*Antropologia e medicina:
riflessioni epistemologiche sulla co-disciplinarità
nella ricerca**

Sylvie Fainzang

*directeur de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM]
(Paris) / membre du Centre de recherche médecine, sciences, santé et société [CERMES]
(Villejuif, Paris)
[sylvie.fainzang@orange.fr]*

Interrogarsi sui legami tra medicina e antropologia, nell'ambito della ricerca, significa chiedersi che cosa possono realizzare tali discipline *insieme* e a quali condizioni. Piuttosto che all'interdisciplinarità (ancor più che alla multidisciplinarità), che lasciano supporre la fusione di approcci disciplinari compositi, farò qui riferimento alla co-disciplinarità, intesa come una collaborazione tra discipline, in cui ciascuna dovrebbe mantenere la propria identità.

Anche se più seducente, questa nozione non deve farci dimenticare le difficoltà che implica tale collaborazione, in cambio dei reali benefici che apporta. Ora, riflettere sui legami tra queste due discipline, o più esattamente sulla loro possibilità di lavorare insieme, significa in parte interrogarsi sui rischi, sui vincoli e sulle condizioni di una tale collaborazione.

Alcuni problemi e talune realtà si ritrovano sin dalle origini di questo incontro, gli sono per così dire intrinseci, altri sono più evidenti oggi, in un contesto di "cambiamenti" sociali; difficoltà e vincoli di tale collaborazione presentano quindi aspetti strutturali e congiunturali. Gli aspetti strutturali sono quelli che ruotano attorno alle questioni dell'impianto della ricerca, della concettualizzazione e della definizione delle problematiche. Gli aspetti congiunturali sono legati alle trasformazioni della società e al nuovo assetto rappresentato soprattutto dai nuovi ruoli rivestiti dagli attori, e persino dalla comparsa di nuovi attori, questione cruciale nella ricerca e nella terapia, e di conseguenza nei nuovi processi di produzione del sapere in campo sanitario. In entrambi i casi si tratta di capire a quali condizioni l'antropologia, in quanto disciplina di ricerca, e insieme alla medicina,

possa servire a raggiungere fini comuni come quelli di comprendere e favorire le condizioni sociali di miglioramento della salute degli individui.

Aspetti strutturali

La riflessione su benefici, rischi e condizioni della co-disciplinarità passa attraverso l'interrogarsi sulla *specificità disciplinare* delle parti in causa. Ora, l'antropologia può validamente apportare il proprio contributo a tale co-disciplinarità soltanto se mantiene la propria specificità disciplinare, in quanto disciplina interna alle scienze sociali, il che la distingue dalle discipline mediche. Gli antropologi medici debbono quindi formarsi *per differenza* rispetto ai medici: il che significa che devono costruire, utilizzare e affinare i loro strumenti di analisi nella maniera che è loro propria, al fine di apportarvi tutta la propria ricchezza sia sul terreno del metodo che su quello delle problematiche.

Dal punto di vista metodologico la tradizione di ricerca in antropologia ci ha insegnato a dedicarci ad un'osservazione delle pratiche dei singoli e dei gruppi e a collegare i fatti inerenti l'ambito studiato agli altri ambiti o agli altri livelli della vita sociale. Il che significa che la pratica dell'antropologia medica non deve scindersi dagli altri campi dell'antropologia. Se la focalizzazione dell'antropologia medica sull'ambito della salute e della malattia non la esonera dall'indagare i legami che il suo oggetto mantiene con gli altri campi, non è soltanto per incrementare la conoscenza delle società, che rimane ovviamente il suo obiettivo in quanto disciplina antropologica, ma anche per incrementare le conoscenze che essa può specificamente fornire in ambito medico o sanitario. Non solo lo studio del contesto globale nel quale si inserisce l'oggetto esaminato può apportare elementi d'informazione assolutamente essenziali alla comprensione di tale oggetto, ma possono essere proprio i *percorsi lunghi* ad insegnarci molto sull'argomento. Citerò a mo' di esempio una ricerca che ho condotto in Francia sulla gestione della prescrizione medica e del farmaco da parte di individui di diversa origine culturale e religiosa (FAINZANG S. 2001). Questa ricerca, ispirata inizialmente da una riflessione sul rapporto con la scrittura e con il valore di oggetto terapeutico racchiuso nella "cosa scritta" per le società africane islamizzate, mi ha portato a studiare i vari atteggiamenti nei confronti della prescrizione in pazienti di origine cattolica, protestante, ebraica e musulmana che ho poi incrociato con il problema del rapporto che gli individui stabiliscono con l'autorità medica. Si tratta quindi di illuminare l'oggetto per riflessione, se non addirittura per rifrazione, pun-

tando l'attenzione e la luce su altri aspetti che vi sono legati, anche se a prima vista essi possono sembrarvi estranei.

