggetti esposti in mostra, e da una antologia di fonti classiche posta come *Appendice*. Tutti i contributi, comprese le singole schede degli oggetti, sono arricchite di precisi corredi bibliografici. Nel complesso, inclusi i re-

dattori delle schede, hanno dato un loro contributo al volume ventuno collaboratori.

Dai testi e dalla documentazione richiamata risultano caratterizzati i molteplici significati di Athena, dalle molte sembianze: simbolo della città omonima, dea dell'intelligenza pratica e del sapere tecnico, delle abilità manuali, dell'astuzia e della guerra, divinità civilizzatrice che ha donato all'umanità la pianta d'ulivo e le ha insegnato la costruzione dei carri e degli aratri, il governo delle navi e il "morso" per domare il cavallo, e alle donne la tessitura: vergine protettrice dei lavori femminili e anche degli artigiani, vasai, fabbri, tornitori, carpentieri, e dei boscaioli. In particolare, appaiono delineate le complesse valenze del collegamento fra Athena, la coltivazione dell'olivo, i valori e i significati della pianta e dei prodotti che se ne ricavano, e le attività lavorative che vi fanno riferimento. E viene soprattutto documentata la centralità e la pluralità di funzioni dell'olio di oliva nella civiltà greca e in quella romana: come componente fondamentale nella preparazione dei cibi, come essenziale ingrediente di molti cosmetici, come sostanza per la cura del corpo nelle attività atletiche, come elemento importante nelle pratiche culturali, come fonte energetica per l'illuminazione domestica e rituale. E inoltre – ed è quanto qui ci interessa – l'uso dell'olio di oliva, ma anche dei fiori, delle foglie e della corteccia della pianta, in numerose direzioni apotropaiche o preventivo-terapeutiche.

In tale quadro rivestono, appunto, uno specifico interesse per l'antropologia medica: Giuseppina GHINI, *Oliva constat nucleole, oleo, carne, amurca* (Plinio, *Nat. Hist.*, *XV*, 3,9): *la coltivazione dell'olivo nel mondo romano attraverso le fonti classiche*, pp. 44-60, in particolare *Usi medicinali*, pp. 53-54, e le relative note 61-70 alla p. 59 / Carla MARTINI, *L'olio e il corpo: dalla medicina alla vanità*, pp. 121-129, e le relative

schede 31-54 [dodici redatte dalla stessa Carla MARTINI, nove da Mariarosaria BARBERA, tre da Laura AMBROSINI, una nota tecnica sull'oggetto 43 compilata da Jarmila POLAKOVA], pp. 130-139. Ma ulteriori informazioni di interesse antropologico-medico emergono anche in: Antonella MAGAGNINI, *Athena - Menerva - Minerva*, pp. 34-42, in particolare p. 40 / Anna GERMANO, *L'olivo e l'olio nell'antichità*, pp. 62-71, in particolare p. 69 / Mariarosaria BARBERA, *L'olio e le olive nell'età antica: gli usi domestici*, pp. 141-151, e le relative schede 55-72 [tredici redatte dalla stessa Mariarosaria BARBERA, tre da Carla MARTINI, una da Mara STERNINI], pp. 152-160, in particolare p. 150.

In merito, almeno per quanto concerne la figura della etrusca Menerva, una valenza complessiva di difesa della salute sembrerebbe peraltro attestata in riferimento alla divinità stessa, che avrebbe rivestito, tra le altre, una specifica funzione salutare [p. 40].

Ma al centro di un interesse antropologico-medico sta la pianta donata da Athena agli uomini, l'olivo, o meglio alcuni prodotti che da tale pianta si ricavano e, in modo specifico, l'olio che si estrae dai suoi frutti. Per quanto concerne quest'ultimo, viene largamente documentato il suo impiego, in Grecia e a Roma, come solvente, o in ogni caso fissatore, nella preparazione di unguenti utilizzati per la "cura del corpo" non soltanto con funzioni cosmetiche o detergenti ma anche mediche [p. 69], specie per la prevenzione e cura dei danni alla muscolatura degli atleti in quella che chiameremmo oggi "medicina sportiva" [pp. 124-127]: una pratica che interessava differenti figure professionali, in vista della quale si sviluppò peraltro, per la conservazione degli unguenti, una sempre più raffinata produzione artigianale di contenitori ceramici o vetrari o anche in alabastro, ambra, agata, cristallo di rocca [pp. 127-128].

Del resto, anche ai contenitori della frazione più povera dell'olio d'oliva, usata per l'illuminazione domestica o rituale, occorre fare riferimento in questa esplorazione antropologico-medica: giacché fra le numerose lucerne entrate in uso soprattutto a Roma a partire dal I secolo a.C., sono largamente presenti quelle, grottesche, che rappresentano figurine dotate di attributi virili sproporzionati, con una chiara funzione apotropaica [p. 150].

Tuttavia, un organico panorama sull'utilizzo, nel mondo classico, dell'olio d'oliva o delle foglie o fiori o altre parti della pianta con specifiche funzioni mediche, viene delineato nel volume a partire da un esame diretto di fonti antiche come il greco Pedanio Dioscoride e i latini Plinio il Vecchio e Lucio Giunio Moderato Columella, vissuti tutti, come è noto, nel corso del I secolo d.C. Vale la pena ripetere pressoché per intero il sintetico testo, restituendovi i precisi riferimenti alle fonti.

«Le foglie di olivo erano ritenute cicatrizzanti, depurative e astringenti; il loro decotto, addolcito con miele, curava ulcerazioni, infiammazioni delle gengive, fungeva da emostatico; pestate e aggiunte a vino ed acqua piovana erano mischiate ai colliri» [PLINIO, *Naturalis historia*, XXIII, 69-70].

«I gambi dei fiori di olivo bruciati, ridotti in cenere e spruzzati di vino, si usavano per impacchi cicatrizzanti, ottenuti anche con foglie pestate e unite al miele». «Anche dalla corteccia della pianta si ricavava un liquido che curava ulcerazioni, desquamazioni, mal di denti; la scorza della radice, intinta nel miele e mangiata, avrebbe curato l'emottisi, mentre la cenere dell'albero, unita a sugna, sarebbe stata efficace contro le tumefazioni» [PLINIO, *op. cit.*, XXIII, 71-72].

«Usi medicinali avevano anche l'olivo selvatico o oleastro e l'olivo nano: dai germogli bruciati del primo si ricavava un lenitivo per le ulcerazioni e le infiamma-

zioni degli occhi, mentre l'olio era usato per sciacqui contro le gengive deboli». «Le foglie, mischiate al miele, avevano una funzione detergente e il loro decotto, sempre mischiato a miele, curava le otiti». «Contro la forfora si facevano applicazioni di germogli d'olivo selvatico, cotti e mischiati al miele; gli stessi, mangiati, erano astringenti» [DIOSCORIDE, *Περὶ ὕλησιατρικῆς / De materia medica*, I, 105, 1; PLINIO, *op. cit.*, XV, 24, e XXIII, 76-78].

«L'olio di agresto, ricavato dalle olive acerbe, e quello verde, ottenuto dalle olive appena iniziano a maturare, erano rinomati per conservare bianchi i denti e curare le gengive; si riteneva inoltre che l'olio riscaldasse il corpo, difendendolo dal freddo e desse refrigerio "alle vampate in testa"» [PLINIO, *op. cit.*, XV, 19, e XXIII, 79].

«Un uso particolare dell'olio di cui parla Columella era quello di mischiarlo con mosto aromatizzato con resina, cardamomo, radice di giunco, anice e altre spezie e lasciarlo in infusione per alcuni giorni, passati i quali si divideva il mosto dall'olio, usando il primo come medicinale per gli animali, il secondo (detto olio gleucino) per massaggi contro i dolori di nervi» [COLUMELLA, *De re rustica*, XII, 53].

«Infine l'olio ricavato dalla prima spremitura delle olive licinie, sergie e colminie serviva come base per unguenti» [COLUMELLA, *op. cit.*, XII, 54, e PLINIO, *op. cit.*, XV, 19].

«Gli olivi di Palmyra in Siria avrebbero avuto la particolarità di produrre una sostanza resinosa, l'*elaeomeli*, dal sapore di miele, che oltre ad avere un effetto soporifero, era utile per espellere la bile» [DIOSCORIDE, *op. cit.*, I, 31, e PLINIO, *op. cit.*, XXIII, 96].

«Anche le olive avevano proprietà terapeutiche: si ritenevano quelle bianche ottime per lo stomaco, per curare la renella

e i denti guasti, quelle nere erano indicate per l'intestino, ma non per la testa e gli occhi; entrambe, ridotte in poltiglia, giovavano alle bruciature» [PLINIO, *op. cit.*, XXIII, 73].

«Quanto alla morchia [...], era indicata per curare gengive, ulcerazioni della bocca, piorea; quella di olive nere era particolarmente efficace contro i geloni, quella di olive bianche per malattie dell'utero». «Cruda era utile per la gotta, bollita e applicata con panni di lino curava le ferite, con panni di lana le lussazioni» [PLINIO, *op. cit.*, XXIII, 74-75].

