

*Etnomedicina e Antropologia medica: un approccio storico-critico**

Tullio Seppilli

presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) /
presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM) / già professore ordinario
di Antropologia culturale nella Università degli studi di Perugia
[seppilli@antropologiamedica.it]

0.

Tenendo sullo sfondo i due termini *etnomedicina* e *antropologia medica*, mi propongo qui di tentare un discorso storico-critico sugli approcci in base ai quali le discipline antropologiche hanno affrontato lo studio delle rappresentazioni e delle pratiche relative ai processi di salute/malattia nelle diverse civiltà.

Cercherò anzitutto di evidenziare come l'esame delle rappresentazioni e delle pratiche di difesa della salute, da parte degli antropologi, sia stato indirizzato in un primo periodo soltanto verso le popolazioni definite dagli Occidentali come "esotiche" o "primitive", o verso gli strati popolari europei caratterizzati da una forte alterità culturale rispetto alle classi egemoni: una alterità culturale definita "folclorica" e ritenuta anch'essa "primitiva", residuale e in qualche modo indicativa degli orientamenti tipici delle culture esotiche "sopravvissute" fuori dall'Occidente. È a questo orientamento di studi che viene usualmente riferito il termine *etnomedicina*.

Cercherò poi di evidenziare come il salto di qualità, il costituirsi di un approccio compiutamente scientifico, in questo campo della ricerca antropologica, si è prodotto quando a oggetto di indagine è stata posta *anche* la medicina occidentale, o se vogliamo la biomedicina, esaminata anch'essa come *uno* dei sistemi medici fra i tanti che si sono succeduti nella storia dell'umanità. E cercherò a questo punto di delineare quale possa oggi considerarsi l'ampio e rinnovato campo di analisi di ciò che intendiamo generalmente con il termine *antropologia medica*.

Cercherò altresì di delineare, tuttavia, gli elementi di un rapporto particolare che lega malgrado tutto, in un comune discorso epistemologico, lo

Saggi

studio antropologico dei processi di salute/malattia e le basi biologiche della moderna medicina occidentale. Con implicazioni che investono il classico dibattito fra etnocentrismo e relativismo in direzione di un superamento dialettico di entrambi i poli e della definizione di una linea che Ernesto de Martino denominò a suo tempo “etnocentrismo critico”.

1.

Quando agli inizi dell'epoca del colonialismo, nel secolo XVI, gli Europei entrarono in uno stabile contatto con le popolazioni africane, americane e dell'Estremo Oriente, la loro medicina non era assai più efficace di quelle cui essi si trovarono di fronte. Essa derivava dall'antica medicina greco-romana, in via diretta ovvero mediata attraverso le traduzioni e le ulteriori elaborazioni operate nel mondo islamico medio-orientale e in quel grande crogiuolo culturale multireligioso che fu la Spagna durante il dominio arabo. In ogni caso, nei primi secoli del colonialismo numerose informazioni sulle medicine dei popoli con cui gli Europei entrarono via via in contatto furono disorganicamente raccolte da missionari, cronisti e amministratori, soprattutto come “curiosità locali” o, talora, come evidenti dimostrazioni di “pratiche demoniache”.

La situazione cambia abbastanza significativamente a partire dal Sei-Settecento e soprattutto dal secolo XIX, quando la medicina europea perviene a una sufficiente conoscenza anatomo-fisiologica del corpo umano, individua gli agenti responsabili di alcune gravi patologie e raggiunge così, soprattutto nel campo delle malattie infettive, una sua reale efficacia: è l'epoca della nascita della moderna biomedicina scientifica.

In effetti, la seconda metà del secolo XIX, nella temperie culturale del positivismo, è anche l'epoca segnata dalla scoperta darwiniana dell'evoluzione delle specie e del lento processo di ominazione, e dalla stessa nascita delle discipline antropologiche. Ed è altresì l'epoca di una nuova fase del colonialismo europeo e della esplorazione del mondo che agli Europei era ancora ignoto.