L'impianto epistemologico è inestricabilmente legato alla portata euristica delle ricerche effettuate. Ora, da tale impianto deriva il modo di considerare i concetti utilizzati. Uno dei contributi dell'antropologia consiste nella sua possibilità di ripensare e di ridefinire le categorie utilizzate dalla medicina e di affrancarle dal contenuto che essa vi attribuisce per indagarne la portata sociale.

È appunto il caso di una certa quantità di nozioni quali la "prevenzione" o il "contagio" il cui contenuto, così come costruito dai soggetti studiati, si rivela talvolta molto diverso da quello che viene loro attribuito dai professionisti della salute (FAINZANG S. 1992, 1996). Di conseguenza, le nozioni di "prevenzione" o "contagio", non diversamente da quella di "efficacia", non devono essere solo considerate nella prospettiva medica. La verifica sul campo permette di valutare quanto è necessario che l'antropologia rinnovi il contenuto di tali nozioni e che ne relativizzi la portata ed il senso. Questo lavoro di ridefinizione delle categorie utilizzate in ambito medico è del resto ciò che permette, attraverso il distanziamento dai nostri oggetti, l'affinamento dei nostri strumenti concettuali. Il che spiega come una ricerca che coinvolga antropologia e medicina insieme deve mettere in risalto il modo in cui vengono utilizzati i concetti e la definizione che ne dà ogni disciplina.

L'uso delle nozioni è indissociabile dalla definizione delle tematiche. Allo stesso modo, l'antropologia e la medicina possono lavorare di concerto in maniera feconda soltanto se ciascuna ammette che l'altra ha la propria maniera di costruire le sue problematiche di ricerca: ed è così anche quando la medicina ritiene di farsi rappresentare dalla Sanità Pubblica per poter indagare gli aspetti sociali del proprio ambito. A tale proposito la formula di Jean Benoist – a conclusione del testo *Systèmes et politiques de santé* curato da B. Hours (HOURS B. 2001) – secondo cui «l'antropologia, vera scienza clinica del sociale, vede nella Sanità Pubblica una scienza sociale dell'ambito medico» testimonia perfettamente il fatto che i rispettivi oggetti non sono gli stessi. La co-disciplinarietà deve non soltanto accogliere tale pluralità nelle modalità di problematizzare le domande, ma condurre al tempo stesso una riflessione sui luoghi di recupero, di incontro, o al contrario di separazione, di tali modalità di problematizzazione. Un esempio tra gli altri è quello della nozione e delle problematiche articolate attorno all'osservanza delle prescrizioni (cioè alla *compliance*, per riprendere la nozione anglosassone corrispondente). In effetti i lavori sulla *compliance*

non mancano di porre problemi all'antropologo dato che implicano lo studio del fenomeno assumendo la visione del mondo dei professionisti della salute. Alcuni Autori (CONRAD P. 1985, TROSTLE J.A. 1988) hanno rifiutato il termine "*compliance*" in quanto essi riduce la problematica dell'uso dei farmaci a quella della "conformità dell'uso dei farmaci alla prescrizione medica" e sono giunti ad interrogarsi sulla pertinenza antropologica dello studio della osservanza delle prescrizioni in quanto una tale questione posta sull'antropologo il sospetto di lavorare *per* il medico.

Il che significa che per non cedere alla tentazione normalizzante della problematica della *compliance* e per non sottomettere tale tipo di studio ad un qualsiasi riduzionismo biomedico, conviene che l'antropologia non indaghi sul perché i pazienti sono buoni o cattivi aderenti alle prescrizioni, ma tenti di comprendere a quali condizioni sociali e culturali si realizza il rispetto o meno della prescrizione, senza pregiudicare la fondatezza o meno del loro comportamento.