[TS]

**Duccio DEMETRIO, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996, 229 pp.**

La raccolta delle storie di vita, la ricostruzione, la lettura delle biografie e delle autobiografie sono state oggetto di una crescente attenzione delle scienze storico-sociali, in particolare antropologiche, soprattutto a partire dalla seconda metà del '900. L'interesse per le fonti autobiografiche si è progressivamente accentuato – concentrandosi anche su temi di indagine specifici come le narrazioni di malattia – e si è andata sviluppando una sempre crescente attenzione alla metodologia e alle tecniche della loro rilevazione.

L'opera di Duccio Demetrio si inserisce in questo contesto di ricerca, sottolineando l'importanza del «pensiero autobiografico» come mezzo per riappropriarsi del sé, della propria storia e del proprio passato. Costruire e raccontare l'autobiografia avviene allora un'operazione di «cura di sé», poiché rappresentando se stessi e ricostruendosi, si attua una presa in carico – in cura, appunto – e si riordina la trama, il filo narrativo degli eventi di malattia, di gioia o di dolore che hanno caratterizzato la nostra vita.

Fare autobiografia «è darsi pace, pur affrontando l'inquietudine e il dolore del ricordo» ed è anche «l'eccitante scoperta di essere al contempo tante voci [...] di essere una *popolazione di io* all'interno di uno *stesso sé*» (p. 27). La multiformità che caratterizza la storia di ognuno impone – e questo è il filo conduttore di tutta l'opera – che la costruzione dell'autobiografia sia pensata come un infaticabile «lavoro di tessitura», in cui il passato diviene presente e la storia si sospende lasciando libero flusso al ricordo. Il problema allora, sostiene Demetrio, non è quello di comprendere il personaggio che siamo stati o che siamo, ma di ricercare i molti ruoli e i molti io che hanno caratterizzato la nostra vita.

Ripensare la propria storia o determinati avvenimenti implica ricostruire una realtà che, nel momento in cui viene impressa, fotografata, assume un volto che è altro da noi e «ci conferma in modo lampante che la vita delle cose è sempre un riflesso della vita della mente e che, di conseguenza, la vita rappresentata con un codice qualsiasi è un'altra vita ancora» (p. 54).

Oltre a sottolineare l'importanza del processo autobiografico e la necessità di fissare sulla carta la ricostruzione del proprio passato, l'Autore dedica l'ultima parte del suo libro ad alcuni modelli di lavoro autobiografico per guidare e incoraggiare la scrittura e suggerire quali criteri possono essere seguiti; l'attenzione di Demetrio si sofferma, inoltre, sulle questioni relative alle raccolte di autobiografie e storie di vita – autonomamente prodotte dai loro autori o stimolate e registrate dai ricercatori – illustrando strumenti e tecniche delle scienze sociali utili alla ricostruzione e all'interpretazione dei percorsi di narrazione e all'efficacia del rapporto tra intervistato e ricercatore.

[ChPo]

**Jared DIAMOND, *Armi, acciaio e malattie. Breve storia del mondo negli ultimi tredicimila anni*, II ediz., traduzione dall'angloamericano, introduzione di Luca e Francesco CAVALLI-SFORZA, Einaudi, Torino, 2000, XVI+366 pp. (collana "Einaudi Tascabili. Saggi", n. 778), [I ediz.: Einaudi, Torino, 1998], [ediz. orig.: *Guns, germs, and steel. The fates of human societies*, W. W. Norton & Company, New York - London, 1997]**

L'opera di Jared Diamond, docente di fisiologia presso l'Università della California a Los Angeles (UCLA) e membro dell'Accademia Nazionale delle Scienze statunitense, ruota attorno ad alcune domande fondamentali: perché l'umanità ha conosciuto tassi di sviluppo differenti nei vari continenti? Da cosa dipende storicamente la diversa distribuzione della ricchezza nel mondo? Perché gli Europei hanno conquistato quasi tutto il mondo negli ultimi cinque secoli e non è successo il contrario? E perché quando questi giunsero in America portando numerose malattie infettive non furono colpiti a loro volta da patologie letali trasmesse dalle popolazioni autoctone? A partire da questi quesiti si snoda tutta la riflessione dell'Autore che, ripercorrendo le tappe dell'umanità dal termine dell'ultima glaciazione, intorno agli 11.000 anni a.C., ricostruisce la storia dei rapporti tra i popoli, delle conquiste, delle epidemie e dei genocidi che hanno modellato il mondo così come appare oggi, sottolineando come la disponibilità di piante e animali domesticabili, le malattie, la conformazione geografica e le barriere ecologiche abbiano determinato le differenze.

Il libro è diviso in quattro parti. La prima, intitolata *Dall'Eden a Cajamarca* traccia la mappa delle principali differenze ambientali e geografiche che hanno caratterizzato gli ultimi 13.000 anni e presenta un esempio di scontro tra popoli di diversi continenti attraverso la storia della cattura dell'ultimo imperatore Inca, Atahualpa,

da parte dei *conquistadores* guidati da Francisco Pizarro, a Cajamarca, individuando tra le cause che portarono a questo evento le malattie, l'organizzazione politica, la tecnologia navale e militare.

La seconda parte, *Come l'agricoltura fu scoperta e perché ebbe successo*, mostra come l'agricoltura e l'allevamento, contrapposte alla caccia e alla raccolta di vegetali spontanei, non ebbero uno sviluppo omogeneo nel mondo ed analizza i fattori di tali diversità.

Nella terza parte, *Dal cibo, alle armi, all'acciaio e alle malattie*, l'Autore traccia una storia delle origini delle malattie infettive, sottolineando come queste – che possono sopravvivere solo in gruppi molto numerosi, poiché una piccola tribù può essere spazzata via dagli agenti patogeni – si siano potute sviluppare solo con l'arrivo di società molto popolate, cioè società che si sono formate con la nascita dell'agricoltura. Questa, infatti, ha permesso densità abitative assai superiori rispetto allo stile di vita dei cacciatori-raccoglitori e ha facilitato la diffusione dei germi infettanti; a differenza dei nomadi, infatti, i contadini sedentari convivono con i loro rifiuti, fornendo ai microbi una buona strada per diffondersi nelle acque utilizzate dalla comunità. Lo sviluppo delle città, ha poi peggiorato la situazione per le cattive condizioni igieniche che caratterizzavano i centri urbani.

Dopo aver tracciato questo quadro, l'attenzione dell'Autore si sofferma su quanto accadde quando gli Europei raggiunsero l'America: furono proprio le malattie portate dal Vecchio Mondo (vaiolo, morbillo, influenza e tifo alle quali si aggiunsero difterite, malaria, orecchioni, peste) ad uccidere gli Indiani americani più che le armi; ben poche malattie letali, al contrario, attaccarono i conquistatori europei. I motivi di questa asimmetria, secondo Diamond, sono da ricercare nel collegamento tra lo sviluppo delle malattie e le condizioni ambientali.

Certamente, società densamente popolate non mancavano in America, sottolinea l'Autore, ma mentre in Eurasia le malattie infettive sorsero a partire da mutazioni genetiche di agenti patogeni presenti negli animali domestici, in America, dove questi erano ben pochi rispetto al numero di buoi e maiali allevati nel Vecchio Mondo, non si verificarono le condizioni per una diffusa trasmissione di malattie.

Alla nascita dell'agricoltura e delle società agricole sedentarie sono collegati anche l'invenzione della scrittura e lo sviluppo della tecnologia, le strutture di governo e gli eserciti; grazie alla produzione di surplus alimentare, ricorda l'Autore, si poterono affermare un gruppo di specialisti tecnici non dediti alla produzione di cibo, re, caste e burocrazia e il mantenimento degli eserciti.

Nella quarta parte, infine, *Il giro del mondo in cinque capitoli*, alla luce di quanto descritto precedentemente, Diamond ripercorre la storia geografica e umana di tutti i continenti e dei reciproci rapporti, alla ricerca di casi esemplari per illustrare e mettere alla prova le sue teorie.

[ChPo]

**VAN DIJK Rijk - REIS Ria - SPIERENBURG Maria (curatori), *The quest for fruition through Ngoma. The political aspects of healing in Southern Africa*, James Currey Ltd, Oxford, 2000, 172 pp.**

Negli ultimi anni gli studi sul fenomeno della possessione, spesso radicati in ricche etnografie di ottimo spessore teorico, hanno conosciuto una forte riscoperta. Lavori come quelli di Lambek sulla possessione in Madagascar, o quelli di Boddy in Sudan o quelli di Giles, Stoller e altri ancora hanno certamente vivificato tale dibattito, per quel che riguarda gli studi sul continente africano, e hanno contribuito a rinnovare le prospettive teoriche, nelle quali hanno assunto un posto

centrale autori quali Foucault, Gramsci e Bourdieu.