Appunto in quel periodo prende forma lo studio antropologico delle rappresentazioni e delle pratiche relative ai processi di salute/malattia, che va sviluppandosi lungo due grandi direttrici:

- (a) verso le popolazioni definite dagli Europei come “esotiche” o “primitive”: una etichetta, questa, in cui venivano classificati – è bene sottolinearlo – i persistenti gruppi tribali di caccia e raccolta disseminati in Africa, in

America e in Australia, gran parte delle società agricole e pastorali extra-europee, e società statuali come l'India e la Cina: che avevano come unico elemento comune il loro comune coinvolgimento nel processo di dominazione planetaria intrapreso dal colonialismo europeo, risultando perciò, in riferimento all'Europa, non solo culturalmente "altre" ma segnate da un oggettivo rapporto di subordinazione.

- (b) verso gli strati popolari europei, soprattutto rurali – contadini, pastori, ma anche pescatori e proletari urbani – marginali ai grandi processi di cambiamento e modernizzazione allora in pieno corso, e contraddistinti, rispetto ai gruppi borghesi e aristocratici, da una notevole alterità e tradizionalità della cultura e degli stili di vita.

Appunto queste direttrici di indagine antropologica sono state spesso complessivamente indicate, specie in alcuni Paesi, come studi di *etnomedicina*, o anche di *etnoiatria*, secondo un diffuso (e discutibile) costume linguistico in cui la voce *etno* è usata non già in riferimento a qualsivoglia raggruppamento etnico-culturale – come sarebbe ovvio – ma solo a quelli che rispetto a noi appaiono in qualche modo "esotici". Un analogo utilizzo è avvenuto largamente, peraltro, anche con il termine *etnopsichiatria* e spesso con lo stesso termine *etnologia*. In particolare, poi, per quanto riguarda le forme tradizionali di difesa della salute negli strati popolari d'Europa – o comunque nelle fasce subalterne di società fortemente stratificate – vengono utilizzate spesso, come è noto, espressioni quali *folclore medico* o *medicina folclorica* o semplicemente *medicina popolare* (e per gli studi che vi si riferiscono, *demoiatria*).

È bene evidenziare, però, al di là della molteplicità e della eterogeneità delle forme di difesa della salute che in quell'epoca si posero così all'attenzione degli antropologi, alcune comuni condizioni "esterne" che entravano tuttavia nel processo di indagine, introducendovi un particolare "punto di vista", una specifica angolazione dell'impianto disciplinare e non pochi conseguenti elementi di distorsione.

La prima condizione consisteva nel fatto che questo rapporto dell'antropologo con le società "altre" – il suo "andare sul campo" – si costituiva all'interno di un più generale rapporto di dominazione coloniale. L'antropologo, il suo "viaggio", in certa misura la stessa antropologia, erano un prodotto, un'espressione, delle società colonizzatrici, dei loro presidi locali e del loro potere. Così, l'antropologo – come peraltro l'esploratore e il missionario – era visibilmente un rappresentante del mondo dei colonizzatori, come tale era percepito e a quel mondo "civile", in effetti, egli sentiva di appartenere.

L'orizzonte scientifico in cui egli si era formato era in larga misura improntato, peraltro, da una indebita estensione delle recenti rivoluzionarie scoperte paleontologiche sul processo biologico di ominazione alla interpretazione dei meccanismi di sviluppo delle società: un appiattimento, cioè, dei fattori costitutivi del processo storico sulle sole determinazioni biologico-evolutive e una conseguente attribuzione di situazioni e comportamenti prodotti dalle dinamiche storico-sociali alla sfera delle peculiarità biologiche (razziali). Questo impianto teorico – che fu definito *darwinismo sociale* e che ebbe ricadute istituzionali e politiche che si rivelarono disastrose – ignorava di fatto la distinzione e il complesso rapporto di *reciproca integrazione* e ad un tempo di *autonomia relativa* tra i due livelli sistemici di organizzazione – quello *biologico* e quello *sociale* – ai quali si costituisce (e va indagata) la condizione umana: talché la storia appariva sostanzialmente come espressione di successivi stadi umani di evoluzione biologica e la diversità culturale veniva interpretata come semplice espressione di appartenenza all'uno o all'altro di tali stadi.