A questo proposito è interessante rilevare la difficoltà che ho avuto sul campo nel far comprendere il mio obiettivo ai medici ai quali chiedevo collaborazione, non foss'altro che per poter condurre un'osservazione durante la loro attività o affinché mi presentassero ai loro malati. Studiare l'uso della prescrizione significava per me risituare la questione, lungo il filo conduttore degli interrogativi classici in antropologia, sulla percezione dell'efficacia e sulla sua costruzione. Io non cercavo dunque, all'inizio, di porre la questione della osservanza, ma piuttosto quella dello statuto della prescrizione e dell'efficacia della scrittura; mi ponevo cioè la questione del trattamento riservato all'oggetto, costituito da un pezzo di carta sul quale era scritto qualcosa, e mi chiedevo se nei gruppi culturali che mi proponevo di studiare si potevano riscontrare comportamenti paragonabili a quelli che avevo potuto osservare altrove. Ma ben presto sono stata costretta dai medici a formulare la mia domanda in termini di osservanza, altrimenti essi mostravano di non comprendere. In effetti, il fatto di formularla in questi termini modificava in parte il mio progetto reale, poiché voler sapere ciò che fanno i malati con la ricetta non è la stessa cosa che chiedersi se fanno esattamente ciò che essa prescrive. Tale difficoltà è legata all'estraneità di numerosi medici alle problematiche antropologiche, i quali ne vedono l'utilità soltanto se ne misurano l'immediata applicabilità, il che spiega perché trasformavano la mia problematica in quella dell'osservanza, l'unica per essi comprensibile e legittima, anche se rimango del parere che sarebbe stato riduttivo inquadrare la questione unicamente in questi termini ⁽¹⁾.

È incontestabile che il posizionamento nella ricerca, e nei confronti dell'oggetto di ricerca, è inscindibile dal posizionamento in campo medico. A

tale riguardo il medico è un attore nel campo della salute. Se l'antropologo è ovviamente in parte attore, nel senso che la sua presenza sul terreno non può non lasciar tracce sulla realtà esaminata, questo ruolo non è da confondersi con quello dei professionisti della salute che sono direttamente parte in causa nella realtà di cui si occupano, con obiettivi immediati ed un preciso ruolo da svolgervi, e la cui attenzione non sarà focalizzata su punti che non paiano loro direttamente o immediatamente redditizi in termini di informazioni che possano aiutarli nelle pratiche di cura.

Tale posizione ambivalente di attori di cura e di attori nella ricerca, o semplicemente negli interrogativi che essi possono rivolgere al loro ambito di attività, li porta ad accettare difficilmente di poter essere a loro volta oggetto dello sguardo dell'antropologo. Un medico è del resto generalmente pronto a voler rivestire il ruolo di esperto nella relazione medico/malato di cui è tuttavia uno dei protagonisti. In virtù di ciò, le rispettive posizioni di antropologo e medico (o di antropologia e medicina) non possono essere simmetriche nei confronti dell'oggetto comune che si danno: il campo della salute e della malattia.

Del resto la co-disciplinarietà deve essere accompagnata dall'affermazione di una *posizione doppiamente critica* da parte dell'antropologia. Intendo qui fare riferimento non soltanto alla posizione critica che hanno sviluppato l'antropologia medica anglosassone (intorno ad autori come Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes (LOCK M. & SCHEPER-HUGUES N. 1990) e, in seguito, vari antropologi europei che si collocano all'interno di una ricerca la cui posta in gioco è chiaramente di carattere politico (FASSIN D. 2000, VAN DONGEN E. 2001). Al tempo stesso mi riferisco qui anche ad una posizione critica nel senso epistemologico del termine, cioè nei confronti della ricerca stessa e del modo di costruirla. In altre parole, la duplice posizione critica dell'antropologia deve consistere non soltanto nel denunciare le condizioni sociali e politiche che portano il paziente ad essere vittima di iniquità in ambito sanitario, ma anche nell'adottare una posizione critica nei confronti dei presupposti che circolano nella società globale e che i professionisti della salute, addirittura gli attori stessi delle scienze sociali, tendono talvolta a fare propri senza verificarne il rigore e la fondatezza attraverso le loro stesse ricerche.

Aspetti congiunturali

Oggi la posizione critica politica tende in primo luogo a prevalere e quindi ad assumere, dal punto di vista congiunturale, una specifica acuità: infatti,

se gli antropologi devono essere attenti alle diseguaglianze in salute nelle società occidentali, devono esserlo ancor più rispetto alle diseguaglianze nell'accesso alle cure fra i paesi del Nord e del Sud del mondo, tant'è vero che nell'ambito della globalizzazione gli squilibri Nord/Sud tendono ad accrescersi su tre piani indissociabili: economico, politico e sanitario.