Raccogliendo alcune suggestioni del volume *Case studies in spirit possession*, pubblicato nel 1977 a cura di Crapanzano e Garrison, gli studi sopra citati si sono concentrati sulla specificità dei fenomeni nei loro contesti sociali e soprattutto sulla comprensione della grammatica e dei discorsi locali che i culti di possessione attivano. Una prospettiva dunque che segna un forte distacco tanto da quella che interpreta il fenomeno della possessione all'interno dei culti di afflizione, quanto da quegli studi – di matrice psicoantropologica – che in questo fenomeno tendevano a privilegiare l'attenzione verso gli stati alterati di coscienza. Per parafrasare Lambek, il centro di interesse era più per la trance – qui vista come una delle “naturali” e universali espressioni umane – che per la possessione, intesa come teoria indigena di quello stato che diventa un idioma attraverso cui leggere e intervenire nel mondo sociale.

Gli studi raccolti nel volume qui presentato si inseriscono pienamente in questa rinnovata prospettiva. Il culto analizzato è lo Ngoma, diffusa in una vasta area dell'Africa meridionale. A tale culto quasi dieci anni fa aveva dedicato un fecondo studio Janzen. Fu proprio Janzen a proporre una lettura unificata, su una vasta scala areale, di una serie di culti prima studiati su una più ristretta base territoriale. Tale prospettiva unitaria era resa possibile non tanto dalle somiglianze formali, ché spesso invece erano di difficile individuazione, quanto piuttosto da una prospettiva storica.

Prendendo le mosse dal lavoro di Janzen il presente volume analizza la varietà di pratiche di guarigione, culti religiosi e rituali politici raggruppati sotto questo nome, sotto vari punti di vista, il cui scopo sembra essere quello di focalizzare aspetti di tale espressione culturale, riconducibili all'ambito dell'antropologia reli-

giosa e dell'antropologia medica – finora rimasti in ombra.

Il saggio di Annette Drews, si concentra sulla dualità tra quelli che Janzen aveva chiamato lo Ngoma politico e lo Ngoma terapeutico viene inserita in una più ampia prospettiva. Tale dualità infatti esprime e fonda più ampie contraddizioni, come quelle di genere – innanzitutto, o quelle tra locale e nazionale o tra necessità individuali e interessi di gruppo.

Il saggio di Ria Reis analizza gli aspetti terapeutici dello Ngoma per come esso è praticato dai guaritori dello Swaziland e in particolare la relazione tra questi e la loro clientela. Ne emerge con forza l'idea che il discorso sulla sofferenza e sulla guarigione, in questo contesto, nasce dalla interazione tra il sapere del guaritore e l'esperienza del malato e porta spesso alla creazione di nuovi concetti di malattia in cui si riflettono le idee e le critiche sui mutamenti sociali in atto.

Sempre sugli aspetti terapeutici dello Ngoma e sulla sua relazione con ciò che potremmo definire come la sfera del politico si incentra il saggio di Marja Spierenburg. Anche in esso l'idea centrale è che lo Ngoma più che essere uno strumento attraverso cui definire valori primari e modelli sociali, esso è una arena in cui i clienti, più che lo stesso guaritore, discutono i – e riflettono criticamente su – mutamenti socioeconomici e politici.

Sempre sul nesso tra Ngoma e riflessione critica sugli assetti sociali e politici si concentra il capitolo di Cor Jonkers, che studia il caso di una chiesa Zionista nel contesto urbano dello Zambia. È proprio tale nesso che permette di inserire le pratiche terapeutiche di questa chiesa all'interno del "contenitore" Ngoma. Ma l'analisi mostra chiaramente come tale nesso sia sicuramente centrale.

Il saggio di van Dijk infine, che analizza in contesto malawiana, mostra come lo Ngoma stia perdendo le sue capacità

egemoniche discorsive sulle guarigioni individuali e sociali sotto gli attacchi dei gruppi pentecostali.

Nell'insieme il volume si presenta come una serie quanto mai interessante di studi di caso che, trattando di un fenomeno diffusa su una area molto vasta, pone di nuovo al centro quel nesso tra mondi della malattia e della guarigione, espressione religiosa e riflessione critica sul presente su cui molte etnografie contemporanee, non solo di matrice africanista, stanno riflettendo.

[PSch]

**Gerardo FERNÁNDEZ JUÁREZ**, *Los Kallawayas. Medicina indígena en los Andes bolivianos*, Ediciones de la Universidad de Castilla - La Mancha, Cuenca, 1998, 181 pp. (Collección Humanidades, 23)

**Gerardo FERNÁNDEZ JUÁREZ**, *Medicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el Altiplano Aymara*, introduzione di Guillermo CUENTAS YÁÑEZ, prologo di José FERNÁNDEZ DE Henestrosa, presentazione di Xavier ALBÓ, con commenti di Enrique PINTO - Jaime ZALLES, Ministerio de Salud y Previsión Social - Centro de Investigación y Promoción del Campesinado [CIPCA] - Equipo de Salud Altiplano [ESA] - Oficina Panamericana de Salud / Organización Mundial de Salud [OPS/OMS], La Paz, 1999, 276 pp. (Cuadernos de Investigación del Centro de Investigación y Promoción del Campesinado [CIPCA], 51)

Un lavoro sul campo di quasi dieci anni è il materiale, scientifico e al tempo stesso "partecipato", che si condensa e si sintetizza nei due testi presi in esame, riuniti qui perché si pongono in linea di continuità tra loro, nell'analisi del rapporto tra varie medicine praticate sull'altopiano boliviano e nel tentativo di comprensione delle dinamiche in atto, che vedono im-

plicati numerosi attori sociali e generano adattamenti e rielaborazioni progressive dei sistemi di riferimento.

I Kallawaya, protagonisti del primo testo, sono medici originari delle Ande boliviane, che usano una ricca e variata farmacopea naturale, officiano elaborati rituali di cura e prevenzione ed hanno alcune affinità con altri gruppi andini. Nella loro pratica sono rintracciabili anche saperi non locali, ma legati al contatto con una tradizione "ispanica", che però è decisamente ristretta a tratti accessori. Essi svolgono una medicina itinerante e viaggiano fino al Perù, all'Argentina, a Panama.

Una riflessione sul "ritorno" dello sguardo etnografico mette in luce una dinamica particolare: nel corso degli anni l'interesse degli studiosi per questo specifico gruppo ha favorito la nascita di un forte "orgoglio etnico" e di una tendenza esoterica da parte degli stessi praticanti.

Tale gruppo recentemente si è spostato dalle Ande e da una forma di produzione legata alle terre per coltivazione e pascolo, ad un contesto urbano, ovvero alla periferia di La Paz. Questo spostamento è tanto vivo nella coscienza della gente che si usa il termine "residentes" per indicare coloro che vivono nella città, ma non sono "i cittadini" di tale contesto.

È anche da dire che il contesto nel quale si muove (e nel quale convive) la cultura kallawaya è fortemente aymara e le differenze sono immediatamente percepibili, a cominciare dalla lingua, l'aymara appunto, e non il quechua parlato dai Kallawaya. Altri dati storici su questa popolazione sono vaghi; per esempio in qualche etnografia si dice che verrebbe usata anche una lingua del tutto peculiare, il *machaj juyay*, e i Kallawaya stessi si proclamano discendenti degli Inca.

Alcuni Kallawaya si autodefiniscono medici e sacerdoti, praticando offerte rituali complesse, definite *mesas*, e facendo in

generale riferimento ad entità soprannaturali dalle caratteristiche ambivalenti nella pratica terapeutica, preventiva e propiziatoria. L'adozione del crocifisso è peraltro comprensibile anche per il suo uso come emblema di potere ispirato alle gerarchie ecclesiastiche.

Tali *mesas*, elemento caratterizzante e frequente nella pratica dei Kallawaya, sono destinate a saziare la voracità delle entità soprannaturali, che si è incrementata in epoca recente di cambiamenti e crisi d'identità. Il principio strutturante delle *mesas* è lo scambio ed il pagamento in cibo e parafernalia in cambio della salute del richiedente. La consumazione del "pasto" però per mezzo del fuoco è anche una base predittiva sulla salute, ma in genere sulla vita futura del paziente.

L'elaborazione delle *mesas*, gli ingredienti impiegati ed il contesto di elaborazione si sono trasformati nel passaggio dalla campagna all'ambiente urbano e si ritrasformano nel momento in cui sono nuovamente compiute nell'ambito rurale.

Dato molto interessante è che i Kallawaya di La Paz si sono configurati in forma di associazione: la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA), nel 1984 e questa si è posta come interlocutore con le istituzioni, governative e non, e tenta una professionalizzazione delle medicine indigene.

Nella letteratura è anche testimoniato un discorso kallawaya di rappresentazione mitica di se stessi quali discendenti degli Inca e da tale ricostruzione deriverebbero il potere del gruppo e la rilevanza delle conoscenze, rispetto alle cure praticate dalle figure terapeutiche di cultura aymara.