Si era venuta costituendo, così, l'idea che le popolazioni esotiche si collocassero a un gradino inferiore agli Europei lungo la scala dell'evoluzione umana, che esse rappresentassero, insomma, l'attardamento di una parte dell'umanità a livelli di sviluppo – biologici e culturali – che gli Europei avevano superato da tempo. E che, tutto sommato, livelli di arretratezza non molto dissimili erano riscontrabili in molti strati “tradizionali” nelle campagne europee, oltreché in modo specifico, in alcune categorie “devianti”, come i criminali, i pazzi, le prostitute, e in genere coloro che non si “adattavano” ai valori, alle regole, agli stili di vita e alle strutture di classe e di potere di un ordine sociale – quello europeo – che sembrava rappresentare il punto più avanzato dell'evoluzione e dell'incivilimento umano.

In questo orizzonte – in cui la cultura e l'assetto sociale europeo apparivano appunto come il più elevato traguardo raggiunto dall'umanità – trovava una “oggettiva” giustificazione l'intera avventura del colonialismo: toccava agli Europei la “responsabilità” e il “diritto” di governare gli altri popoli, di indirizzare utilmente le loro attività ai livelli compatibili con il loro stadio evolutivo, di “educarli” se possibile e sottometterli alla civiltà o di estrometterli definitivamente dal ceppo evolutivo umano.

All'antropologo toccava il compito, importante, di documentare queste residue evidenze dei precedenti stadi dell'umanità, di misurarne le fattezze fisiche e di studiarne l'organizzazione sociale, le rudimentali tecniche utilizzate, i linguaggi espressivi, le forme rituali e le primitive concezioni magico-religiose. Prima che in un modo o in un altro tutto ciò scomparisse di fronte all'avanzare della civiltà.

Un rapporto “oggettivante”, dunque, in cui chi veniva indagato appariva allo sguardo dell’antropologo come “naturalisticamente altro” e pressoché privo di uno spessore storico. Ma nella rilevazione delle forme tradizionali di difesa della salute entrava anche una più specifica e pesante componente: che derivava – nell’epoca del positivismo – dal sostanziale identificarsi dell’antropologia con i fondamenti e la “verità biologica” della medicina europea, dalle continue intersezioni fra le due discipline (basti pensare al comune interesse per la follia), e dal riconosciuto prestigio che i recenti grandi successi avevano garantito appunto alla teoria e alla pratica medica occidentale. D’altronde, alcuni fra i più eminenti antropologi di epoca positivista erano anche medici. Gli antropologi andavano “sul campo”, per tutto questo, convinti che le procedure di difesa della salute che vi riscontravano costituissero la semplice espressione di una antica mentalità “primitiva”, di tipo magico: interessanti attardamenti “archeologici”, “superstizioni” da documentare come arcaico residuo di precedenti fasi dell’evoluzione umana ma in sostanza, al di fuori della possibile efficacia di qualche estratto naturale, un coacervo di pratiche del tutto inefficaci. Così, paradossalmente, se per secoli le Chiese cristiane avevano combattuto ferocemente le pratiche “magiche” e la stessa medicina popolare ritenendole illegittime e blasfeme perché sostenute da patti con il demonio, *ma credendole pericolosamente efficaci*, gli antropologi (e la medicina ufficiale), benché seriamente impegnanti *sul terreno scientifico* in una estesa documentazione di tali pratiche, finivano per ribadire *sul terreno politico-culturale*, seppure con altri mezzi e in base a ragionamenti del tutto opposti, un analogo orientamento liquidatorio: ma essi auspicavano la fine delle altre medicine e di ogni tipo di pratica magica *perché invece le ritenevano ingannevoli e inefficaci*, al fine di aprire la strada al diffondersi del pensiero scientifico, dell’unica “vera medicina” e dei suoi benefici effetti. Al di là del suo immediato interesse di ricostruzione “archeologica”, la ricerca sulle medicine “esotiche” e, soprattutto, sulle medicine popolari europee, divenne in tal modo il fondamento conoscitivo sugli “errori superstiziosi” e sugli operatori di salute “non abilitati”, la necessaria piattaforma da cui partire per contrapporvi significative campagne di “educazione popolare” – alla cui opera saranno chiamati in prima persona gli stessi medici – e opportuni provvedimenti di repressione affidati alle leggi e all’autorità giudiziaria.