Di contro, la critica epistemologica tende ora ad essere trascurata e i postulati su cui si fondano le ricerche sono sempre meno rimessi in discussione. La critica dovrebbe invece mettere in discussione affermazioni generalmente ritenute ovvie e inscritte nelle menti al punto da condizionare una grande quantità di ricerche senza che ne siano rimessi in discussione i loro presupposti. Se la costruzione di un oggetto di ricerca deve tenere conto di questo imperativo critico, tale imperativo è ancora maggiore nel contesto della multidisciplinarietà o della co-disciplinarietà in cui gli obiettivi di ricerca si basano quasi sempre su verità per il mondo medico che non sono affatto indagate. Quindi l'antropologia ha il dovere di esercitare il suo sguardo critico su tutta la ricerca condotta mano nella mano con la medicina (o addirittura soltanto suscettibile di interessare la medicina) nella misura in cui si possa prevedere che tale collaborazione si basi su presupposti da cui la medicina non può affrancarsi proprio in ragione del suo impegno nella pratica medica.

Per illustrare questo punto citerò un esempio, collegato all'immagine che i medici hanno dei pazienti e alla questione dell'informazione, che ci conduce al cuore degli aspetti congiunturali della questione della co-disciplinarietà.

I medici tendono oggi a produrre discorsi stereotipati sui pazienti, talvolta persino contraddittori, spesso e volentieri diffusi dalla stampa medica, che possono andare per esempio dalla convinzione che i pazienti non vogliono sapere la verità sulla loro malattia fino all'affermazione secondo cui oggi sono ben informati, navigano tutti su Internet e tendono a voler imporre i loro punti di vista scaturiti da fonti terze di informazione, talvolta errate. Si può ovviamente ritenere che tale fenomeno sia congiunturale giacché la questione dell'informazione non è mai stata tanto all'ordine del giorno quanto oggi e mai come oggi si è parlato di "democrazia sanitaria" come di una nuova realtà delle società contemporanee.

Numerose opere (di scienze sociali e di medicina) fanno da cassa di risonanza all'avvento di un'era dell'autonomia del malato giovandosi del fatto che oggi esiste un'ampia gamma di testi che promuove il diritto all'informazione del malato e alla nozione di consenso informato. Il riferimento a tale autonomia e all'informazione del malato è del resto alla base della

nozione in voga di “democrazia sanitaria” che implica la redistribuzione dei poteri che entrano in gioco nel campo della salute a favore della società civile ed in particolare degli utenti. Le scienze sociali hanno spiegato l'emergere e la promozione della nozione di democrazia sanitaria da una parte con il disincanto nei confronti della medicina e con la crisi di legittimità che ha vissuto, dall'altra con il fatto che in Francia si sono tenuti nel 1998 gli Stati Generali della Salute in occasione dei quali le associazioni di malati hanno riproposto le loro rivendicazioni e soprattutto la loro volontà di accedere ad una informazione veritiera. Le scienze sociali e i medici vi leggono un'importante mutazione della società ed un gran numero di osservatori nel campo della salute si compiacciono della situazione del paziente contemporaneo se arrivano a dire che detiene ormai sempre più potere e che può prendere in mano la sua salute poiché è educato ed informato. Tuttavia ci si può chiedere fino a che punto è osservabile tale mutamento. Si può forse considerare che il paziente contemporaneo sia veramente dotato del potere decisionale che gli si vuole riconoscere, anche se il principio dell'informazione viene presentato in numerosi testi legislativi e numerose carte dei diritti quali il Codice della salute pubblica, il Codice di deontologia medica, le raccomandazioni dell'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé [n.d.t.]), ecc., e anche se numerosi pazienti ricorrono oggi a Internet (una parte dei quali del resto, ad onor del vero, perché non osa chiedere al proprio medico le informazioni che vorrebbero avere)? Di norma si ritiene che l'informazione sia un argomento forte del potere e che la questione dell'informazione dei malati sia quella della condivisione del potere. Ci si rende conto del fatto che la questione riceve tuttavia modalità di risposta diverse a seconda che sia elaborata dal punto di vista pragmatico e terapeutico, oppure dal punto di vista etico e politico, o addirittura a seconda che sia affrontata da una prospettiva medica o dalla prospettiva delle scienze sociali. Tuttavia nonostante la tendenza attuale a dare per acquisita l'evoluzione del sistema di cura e della relazione fra medico e paziente, al punto da ritenere che nella nostra società l'informazione sia largamente diffusa e che il paziente abbia acquisito una sufficiente capacità di decidere, l'osservazione sul campo mostra invece che la realtà è tutt'altra e suggerisce quanto sarebbe utile interrogare più a fondo alcune di queste apparenti evidenze, giacché ci si renderebbe conto, così, che nella “complicità” tra operatori sanitari ed utenti l'informazione e la decisione rimangono ampiamente lasciate agli uni e sottratte agli altri. Ciò porta a rimettere in discussione le conclusioni di alcuni lavori nel campo delle scienze sociali di cui ci si chiede talvolta se non rimandino a fantasmi piuttosto che a realtà. Le dichiarazioni di alcuni au-