La visione del gruppo da parte del contesto aymara è invece abbastanza ambivalente, sia sul piano operativo, per il quale sono a volte definiti fattucchieri [*hechiceros*], sia sul il piano deontologico, per i compensi monetari che stabiliscono.

Tra *yatiri* – saggi aymara – e Kallawayà è in atto una effettiva crescente rivalità. Indiscussa è però la competenza medica dei Kallawayà, tanto che a loro vengono comunque sottoposte le situazioni patologiche più gravi ed i pazienti vengono, in questo frangente, inviati loro dagli operatori aymara.

Il secondo testo, quello del '99, si pone come primo luogo di dibattito e foro di dialogo nei rapporti tra due forme di medicina attive nel medesimo territorio, ma troppo a lungo ignoratesi reciprocamente o contrapposte in modo non necessario: la medicina convenzionale – delle università, degli ospedali, dei Centros de salud – e la medicina tradizionale, assai articolata e priva di una localizzazione ufficiale.

I “commenti” finali vogliono essere appunto i primi catalizzatori di questo dialogo, auspicato e stimolato, e sono opera di Enrique Pinto, medico con esperienza decennale nel settore sanitario rivolto alla popolazione contadina, e di Jaime Zalles, medico che si è molto interessato alla medicina aymara.

Una caratteristica forte del testo è l'essere scritto nella prospettiva dei pazienti di un'altra tradizione culturale, quella aymara, e dei loro operatori di salute – principalmente detti *yatiri* – e il cercare, quale lettore principale, i medici e gli assistenti sanitari che lavorano nel campo analizzato e che assistono la popolazione contadina.

Avvicinarsi a questa prospettiva, per l'Autore è possibile, dato che da anni egli conduce ricerche sulla cultura aymara e sul mondo simbolico che esprime. Parlando a lungo con la popolazione dell'altopiano è riuscito a guadagnarsi la fiducia della gente ed a spiegare il ruolo dei medici ed infermieri, vedendo poi come la gente si fosse “convinta” ad andare alle visite di controllo, conducendo anche i figli, e generando emozione, soddisfazione ed orgoglio per lui, che ha creato il ponte co-

municativo e interculturale, fino a vedere i «frutti della convivenza nel contesto comunitario», «la comunità aveva fiducia nelle mie parole» al punto da andare alle visite mediche. Il compito di mediatore, in contemporanea, è stato svolto anche nella “preparazione” dei medici alle visite mediche con la popolazione delle comunità andine ed essi erano soddisfatti dell'assistenza che potevano prestare.

Come si può facilmente supporre, un ruolo di questo tipo è stato foriero di dubbi per aver attraversato il margine delle competenze antropologiche, ma anche di soddisfazione come professionista e come persona. «Come fare differenza fra i due aspetti! Come separare l'uno dall'altro!». Il risultato delle implicazioni personali è riassunto nell'aver dato a molti bambini ammalati una seconda opportunità di vita, ovvero un vero privilegio in Bolivia, ed uno spazio di dialogo tra genitori, ammalati, *yatiris*, medici, che ha generato una complementarità strategica nell'ambito della salute, per lo più fruttuosa.

Questa implicazione, il superamento dell'essere osservatore, il poter dal ruolo professionale, è vista dall'Autore come necessaria e positiva, per quanto problematicizzata. L'asetticità sarebbe stata impossibile o forse indesiderata. «Il dolore, l'agonia e la morte sono gli “informatori chiave”».

Nonostante tale impegno, l'assunzione di un ruolo così attivo e le soddisfazioni tangibili, Fernández dichiara di sentire un debito morale con la popolazione.

Rispetto a questo secondo testo, il posto scelto per il lavoro di campo è Qurpa, comunità vicina alla popolazione di Jesús de Machaca, vicino La Paz, dove c'è un piccolo ospedale nel quale opera l'Equipo de Salud Altiplano, costituita da due medici generici, un odontoiatra e tre specializzandi o part-time, più vari ausiliari aymara. Il Centro si pone come coordinamento di Centros de salud minori nella provincia.

Nel periodo di stanzialità nella zona, l'Autore ha vissuto con una famiglia di *yatiris* accompagnandoli negli spostamenti quotidiani per assistere pazienti. Il terzo ambito di osservazione era nella relazione con i *residentes*, ovvero con le persone trapianate con le famiglie dalla campagna alle zone periferiche delle città di La Paz e El Alto. In questo universo è possibile osservare una stretta relazione fra le diverse forme di terapia, dato il carattere "aperto" del mercato terapeutico urbano e data l'interazione delle diverse classi sociali.

Il lavoro di campo si è svolto tra il 1988 ed il 1996: durante questo periodo l'Autore è stato cliente, alunno, apprendista e segretario di operatori tradizionali, oltre che residente nello stesso contesto. Da questi ampi soggiorni sulle Ande deriva un apparato iconografico ricco e rispettoso del valore degli eventi di cui è spettatore. Partendo dalla concezione del corpo, della malattia e della cura, egli mostra i fraintendimenti e le difficoltà di comunicazione nel confronto poi con la medicina ospedaliera. Alla fine si delinea anche un panorama di politiche pubbliche che di fatto ampliano la frattura fra sistemi.

La bibliografia è molto ampia, perché la tematica delle medicine locali è stata spesso trattata, ma per lo più dando luogo a frustranti e ingiustificati tentativi di inserire le categorie classificatorie della patologia aymara in quelle della patologia medica occidentale. Spesso ne sono derivati "dizionari di piante medicinali" o di sindromi culturalmente determinate, utili per essere consultate dai medici, ma poco propositive sulle problematiche esistenti.

L'utilità di questi riferimenti e di questa letteratura però non è stata trascurata e l'Autore ha dato notevole spazio alle note esplicative ed ad indici tematici per chiarire e non snaturare le logiche proprie di ogni sistema medico, lasciando anche molto spazio alle testimonianze dirette dei vari attori sociali.

Rispetto a queste ultime, il linguaggio delle interviste, spagnolo ma con numerose parole e forme grammaticali aymara, inquadra la discussione nel mondo simbolico e concettuale di chi si esprime, la cui lingua madre non è lo spagnolo.

Nel racconto degli scambi intercorsi con il personale medico si ha la percezione di una silenziosa autosufficienza e prepotenza su un corpo dolorante. La presenza di una cultura "altra" viene vista come una minaccia e l'assimilazione come l'unica strada percorribile.

Ci sono tutte le premesse di un problema al quale è urgente dare soluzioni adeguate.

Si poteva affrontare tutto il materiale in maniere molto diverse; partendo dal modello di proiezione anatomica ispirato al "corpo montagna", corpo come macrocosmo incorporato ed alla dicotomia del caldo/freddo esistente, ma questa visione viene toccata solo tangenzialmente, perché è una lettura interessante per gli studiosi, ma è esterna alla dinamica vissuta dagli attori per rispecchiare la quale è stato dato tutto lo spazio necessario ad una lettura globale e dinamica dei fenomeni e delle trasformazioni in atto.

[CIA]

**Helga KUHSE, *Prendersi cura. L'etica e la professione di infermiera*, traduzione dall'inglese di Rosaria TROVATO, premessa di Gianni TOGNONI, Edizioni di Comunità, Torino, 2000, XVIII+346 pp. [Territori di Comunità, 16] [Ediz. orig.: *Caring. Nurses, women and ethics*, 1997].**

L'Autrice, direttrice del Centre for Human Bioethics presso la Monash University, in Australia, e co-direttore di una delle principali riviste mondiali di bioetica, affronta sotto questa chiave il tema della relazione fra medici e infermiere, ponendo un certo numero di questioni relative al differenziale di potere con cui in ambito

biomedico si prevede che le due figure interagiscano con i pazienti.

Infatti i loro ruoli sociali, così come si sono consolidati nel tempo, prevedono che al solo medico spetti l'ultima parola sulle decisioni da prendere, mentre alle infermiere resta il compito di eseguire quanto da egli stabilito. Mettendo sul tavolo della discussione quelle che sono le responsabilità etiche connesse ai ruoli tradizionali di medici e infermiere, invece, l'autrice critica fortemente questa impostazione, mostrando come l'esclusione di queste ultime da alcuni ambiti decisionali costituisca un elemento negativo per gli stessi pazienti.

Poiché i medici tendono ad incontrare i pazienti solo per brevi momenti, infatti, va da sé che essi finiscono per non acquisire quella sollecita comprensione individualizzata che costituisce invece una condizione necessaria per la buona cura del paziente. Al contrario, le infermiere sembrano effettivamente "prendersi cura" dei pazienti, poiché il rapporto che si instaura con costoro è un rapporto continuativo e spesso di grande coinvolgimento emotivo, cosa che finisce per renderle fortemente consapevoli di quelli che sono i veri bisogni dei pazienti.

Ecco perché, secondo l'Autrice, le politiche e la normativa sanitaria dovrebbero tenere conto di tutto ciò, coinvolgendo (quando non addirittura delegando) le infermiere in alcune decisioni connesse ad esempio alla prescrizione di ordini di rianimazione (o, viceversa, di non rianimazione), alla valutazione di quanto un paziente sofferente o in punto di morte debba essere aiutato nella sopportazione del dolore, o addirittura alla sospensione o meno delle cure che mantengono in vita, fornendo un aiuto diretto nella morte ai pazienti terminali che lo richiedono.

[MPe]

**LOCK Margaret - YOUNG Allan - CAMBROSIO Alberto (curatori), *Living and working with the new medical technologies. Intersections of inquiry*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000, 295 pp.**

È oramai da più di due decenni che l'antropologia medica, lavora sempre più sulla biomedicina, sulle sue costruzioni teoriche, sulle sue pratiche e sui suoi attori. Questo lavoro, incentrato su un tema quanto mai attuale dato la sconcertante accelerazione che il progresso tecnologico in questo coampo ha conosciuto negli ultimi dieci anni, si inserisce in tale filone di studi, proponendo un'analisi interdisciplinare delle nuove tecnologie in medicina.

Originato da un convegno su tali temi tenutosi a Cambridge nel 1996 e che vedeva riuniti antropologi medici e quelli che oramai vengono definiti come i cultori di *science studies* – cioè quei filosofi e sociologi che studiano la scienza e le sue produzioni come entità culturali – il volume, che intende raccogliere saggi di diverso orientamento teorico e di diversa intonazione disciplinare, si presenta come una continuazione di quell'incontro e un approfondimento delle sue tematiche.

Il tema unificante, le nuove tecnologie mediche, viene affrontato in diversi contesti – dai laboratori alle scienze della mente – e avendo come centro le diverse prospettive degli attori sociali, quelle cioè di chi produce tali tecnologie o che con l'ausilio di essa produce conoscenze – siano esse diagnosi o nuove entità nosologiche – di chi insomma con tali tecnologie *lavora*, così come quelle di chi con tali tecnologie – da differenti punti – *vive* o è costretto a viverci, cioè l'insieme dei pazienti che nella loro storia con esse sono costretti a fare i conti.

Può sembrar strano che le prime pagine dell'introduzione siano dedicate a due libri a prima vista, assolutamente datati rispetto all'attualità del tema: gli Azande di

Evans-Pritchard del 1937 e il resoconto sul test di Wassermann per la sifilide di Flek del 1935. In realtà il discorso su questi due testi permette di offrire al lettore una delle chiavi di lettura per affrontare un testo per molti versi composito. Evans-Pritchard infatti ci permette di focalizzarci sul problema della razionalità, non individuale ma sociale, degli atti e sul ragionamento, o meglio su quello che i curatori del volume, seguendo il filosofo Ian Hacking, stili di ragionamento; cioè un senso della razionalità che sposta questo oggetto dalle nostre menti alle istituzioni sociali, alle tecnologie e alle pratiche attraverso cui gli individui interagiscono tra di loro e con il mondo che li circonda. L'analisi di Flek è invece una etnografia, benché egli condivida ben poco con la tradizione antropologica di quegli anni, che mette in luce come il test di Wassermann si sia dapprima sviluppato e sia stato poi accettato dalla comunità scientifica. La parola chiave attraverso cui tale libro è analizzato dai curatori è "pratiche", intese come l'insieme di interazioni tra ricercatori, mezzi, strumenti, risorse e altri elementi del paradigma biomedico. È questo tipo di interazioni, che è al centro dell'analisi che il libro fa delle nuove tecnologie mediche.

Così in molti saggi un interesse centrale è la costruzione e la trasformazione dei corpi e delle identità individuali attraverso le pratiche tecnologiche. Riferendosi alle suggestioni fornite dalla letteratura antropologica femminista della microfisica del potere di Foucault, le tecnologie diventano un luogo delle pratiche in cui si può vedere all'opera la biopolitica, per come essa è delineata dal filosofo francese.

I diversi capitoli sono divisi in tre parti: la prima di carattere introduttivo, la seconda concentrata sui laboratori e le cliniche, la terza su come le tecnologie intervengano nella costruzione delle realtà cliniche vissute dai pazienti. Vi è un gioco sottile tra le parti, e spesso i saggi sembrano rinviare l'uno all'altro, quasi a sottolineare

come le nuove tecnologie mediche costruiscano mondi complessi di cui fanno parte ad un tempo le sofisticate apparecchiature di validazione dei test diagnostici, i discorsi sulla costruzione delle entità nosologiche nelle scienze psichiatriche e i pazienti che esperiscono, nelle diagnosi e nelle cure, macchine via via più precise e potenti.

Il mondo delle tecnologie mediche, diventa non solo un nuovo terreno etnografico in cui è possibile confrontarsi, ma diventa anche il punto di incontro tra due recenti ambiti disciplinari, quello dell'antropologia medica e quello degli "science studies", che hanno prodotto in questi anni studi realmente innovativi.

[PSch]

**Tanya M. LUHRMANN, *Of two minds: the growing disorder in American psychiatry*, Knopf, New York, 2000.**

«But a combination of socio-economic forces and ideology is driving psychotherapy out of psychiatry. It is harder than ever before for residents to learn psychotherapy or to see its relevance in a hospital setting, harder than before for a patient or doctor to be reimbursed for it.» (p. 23).

La psichiatria che emerge dal lavoro di Tanya Luhrmann è un luogo di conflitti fra modelli teorici (e sociali) antagonisti. Nonostante l'ideologia medica voglia che le questioni vengano risolte sulla base dell'efficacia terapeutica, le parti in gioco (gruppi sociali e concetti) paiono primeggiare o scomparire attraverso processi politici e retorici.

L'esposizione focalizza sul problema delle "due menti": due modalità differenti di interpretare la natura umana e di agire su di essa, che sarebbero attualmente presenti nella disciplina. Si tratta della prospettiva biomedica (diagnostica e psicofarmacologica) e della prospettiva

psicodinamica (psicoterapeutica). Gli studenti nordamericani vengono al momento esposti ad entrambi i modelli. Tale procedimento è però minacciato di estinzione, per la confluenza di forze economicopolitiche (il trionfo del modello aziendale in sanità) e scientifiche (il rafforzamento della prospettiva biomedica in seguito al successo di farmaci quali il Prozac, efficaci per la riduzione sintomatologica e apparentemente con poche controindicazioni) che stanno portando all'uscita della psicoterapia (e dei concetti psicodinamici) dallo spettro delle attività con cui uno psichiatra si aspetta di cimentarsi.

Lontana da un approccio antropologico di tipo scettico, la posizione (politica) di Luhrmann sembra chiara. Rinunciare alla psicoterapia è un errore, pernicioso per i pazienti ma anche per gli psichiatri, la cui attività sta di anno in anno diventando più noiosa e ripetitiva, lontana dalla spinta passionale a curare ed a conoscere la mente dell'uomo, che spesso sta alla base della scelta della professione. La conclusione della monografia risiede in una richiesta politica: il migliore approccio psichiatrico è la doppia presa in carico, psicoterapeutica e farmaceutica.

La monografia non ha per oggetto un problema "antropologico" (ad esempio le modalità della costruzione di una conoscenza, nel caso la psichiatrica) quanto la ricostruzione storica sociale di ciò che sta succedendo nella psichiatria nordamericana, compiuta attraverso l'utilizzo di tecniche etnografiche. Il materiale è abbondante e di qualità. Chiunque sia occupato di psichiatria nordamericana, può apprezzare l'acutezza delle note e delle ricostruzioni di Luhrmann. "Of two minds" è l'anatomia di un processo di apprendimento, ossia del processo attraverso cui gli studenti di psichiatria (statunitensi) imparano a trasformare in pazienti le persone che a loro si rivolgono, ed imparano ad immaginare il "corretto" comportamento clinico. Si basa su di un lavo-

ro di campo assai esteso, spazialmente (in varie istituzioni e località all'interno degli Stati Uniti) e temporalmente (nel corso di dieci anni, di cui quattro intensivi), che comprende la partecipazione a corsi di specializzazione in psichiatria, l'osservazione di attività diagnostica e clinica ed innumerevoli interviste. Attraverso le tappe della loro formazione, l'autrice ci accompagna nel mondo degli specializzandi in psichiatria e delle istituzioni che frequentano. Secondo un procedimento classico in alcuna letteratura antropologica e psicoanalitica, specie anglosassone, Luhrmann compone personaggi non veri ma verisimili, unendo varie storie e varie interviste. (La motivazione manifesta di tale procedimento è il mantenimento dell'anonimità; il risultato è la creazione di idealtipi che si allontanano dalla necessaria frammentarietà della realtà e appaiono più "compiuti" – e quindi più adatti a suffragare una tesi – di quanto qualsiasi storia reale sia.) Il mondo della psichiatria include innanzitutto il contatto con la follia, della cui fattualità siamo costantemente rammentati attraverso storie di autodistruzione, deliri, aggressioni, etc. Luhrmann infatti si oppone duramente alle prospettive antipsichiatriche "anni '70", dove la psichiatria era vista pelopiu come una disciplina di controllo sociale. Sostiene che la follia (madness) esiste e che gli antropologi che la trattano come problema solamente sociale (ad esempio secondo la prospettiva sociologica della *labelling theory*) non possono essere in grado di comprenderla appieno. Sostiene che le malattie psichiatriche (almeno schizofrenia, disturbo maniaco-depressivo e depressione maggiore) sono "condizioni umane universali" che le varie culture interpretano e trattano in modi diversi. Pur se suggerisce, sulla base anche del lavoro di Margaret Lock (1993), che il rapporto tra biologia e cultura può essere pensato in forma più complessa, e non meccanicamente vedendo la cultura come maschera di una biologia universale, essa adotta

(a fini pratici) questo approccio. Il suo punto di vista sulle malattie è interno alla prospettiva psichiatrica e la presentazione non è differente da quella che troviamo in qualsiasi manuale semplificato di psichiatria, o nel case book del DSM III o IV. In un certo senso, si sente il timore dell'antropologo di sminuire, attraverso la sua indagine, la disciplina psichiatrica. L'etnografia dei concetti psichiatrici non è comunque il punto della monografia.