tori sull'informazione, sulla negoziazione e sulla decisione ci mettono di fronte alla visione di una futura età dell'oro del paziente, un paziente che sarebbe informato e riflessivo. Il paziente è veramente quell'individuo attivo che le scienze sociali si compiacciono di descrivere oggi come in grado di scegliere e negoziare?

Esistono effettivamente nuovi attori quali le associazioni di malati il cui ruolo si esplica sia dal punto di vista della presa in carico terapeutica sia da quello della ricerca e i cui effetti sulla co-disciplinarietà sarebbero da indagare. È questo il caso delle associazioni che si sono costituite generalmente intorno ad una malattia specifica (per esempio l'AIDS, la miopia, ecc.) il cui obiettivo è dettato dalla volontà immediata di rispondere ai propri interessi: migliorare la ricerca medica nel campo che li riguarda e migliorare le condizioni di vita garantite ai malati. Tuttavia è da dire che gli appartenenti a tali associazioni non riassumono come tali la condizione sociale dei pazienti contemporanei, ma le questioni che essi si pongono sono anch'esse determinate dal loro status di malati e quindi dalla loro diretta implicazione – anche se differente da quella dei medici – nei problemi della salute. In ogni caso, le domande (quelle dei medici e quelle dei malati) sono formulate in funzione della posizione che essi occupano nel campo della salute.

Le politiche pubbliche della ricerca

Le politiche pubbliche in materia di ricerca e salute si sovrappongono talvolta alle politiche sanitarie pubbliche, ma non sempre. Non si può essere così ingenui da credere che le politiche di ricerca, e soprattutto gli incentivi alla ricerca, siano realizzati soltanto ai fini della salute pubblica. L'influenza dell'economia e soprattutto dell'industria sulla ricerca in ambito medico e farmacologico testimonia l'esistenza di poste in gioco diverse da quelle del miglioramento delle condizioni sanitarie della popolazione. Tuttavia non si può nemmeno dimenticare il peso politico dello Stato in tutta la questione. Gli studi e le gare d'appalto indette dagli Enti pubblici, preoccupati dal sensibile calo di consumo di carne di manzo e degli effetti potenziali di tale calo sull'industria agroalimentare, ne sono un esempio eloquente. Di conseguenza la ricerca deve rimanere lucida sui temi che sono alla base di queste politiche: godere di buona salute non dipende soltanto dalla scelta di adottare buoni comportamenti dato che gli individui sono sottomessi ad un sistema economico e si vedono proporre mucca pazzo, diossina, amianto, piombo, ecc. Che senso ha riflettere sui compor-

tamenti a rischio in un contesto sociale ed economico in cui l'individuo è costretto a vivere in maniera rischiosa? Da questo punto di vista le necessità economiche non si limitano alla necessità di ridurre le spese sanitarie. Il vantaggio che i poteri pubblici possono trarre da una ricerca sulle rappresentazioni dell'impatto sanitario dell'incenerimento dei rifiuti, per esempio, sembra essere piuttosto quello di aggirare gli ostacoli all'accettazione da parte dei vicini degli impianti di incenerimento che non quello di lavorare per l'eliminazione della diossina nei pressi delle zone abitate.