La presentazione dei nodi salienti della psichiatria contemporanea, non solo nordamericana, è estesa e acuta. Il lavoro di Luhrmann è unico per ampiezza e profondità. Se le etnografie della psichiatria fiorite negli anni '80 e '90 hanno focalizzato su dettagli della rete istituzionale (ESTROFF S. E. 1981; RHODES L. A. 1991 ed altri) o su entità diagnostiche (YOUNG A. 1995; HACKING I. 1995; BARRETT R. 1996 ed altri), Luhrmann tende a dipingere l'intero quadro della psichiatria nordamericana, sebbene superficialmente, senza entrare nel dettaglio della storia dei concetti. Compie osservazioni partecipanti in cliniche orientate psicodinamicamente ed in grandi ospedali orientati alla psicofarmacologia, in ospedali pubblici per chi non possiede un'assicurazione sanitaria come in cliniche che solo un professionista ben pagato può permettersi, in emergenza ed in corsia, così come in ambulatorio. Arriva a prendere lei stessa 8 pazienti ambulatoriali in psicoterapia per due anni, partecipando fino in fondo al programma di apprendimento per gli specializzandi (non essendo medico, non può somministrare farmaci quindi non può partecipare alla clinica psicofarmacologica). Visita ed intervista psichiatri coinvolti nella ricerca biologica, così come anziani psicoanalisti. Segue le carriere degli specializzandi e delle istituzioni nel corso degli anni, osservando nel suo compiersi l'aziendalizzazione dell'ospedale, la crescita dell'influenza delle compagnie assicurative, i tagli ai costi nella seconda metà degli anni '90, etc.

"Of two minds" si presenta quindi come una sorta di indispensabile inventario del-

le questioni con cui gli psichiatri si stanno attualmente dibattendo, nonché come un "romanzo di formazione" dello psichiatra ideale. L'impostazione è "simpatica" nei confronti di psichiatria e psichiatri, empatica nei confronti delle loro fatiche e della necessità (la follia esiste) della professione, e fra essi il libro ha avuto un certo successo in Nord-America. È anche un testo di un certo interesse per l'antropologia *tout court*, in cui trova espressione un certo tipo di tensione etnografica, impegnata in una battaglia sociale e votata alla ricostruzione sincronica di un "tutto" piuttosto che all'approfondimento di dettagli.

cfr. BARRETT R. (1996), *The psychiatric team and the social definition of schizophrenia. An anthropological study of person and illness*, Cambridge University Press, New York / ESTROFF S. E. (1981), *Making it crazy. An ethnography of psychiatric clients in an American community*, University of California Press, Berkeley / HACKING I. (1995), *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*, Princeton University Press, Cambridge / LOCK M. (1993), *Encounters with aging. Mythologies of menopause in Japan and North America*, University of California Press, Berkeley / RHODES L. A. (1991), *Emptying beds: the work of an emergency psychiatric unit*, University of California Press, Berkeley / YOUNG A. (1995), *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey.

[CMa]

**Giuseppe Maria NARDELLI, *Farmacie e farmacisti in Umbria. Dagli Statuti degli speciali all'Ordine*, premessa di Roberto PELLICCIARI, Umbrafarm, Perugia, 1998, 271 pp.**

Il volume, frutto di numerose letture di riferimento e soprattutto di significative ed estese ricerche d'archivio, delinea per

la prima volta in forma organica gli sviluppi storici della farmacia nel territorio umbro a partire dal tardo medioevo, cioè dalle antiche corporazioni dell'arte degli speciali fino alla istituzione, con un provvedimento nazionale del 1910, del moderno ordine dei farmacisti – le attività, le strutture associative e normative, i sigilli e i simboli, le botteghe e le loro insegne e i relativi arredi e strumentari, gli ingredienti e i loro contenitori ceramici, i meccanismi e i luoghi della formazione professionale, i testi di studio, i personaggi, le prime iniziative pubblicitarie, ... –. Uno studio, è da dire subito, di notevole rilievo, corredato da una vastissima e accurata documentazione iconografica, voluto e pubblicato dalla Umbrafarm, una società cooperativa di titolari di farmacia costituita nel 1978 per operare nel settore della distribuzione intermedia.

In questa prospettiva, come avverte peraltro l'Autore nella sua *Premessa*, il testo si incentra, in particolare, «sulla nascita dell'Arte degli Speciali, cercando di seguire l'origine della corporazione in varie città che oggi costituiscono l'Umbria e quindi sulla presentazione della sua regolamentazione attraverso gli Statuti o Brevi. [...] Intorno a questi due elementi, l'origine della Corporazione e gli strumenti della sua regolamentazione, vengono sviluppati gli altri temi generali riguardanti la materia di commercio (con presentazione di inventari), la organizzazione e il controllo interno dell'arte, la formazione culturale [...], fino alla diffusione del servizio della farmacia nel territorio» [p. 9].

Così, vengono estesamente riferite, in un più ampio orizzonte storico, le più antiche documentazioni sulla esistenza di corporazioni degli speciali nelle varie città umbre: Todi (1282), Perugia (1286), Orvieto (1312), Gubbio (1337), Assisi (1340), e molte altre ancora [pp. 11-46]. E viene data una presentazione critica dei testi degli unici tre *statuti* di corporazioni di speciali che in qualche modo ci sono

pervenuti [pp. 49-119] e che comunque «sono certamente la rielaborazione di testi e di normative precedenti» mentre «gli statuti [...] più antichi sono andati perduti» [p. 53]: quello di Gubbio (1480), quello di Foligno (1504), e quello di Perugia, di cui esiste soltanto la trascrizione non integrale di un testo originale oggi non più reperibile effettuata da Annibale Mariotti nel 1786, dodici anni prima dello scioglimento di tutte le arti e corporazioni, all'avvento della Repubblica Romana (bando della Municipalità perugina promulgato il 18 marzo 1798 [p. 102 e le relative note 40-42 alla p. 118]).

Vengono poi fornite numerose informazioni sulla struttura interna di queste corporazioni, sulle procedure per l'iscrizione alla loro matricola e sui relativi prerequisiti – l'età e l'approvazione in un pubblico esame e il successivo giuramento –, sulle modalità di apprendimento professionale degli speciali e il peso che vi ebbe via via lo Studium Generale perugino (costituito dal Comune nel 1266 e riconosciuto con bolla pontificia del 1308), sulla costante distinzione fra la responsabilità della spezieria e la sua proprietà, e sulla tassativa proibizione di rapporti economici fra speciali e medici [pp. 120-146 e le relative note 1-73 alle pp. 169-170]; sulla questione dello studio dei "semplici", cioè delle piante medicinali, e sulla funzione che vi svolse sin dal '600 il giardino e orto botanico [pp. 146-158 e le relative note 74-100 alle pp. 170-171]; sui testi base della biblioteca dello speciale [pp. 159-168 e le relative note 101-110 alla p. 171]; sui suoi materiali, le sue lavorazioni e le connesse strumentazioni e produzioni [pp. 173-202 e le relative note 1-38 alla p. 209].

A quest'ultimo proposito appare significativo quanto viene documentato sulla produzione e diffusione, anche in Umbria, della *terriaca*, famoso farmaco di eterogenea composizione, antidoto contro i veleni e panacea quasi universale, in merito al quale è altresì riportato un curioso epi-

sodio occorso a Gubbio ai primi di dicembre di un anno purtroppo non identificato. E anche quanto è detto di un altro noto antidoto portentoso, l'*orvietano*, inventato da un tal Girolamo Ferrante d'Orvieto, che ne passò il segreto in eredità ai suoi discendenti, introdotto poi in Francia con gran successo intorno alla metà del '600 da un altro orvietano, Cristoforo Contugi [pp. 203-208 e le relative note 39-61 alla p. 210].

Segue un fitto capitolo intorno alle "spezierie conventuali", sullo sfondo della intensa attività medico-assistenziale che ebbero in Umbria prima i Benedettini e poi anche i Francescani [pp. 211-220 e le relative note 1-21 alla p. 228], esemplificata in particolare nelle vicende della Badia di San Salvatore di Monte Acuto (poi detta di Monte Corona) in prossimità di Umbertide, una abbazia che si ritiene fondata da San Romualdo poco dopo l'anno Mille (1009), la cui farmacia «venne aperta dai Camaldolesi Coronensi presumibilmente nel corso del XVI secolo» [p. 217]; su questa materia, inoltre, appaiono significative le informazioni sull'influenza dell'ingresso dei monaci siriaci nella Valle Castoriana (confluente nella Valnerina) fin dal V secolo e sulla importanza che ebbero in quel territorio l'Abbazia di Sant'Eutizio già dal X secolo e il lebbrosario di San Lazzaro del Valloncello dalla metà del XIII in relazione alla attività di asilo di viandanti e lebbrosi, e i riferimenti alle pratiche chirurgiche, a Preci nella stessa Valle, fino al XVIII secolo, incentrate sulle operazioni di cataratta e litotomia vescicale [pp. 214-215 e le relative note 13-15 alla p. 228]; e, sempre in merito alla diffusione dei lebbrosari, sulla «aggregazione dei lebbrosi ad Assisi, in una forma di villaggio [...] menzionata nella bolla di Innocenzo III del 1198» [p. 214] in un'area umbra ben presto «costellata di lebbrosari, quasi sempre intitolati a S. Lazzaro» [p. 214 e la relativa nota 6 alla p. 228]; e sulle pratiche alchemiche che si svolsero in Umbria, talora nei monasteri

(in merito viene riportato ad esempio un singolare processo che fece scandalo nella Perugia del XIII secolo), nonché sulle reiterate accuse di responsabilità nella produzione di veleni, a carico di speziali, e sulle misure normative stabilite per prevenire tali attività [pp. 222-226 e le relative note 35-38 alla p. 228].

Tra i riferimenti ai periodi successivi – si veda ad esempio la evoluzione storica della pratica farmaceutica lungo l'intero XIX secolo –, interessanti anche i riferimenti al ruolo avuto da «alcune farmacie perugine, come luogo di incontro di patrioti» e nelle lotte risorgimentali contro il dominio pontificio, fra il 1833 e il 1859, data dell'insurrezione della città contro il potere temporale della Chiesa [pp. 132-134].

Il volume si chiude infine «quando ormai – scrive l'Autore – la farmacia è entrata nell'era moderna ed il termine "farmacista" entra nel linguaggio comune, sostituendo il più antico di "speziale" o quello più occasionale di "aromatario"» [p. 9].

L'atto conclusivo di questo lungo arco di oltre sette secoli di storia viene fissato, come già vedemmo, al 10 luglio del 1910, quando la legge n. 455 costituiti in ogni provincia d'Italia l'Ordine dei farmacisti (e in parallelo l'Ordine dei medici-chirurghi e quello dei veterinari) e l'obbligo di iscrizione dei professionisti negli Albi corrispondenti.

[TS]

**Gianfranca RANISIO, *Venire al mondo. Credenze, pratiche, rituali del parto*, II ediz., Meltemi, Roma, 1998, 162 pp. (collana "Gli Argonauti", diretta da Luigi M. Lombardi Satriani, 10) [I ediz.: Meltemi, Roma, 1996]**

Le pratiche, i rituali, le dinamiche culturali legate al parto determinano un evento in cui il sapere tradizionale, incarnato dalle donne delle generazioni precedenti

ti, si interseca con il sapere dell'istituzione medica e delle nuove affermazioni del movimento delle donne.

«Con questo lavoro» spiega l'Autrice nella prefazione alla seconda edizione «mi sono proposta di compiere un sondaggio esplorativo rispetto alle trasformazioni intervenute nelle credenze, pratiche e rituali del parto all'interno di uno specifico contesto culturale e sociale» (p. 7).

Partendo dal confronto con materiali demologici raccolti in area meridionale intorno agli anni Cinquanta, l'attenzione di Gianfranca Ranisio si focalizza sul parto attraverso un percorso di riflessione che si snoda su due piani temporali: da una parte la dilatazione dell'evento caratterizzata dall'attesa, dal momento del parto vero e proprio e dalla nascita; dall'altra da un "viaggio" tra testimonianze di donne di generazioni diverse, tra modelli culturali che cambiano nel tempo, valutando, nella dialettica continua tra tradizione e innovazione, come credenze e pratiche siano andate trasformandosi nell'arco generazionale che l'autrice prende in esame.

Ponendo in evidenza l'intersecarsi tra ciò che è biologico e ciò che è culturale, tra il dato individuale e quello sociale, l'autrice sottolinea come il parto debba essere considerato non isolatamente come biologico, ma come momento centrale di un sistema più ampio, specchio e testimonianza della condizione che le donne hanno assunto in un determinato contesto storico-culturale, delle concezioni del mondo e della vita che si manifestano nell'insieme delle pratiche e dei rituali, dei saperi che si incontrano e si confrontano. Da questa visione d'insieme deriva la stretta connessione tra le pratiche connesse al parto, i valori nei quali il gruppo crede e il sistema socio-culturale di appartenenza; rapporto, questo, che ha determinato una trasformazione nella concezione della nascita, in corrispondenza con i cambiamenti avvenuti nella società occiden-

tale relativi alla concezione del mondo e della vita e all'organizzazione della società e della famiglia.

Attraverso questa analisi, Gianfranca Ranisio ricostruisce il passaggio che ha condotto da una concezione del parto basata su una presenza e su una gestione tutta "al femminile" alla medicalizzazione dello stesso. Oltre ad una ricostruzione di carattere storico del processo che ha progressivamente concentrato il sapere nelle istituzioni mediche (questione affrontata in *Appendice I*), l'Autrice sottolinea gli effetti del cambiamento che ha trasformato il parto da evento corale a evento individuale, disarticolando il sapere legato alle pratiche e alle credenze tramandato per via femminile a favore del sapere medico. Così, mentre nel parto tradizionale il corpo femminile era parte integrante del corpo sociale, affidato alla conoscenza delle altre donne, nel parto medicalizzato il corpo femminile è scisso dal contesto sociale e oggettivato a «involucro biologico» sottoposto al controllo del medico.

Di qui, sottolinea la Ranisio, l'importanza di rivalutare la dimensione interpersonale del parto che le istituzioni sembrano trascurare, affinché «dal confronto tra usi del passato e tecniche medico-scientifiche emerga l'esigenza da un lato che il sistema medico sia improntato a una cultura della nascita più "umana" senza rinunciare ai progressi della scienza, dall'altro che la donna si riappropri del proprio naturale ruolo di protagonista rispetto alla gestione del parto o meglio che divenga finalmente protagonista come neppure prima le era consentito di essere» (p. 123).

Nella parte conclusiva del libro, in *Appendice II*, è riportato l'intervento di Domenica Borriello dal titolo *Il patrocinio di Maria*, che tratta la questione delle grazie concesse alle donne nel periodo della gravidanza, del parto e dell'allattamento, citando testimonianze di eventi accaduti in particolare nella provincia di Napoli tra l'ultimo ventennio dell'Ottocento e gli

anni Cinquanta del XX secolo (Domenica BORRIELLO, *Il patrocinio di Maria*, pp. 134-152, in Gianfranca RANISIO, *Venire al mondo*).

[ChPo]

**Emanuele SEVERINO - Roberto BENEDEUCE - Italo VALENT, *La guarigione*, a cura di Maria Rosa TINTI, Moretti&Vitali Editori, Bergamo, 1999, 128 pp. (collana "Il Tridente. Saggi", 23 / "Quaderni di Orzinuovi")**

Il libro raccoglie tre interventi che affrontano la questione della guarigione – considerata nel suo rapporto con la sofferenza e con la complessità culturale e sociale della malattia – da una duplice prospettiva: un approccio filosofico attraverso le riflessioni di Severino e Valent, e uno antropologico in quelle di Beneduce.

Il testo di Emanuele Severino, *Che cosa significa salvezza?*, è tratto dalla relazione tenuta nella giornata di studio "Follia e guarigione" a Orzinuovi (provincia di Brescia) nell'ottobre del 1996. Esaminando il rapporto tra salute e salvezza, l'Autore sottolinea la stretta connessione tra i due termini; salute e salvezza, che dall'uomo arcaico – a differenza di quello moderno – non sono riconosciute come distinte, sono legate ad una, seppure opposta, «dottrina dell'origine»: mentre, infatti, nell'antichità questi termini rinviano al ripristino di una primigenia condizione di integrità, per l'uomo moderno della civiltà della tecnica essi assumono il significato di un allontanamento dall'origine, di un guardare avanti distanziandosi il più possibile dal passato.