Poiché le sfide della ricerca (così come i problemi della salute) non sono mai esclusivamente sanitarie ma al tempo stesso, sempre, sociali, politiche ed economiche, è logico che le politiche della ricerca mirino a promuovere lavori che mettano in luce le condizioni in cui gli individui hanno maggiori possibilità di adottare i comportamenti auspicati e che non si sovrappongano necessariamente ai lavori che evidenziano le condizioni sociali in cui la salute dei singoli risulterebbe migliorata. In questo contesto se la medicina (o la Sanità pubblica) si interessa in primo luogo di quanto concerne immediatamente la salute degli individui, nondimeno essa è spesso uno strumento nelle mani della politica, anche se involontariamente. Così la focalizzazione stessa sui problemi di salute, in termini di fenomeni individuali o collettivi, produce ad esempio uno sfondo epistemologico specifico alla riflessione sulla salute. Ciò si ritrova in maniera esemplare nei discorsi sulla prevenzione e nelle politiche di prevenzione circa la questione cruciale della responsabilità: in effetti volgere lo sguardo sui comportamenti degli individui significa al contempo celare le condizioni collettive e sociali in cui si radicano tali comportamenti. E quando la medicina si adopera, in una prospettiva di salute pubblica, per la "promozione della salute" generalmente ciò è fatto allo scopo di cambiare i comportamenti individuali piuttosto che le condizioni sociali in cui essi si sviluppano (i casi del fumo o dell'alcol sono sufficientemente esemplificativi⁽²⁾). Queste considerazioni conducono del resto ad interrogarsi sul senso delle politiche di "educazione del paziente", nelle quali la co-disciplinarietà riveste un ruolo non trascurabile, e sulle ricerche che esse suscitano. L'antropologia dovrebbe quindi interrogarsi sul contesto concreto in cui vengono utilizzate nozioni così in voga come appunto quella di "educazione del paziente", sul suo senso e le sue implicazioni sociali. Non si può scagliare la prima pietra sui professionisti della salute, non foss'altro che per la necessità in cui si trovano di promuovere questo tipo di ricerche, per la loro implicazione nell'attività della salute. Occorre tuttavia essere consapevoli del baratro che separa la prospettiva medica da quella antropologica: un baratro di cui si può valutare la pro-

fondità soltanto reinterrogando con precisione i fondamenti stessi delle domande che si pongono i medici e delle ricerche che la medicina promuove.

Conclusioni

La co-disciplinarietà pone ovviamente alcuni interrogativi sul tipo di ricerca che essa compie. L'opposizione ricerca fondamentale / ricerca applicata in antropologia ha fatto il suo tempo. Eppure non si può non constatare come si siano potuti ottenere determinati progressi soltanto grazie a studi realizzati dalla ricerca antropologica fondamentale, non su commissione medica, proprio nell'ambito della salute. Al contrario gli interrogativi formulati dalla medicina hanno aperto nuovi orizzonti alle indagini delle scienze sociali sul mondo in cui viviamo. Nella co-disciplinarietà ognuno ha bisogno dell'altro a condizione di lasciarlo libero, senza imbrigliarlo. In altri termini, non è soltanto rispondendo agli interrogativi formulati dalla medicina che le scienze sociali le daranno necessariamente più aiuto, ma anche permettendo all'antropologia di indagare di nuovo sulle certezze legate alla salute pubblica, formulando così nuovi interrogativi e apportando nuovi risultati.

Lo scopo di questo intervento non è tanto lanciarmi nella difesa della co-disciplinarietà tra antropologia e medicina, ma piuttosto esaminare a quali condizioni si può realizzare la co-disciplinarietà per il bene di ognuna di esse e a vantaggio dell'ambito in cui si realizza, quello cioè della salute degli individui. Se la formulazione degli interrogativi non è la stessa, la co-disciplinarietà può essere feconda a condizioni di permettere ad ognuna di formulare i problemi, ma all'interno di un'incessante movimento riflessivo.

Di fronte alle nuove politiche della ricerca l'antropologia deve che più che mai affermare l'atteggiamento di ricerca che deve esserle proprio: non dare per scontati i presunti asserti e reinterrogarsi sulle certezze. Se tale necessità può essere efficacemente annoverata tra gli aspetti strutturali dei vincoli della co-disciplinarietà, essa può essere ancora più impellente nella congiuntura attuale, caratterizzata da ciò che può essere definita una surmedicalizzazione della società, che mi sembra più propriamente essere oggi lo spazio centrale delle sfide intorno al corpo, alla vita, alla salute e alla malattia.