In *Dialettiche della guarigione*, Italo Valent sottolinea la relazione che intercorre tra la morte, la malattia, la guarigione e la medicina contemporanea evidenziando come quest'ultima cessi di interrogarsi sulla morte, di discuterne, di comprenderla, dando vita ad un provocatoria contradd-

dizione: la rinuncia alla guarigione. «La medicina d'oggi sembra incline nei fatti a rinunciare a guarire [...]. E rinuncia a guarire non perché sia diminuito il bisogno di guarigione o perché nel comportamento quotidiano talora se ne affidi volentieri il compito a tutt'altre pratiche di salute, ma perché è costretta ad avvertire in qualche modo che una guarigione come quella virtualmente cercata e postulata è irrealizzabile» (pp. 90-91). Di qui il contrasto tra la «macropotenza ideale» dichiarata della medicina e la sua «malcelata micropotenza fattuale» (p. 91). Pensare la guarigione significa allora non semplicemente «guardarsi dal negativo», ma «guardare il negativo», relazionandosi con la sofferenza e con la paura della morte.

Roberto Beneduce, nell'intervento dal titolo *Perché "guarire" sembra oggi sempre più difficile? Note per un'antropologia della guarigione*, tracciando brevemente le differenze relative al concetto di guarigione tra le pratiche mediche delle società occidentali e quelle di altri sistemi di cura, definisce i limiti dell'approccio bio-medico, paralizzando nell'idea «di una malattia e di una cura che riguardano sempre e soprattutto l'individuo, i suoi organi e le sue molecole, la sua storia privata: di una malattia e di una cura radicalmente de-socializzate» (p. 41). Questo senso della cura e del guarire, questa impostazione della relazione terapeutica e della figura del medico, questa visione individualizzata e desocializzata della malattia rischiano non solo di gettare nella solitudine il malato, ma anche di «rendere la ricerca di guarigione come una ricerca perennemente insoddisfatta, esposta sempre alla minaccia del fallimento, del limite o dell'insuccesso quanto più nuove scoperte e nuove promesse allontanano il limite cui si può giungere» (p. 42). La medicina scientifica considera il corpo sempre più come un bene economico, sottoposto alle leggi del mercato e in grado di accedere alle cure soltanto a determinate condizioni. «"Guarire"» scrive Beneduce «rimane un termine che,

paradossalmente, sembra conservare allora la sua maggiore validità, la sua "efficacia", solo all'interno di quei sistemi medici che, a differenza della moderna biomedicina, riconoscono i molti significati che connotano l'esperienza della sofferenza e l'attesa di cura (soprattutto quelli connessi alla dimensione del gruppo, del legame sociale, delle mutevoli avventure dell'identità culturale), confrontandosi più agevolmente con i molti profili che caratterizzano la coppia salute/malattia: fra questi sicuramente l'ambivalenza di ogni sapere della cura (saperi capaci di nuocere, di dare la morte oltre che di curare), l'uso ed il significato sociale della malattia, la necessità di non eludere le sfide etiche poste dalla necessità di influenzare l'altro» (p. 46).

[ChPo]

**Grace XUEQIN MA, *The culture of health: Asian communities in the United States*, prefazione di Walter TSOU, Bergin & Garvey, Westport (Connecticut) - London, 1999, XVI+167 pp.**

L'Autrice è *assistant professor of Public community health* nel Department of health studies della Temple University, a Philadelphia. Fra le sue opere, *Rethinking ethnicity and health care: a socialcultural perspective* (1999).

Nella introduzione a questo nuovo volume, Grace Xueqin Ma dichiara di essersi posta l'obiettivo di accrescere, nei *providers* e nei *policy makers* statunitensi che lavorano nella sanità pubblica, la comprensione degli specifici problemi culturali e socio-economici che condizionano i comportamenti dei cittadini di origine asiatica in ordine alla difesa della loro salute e alla utilizzazione dei servizi sanitari.

Essa sottolinea, peraltro, che fra il 1980 e il 1990 la comunità asiatica americana ha raggiunto il tasso di crescita del 108%, dato particolarmente significativo se accostato

al 38% relativo ai nativi statunitensi. Così, la comprensione delle dinamiche socio-culturali relative alla componente asiatica americana, che secondo le proiezioni demografiche nel 2050 arriverà verosimilmente a costituire il 10,7% della popolazione totale, si sta progressivamente rivelando un fattore essenziale, innanzitutto ai fini di una corretta pianificazione amministrativa.

Naturalmente, come l'Autrice sottolinea, la popolazione statunitense di origine asiatica o della isole del Pacifico (*Asian and Pacific Islanders Americans: APIAs*), appare assai articolata sia quanto alle aree di provenienza sia quanto all'epoca d'ingresso nei Paesi, costituendo talora componenti etniche multigenerazionali. Ed è sulla sola componente di origine cinese che questa ricerca viene condotta.

Il testo di Xueqin Ma, si inserisce nel contesto di questo nuovo e crescente interesse nei confronti della cultura cinese, sollecitato e motivato da precise necessità pragmatiche, e si propone esplicitamente quale possibile modello metodologico per una ricerca finalizzata appunto alla comprensione di quel vasto insieme di fattori che influenzano i comportamenti individuali sul piano della cura della salute: l'ideale audience cui l'Autrice si rivolge comprende il personale medico e paramedico, i membri degli organi legislativi e i ricercatori nel campo dell'antropologia medica.

*The culture of health* è il frutto della combinazione dell'approccio qualitativo (interviste, osservazione partecipante) e di quello statistico-quantitativo, che offre fra l'altro numerose sintesi tematiche particolarmente efficaci, operate mediante il metodo dell'analisi comparativa dei dati. Lo studio nel suo insieme è quindi inserito in una cornice teorica precisa, basata sui modelli elaborati da A. KLEINMAN (*Concept and a model for the comparison of medical system as cultural system*, 1978), N. J. CHRISHMAN (*The health seeking process: an*

*approach to the natural history of illness*, 1977) e R. ANDERSEN (*Behavioral model of families' use of health services*, 1968).

La comunità cinese di Houston (Texas) in cui l'Autrice ha condotto una pluriennale ricerca sul campo costituisce in questo quadro un caso esemplare, illustrato da significativa casistica individuale, raccolta ed esposta con particolare sensibilità.

L'analisi delle problematiche incontrate dai cinesi americani nel ricorso alle strutture e ai servizi sanitari è sostanzialmente costruita attorno a due nuclei tematici principali: la condizione socioeconomica e le diversità – se non “divergenze” – culturali.

La discussione del disagio finanziario della comunità cinese comprende una ricostruzione storica delle principali fasi d'ingresso degli asiatici negli Stati Uniti, delle leggi che ne hanno regolato il flusso e delle differenti modalità di organizzazione intracomunitaria adottate anche al fine di supplire alle carenze della gestione statale (fra le altre, *fāng* 方 e *huìguān* 會館: associazioni di cittadini cinesi aventi lo stesso nome di famiglia o comunque provenienti da un medesimo villaggio o distretto).

Questa sezione del testo, che non si riduce affatto alla mera esposizione di cifre e date, mette inoltre in luce alcune contraddizioni delle politiche sanitarie statunitensi, conflitti fra la ragione economica dei gestori delle polizze sanitarie ed l'interesse sociale globale. Le osservazioni fatte dall'Autrice a questo proposito si estendono alla totalità della popolazione americana, offrendo suggerimenti per una riflessione più ampia su un sistema medico considerevolmente diverso da quello italiano.

Riguardo alla valutazione delle difficoltà di comunicazione interculturale, sono invece evidenziati differenti motivi di contrasto fra la visione occidentale e quella cinese relativa agli stati di salute e malattia, e quindi all'essere umano in quanto paziente.

Sebbene la trattazione di queste tematiche sia piuttosto sintetica, l'Autrice riesce ad affrontare adeguatamente i nodi principali e introduce con un'esposizione chiara e diretta il lettore, anche se estraneo alla teoria medica cinese, alle linee fondamentali di un quadro effettivamente complesso.

Nel capitolo conclusivo Xueqin Ma espone i punti più urgenti di un'eventuale revisione legislativa, auspicandone la risoluzione nell'ambito di futuri programmi di riforma del sistema sanitario. Una più profonda e comprensiva coscienza delle istanze “umane” è qui considerata altrettanto essenziale quanto la definizione di criteri unificati di insegnamento della medicina cinese tradizionale, la modificazione delle leggi sull'esercizio della professione medica per operatori di formazione cinese, e altre proposte di carattere amministrativo.

Si segnala infine l'estesa bibliografia e la presenza di una assai utile sezione dedicata all'illustrazione delle più recenti ricerche relative alla cura della salute nelle comunità cinesi americane, per lo più focalizzate su specifiche componenti del bacino d'utenza dei servizi sanitari (quali donne e anziani), cui sono peraltro riservati spazi particolari in altri capitoli del testo.

**Indice.** *Foreword* di Walter TSOU / *Acknowledgments* / 1. *Introduction* / 2. *Sociocultural perspective of health and health care* / 3. *Health care in Asian American communities* / 4. *Chinese American communities* / 5. *Health care experiences of Chinese Americans* / 6. *Voices of Chinese doctors* / 7. *Defining a future path* / *References* / *Index*.

[GAt]