Tale posizione dipende dal duplice dovere critico di cui ho già parlato, ciò significa che l'antropologia non deve imporre i propri valori o le proprie

norme ma mettere in luce le eventuali contraddizioni tra le norme e i fatti. Così per riprendere l'esempio dell'informazione del paziente, se si può ammettere che la medicina sviluppi sulla questione dell'informazione un punto di vista legato a obiettivi pragmatici esplicitamente dichiarati, il ruolo dell'antropologo, in contrappunto all'approccio medico, consiste nell'interessarsi al divario che esiste tra i discorsi di alcuni pazienti (del tipo «i medici non vogliono informarmi») e quello dei medici (del tipo «i pazienti non vogliono sapere»). La posizione dell'antropologo consiste nell'assumere i due discorsi come validi e entrambe le parti come giuste, e tentar di comprendere ciò che entra in gioco in questo divario e come si realizzino concretamente l'uso, la ricerca, la divulgazione o l'acquisizione dell'informazione.

Se la co-disciplinarietà deve poter esistere senza che ciascuna disciplina si dissolva in questa collaborazione, e soprattutto senza che l'antropologia, indubbiamente la più minacciata a tal riguardo⁽³⁾, perda la propria anima, occorre che questa doppia posizione critica (sul piano politico ma anche epistemologico) possa pienamente esercitarsi.

Note

^(*) Il testo qui pubblicato risulta da una comunicazione presentata al Colloque "La santé en débat. Politiques de la co-disciplinarité" (Lausanne, 5-6 novembre 2003), organizzato dalla Commission interdisciplinaire d'anthropologie médicale (CIAM) e da Medical anthropology of Switzerland (MAS).

⁽¹⁾ Il che mi avrebbe impedito, ad esempio, di individuare tutte le pratiche che non attengono alla osservanza delle prescrizioni in senso stretto e che tuttavia hanno a che fare con ciò che i pazienti considerano come una pratica terapeutica coerente con i loro obiettivi, se non addirittura con le raccomandazioni mediche.

⁽²⁾ Più che il sistema di salute, infatti, è l'intero sistema sociale ed economico ad esservi in causa.

⁽³⁾ Più minacciata a causa del prevalere dei problemi della salute nella società contemporanea.

[traduzione dal francese rivista da Massimiliano Minelli e Tullio Seppilli]

Riferimenti bibliografici

CONRAD P. (1985), *The meaning of medications: another look at compliance*, "Social Science & Medicine", vol. 20, n. 1, 1985, pp. 29-37.

FAINZANG S. (1992), *Réflexions anthropologiques sur la notion de prévention*, pp. 18-27, in AÏACH P. - BON N. - DESCHAMPS J.P. (curatori), *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Presses Universitaires de Nancy.

FAINZANG S. (1996), *Alcoholism, a contagious disease: a contribution towards an anthropological definition of contagion*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 20, n. 4, 1996, pp. 473-487.

- FAINZANG S. (2001), *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Presses Universitaires de France, Paris (collection "Ethnologies-controverses").
- FASSIN D. (2000), *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Karthala, Paris (collection "Hommes et Sociétés").
- HOURS B. (curatore) (2001), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Karthala, Paris (collection "Médecines du Monde").
- LOCK M. - SCHEPER-HUGHES N. (1990), *A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent*, pp. 47-72, in JOHNSON T. M. - SARGENT C. F. (curatori), *Medical anthropology: a handbook of theory and method*, Greenwood Press, New York.
- TROSTLE J.A. (1988), *Medical compliance as an ideology*, "Social Science and Medicine", vol. 27, n. 12, 1988, pp. 1299-1308.
- VAN DONGEN E. (2001), *Violence and older people in the Cape Peninsula. The relevance of medical anthropology in a pandemic world*, "Ethnologies Comparées", n. 3 (numero monografico su *Santé et maladie: questions contemporaines*) [<http://alor.univ-montp3.fr/cerce/r3/n.3.htm>].

Scheda sull'Autore

Sylvie Fainzang è antropologa, direttore di ricerca presso l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris) e membro del CERMES (Centre de recherche médecine, sciences, santé et société, Paris). Dopo i suoi primi lavori in Africa occidentale ha orientato la sua attenzione sulla società francese, su cui lavora da una ventina d'anni.

È autrice di numerose opere: *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina* (L'Harmattan, Paris, 1986); *La femme de mon mari. Étude ethnologique du mariage polygamique en Afrique et en France* (L'Harmattan, Paris, 1988); *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste* (EHESS, Paris, 1989 [collana "Les Cahiers de l'Homme"]), tradotto in inglese con il titolo *Of malady and misery. An africanist perspective of illness in Europe* (Het Spinhuis Publishers, Amsterdam, 2000 [collana "Health, Culture & Society"]); *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort* (Presses Universitaires de France, Paris, 1996); *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance* (Presses Universitaires de France, Paris, 2001).

Elenco delle pubblicazioni sul sito: <http://pagesperso-orange.fr/sylvie.fainzang/>

Riassunto

Antropologia e medicina: riflessioni epistemologiche sulla co-disciplinarietà nella ricerca

Nell'articolo l'autore passa in rassegna le difficoltà legate alla co-disciplinarietà tra antropologia e medicina e le condizioni della relativa realizzazione distinguendo gli aspetti

strutturali (relativi all'atteggiamento di ricerca, alla concettualizzazione ed alla definizione delle problematiche) dagli aspetti congiunturali di tali difficoltà (dovute alle trasformazioni della società, soprattutto alla presenza di nuovi attori e di nuovi ruoli in campo sanitario). L'autore difende la necessità per l'antropologia di adottare una *posizione doppiamente critica*, cioè critica non soltanto dal punto di vista *politico* (rispetto alle crescenti disparità di accesso alle cure o agli interessi economici che sono alla base delle politiche di ricerca), ma anche sul piano epistemologico. Questo doppio dovere critico presume di rimettere in discussione le certezze su cui si basano oggi numerose ricerche senza interrogarsi sui relativi presupposti.

Résumé

Anthropologie et médecine : réflexions épistémologiques sur la co-disciplinarité dans la recherche

Dans cet article, l'auteur examine les difficultés de co-disciplinarité entre anthropologie et médecine et les conditions de sa réalisation. Distinguant entre les aspects structurels (relatifs à la posture de recherche, à la conceptualisation et à la définition des problématiques) et les aspects conjoncturels de ces difficultés (liés aux transformations de la société, notamment à la présence de nouveaux acteurs et de nouveaux rôles dans le champ sanitaire), elle défend la nécessité pour l'anthropologie d'adopter une *position doublement critique*, c'est-à-dire critique non seulement sur le plan *politique* (face aux inégalités croissantes d'accès aux soins ou aux intérêts économiques qui sous-tendent les politiques de recherche), mais aussi sur le plan *épistémologique*. Ce double devoir critique suppose de réinterroger les évidences sur lesquelles sont bâties aujourd'hui de nombreuses recherches sans que soient questionnés leurs présupposés.

Resumen

Antropología y medicina: reflexiones epistemológicas sobre la co-disciplinariedad en la investigación

En el artículo el autor examina las dificultades ligadas a la co-disciplinariedad entre antropología y medicina y las condiciones de su realización, distinguiendo los aspectos estructurales (relativas a la postura ante la investigación, a la conceptualización y a la definición de las problemáticas) de los aspectos coyunturales de dichas dificultades (debidos a las transformaciones de la sociedad, en concreto a la presencia de nuevos actores y de nuevas funciones en campo sanitario). El autor defiende la necesidad de que la antropología adopte una *posición doblemente crítica*, es decir, crítica no sólo desde

el punto de vista *político* (respecto a las crecientes diferencias de acceso a los cuidados o a los intereses económicos que subyacen a las políticas de investigación), sino también en el plano epistemológico. Este doble deber crítico presupone la necesidad de reexaminar las certezas sobre las que se basan actualmente numerosas investigaciones sin que se pongan en duda sus presupuestos.

Abstract

Anthropology and medicine: epistemological reflections on co-disciplinary relationships in research

In the article the author examines the difficulties inherent in the co-disciplinary relationship between anthropology and medicine and the conditions leading to its development. Making a distinction between the structural aspects (regarding research stance, conceptualization, and problem definition) and the cyclical aspects (related to the transformations of society, in particular to the presence of new actors and new roles in the healthcare sector) of such difficulties, the author defends the necessity for anthropology to adopt a *doubly critical stance*, i.e. critical not only from the *political* standpoint (regarding the growing inequalities in access to treatment or the economic interests underlying research policies), but also at the epistemological level. This dual critical stance implies a necessity for re-examination of the certainties on which numerous studies are based today, without calling their basic assumptions into question.