Ciò non significa che questi studi – spesso definiti, appunto, di *etnomedicina* – non abbiano prodotto risultati significativi. Se in effetti le indagini sulle culture esotiche tardarono a fornire, in merito alle procedure di cura “indigene”, cognizioni accurate e sistematiche, le ricerche condotte sulle medicine popolari tradizionali nei contesti metropolitani diedero luogo in

alcuni Paesi europei a raccolte imponenti, che ci consentono una effettiva organica conoscenza di credenze e pratiche relative a intere regioni.

Ma al di là delle distorsioni metodologiche e del pressoché totale disinteresse a entrare seriamente nel merito della possibile efficacia delle medicine “altre”, ciò che caratterizza questa prima fase della ricerca antropologica sui sistemi di cura è la *quasi totale esclusione della medicina occidentale come oggetto di indagine*. A eccezione, se vogliamo, di qualche riflessione sociologica sugli ospedali e sul loro effettivo impatto sociale, il sistema medico occidentale esulava totalmente dalla prospettiva di interesse degli antropologi (e degli stessi sociologi, peraltro), ed era esclusivamente oggetto di una *storiografia della medicina* diretta a ricostruire, in termini sostanzialmente apologetici, gli sviluppi “interni” – scoperte, procedure tecniche, successi terapeutici, ... – di una medicina occidentale che stava finalmente raggiungendo i suoi alti obiettivi.

2.0.

In sostanza, l’aver esteso il proprio campo di indagine alla stessa medicina occidentale, e insieme il superamento definitivo dell’approccio positivistico – che pure aveva portato, come abbiamo visto, anche frutti di grande interesse –, costituisce per la ricerca antropologica sui sistemi di cura un vero e proprio salto di qualità, l’accesso a uno sguardo nuovo e finalmente autonomo su un più ampio e organico ambito di processi e l’aprirsi di nuovi e diversi orizzonti operativi.

Questa nuova fase storica della ricerca antropologica sui sistemi di cura – alla quale può essere più precisamente riservato il termine *antropologia medica*⁽¹⁾ – si caratterizza in effetti per alcuni specifici orientamenti concernenti il campo di analisi, la messa a punto di alcuni significativi modelli concettuali, e le direzioni di possibile utilizzo sociale.

2.1.

A. Anzitutto, come si è detto, l’*ampliamento del campo di indagine* alla medicina occidentale, esaminata, al pari di ogni altro sistema medico, come un prodotto storico radicato in una concreta e specifica tipologia di società e di cultura. In questa prospettiva viene messo in luce il suo concreto profilo nella rete dei rapporti sociali: istituzione articolata e complessa, struttura gerarchica e di potere, apparato organizzativo e ideologico-culturale, agenzia di vettori comunicativi e di processi di egemonia. Al tempo stesso, il suo paradigma e i criteri in base ai quali essa individua e classifica gli

stati patologici, ne stabilisce volta a volta una eziologia e costruisce i concetti stessi di “malattia” e di “guarigione”, vengono ad acquisire il valore di un orientamento “*emic*”, fra i tanti elaborati dalla molteplicità dei sistemi medici che si sono via via sviluppati sul pianeta. Vedremo più avanti (*paragrafo 2.3*) di riprendere da un'altra angolazione questo discorso.

B. Ma il costituirsi dell'*antropologia medica* comporta anche in un altro senso un ampliamento di orizzonte. Il vecchio impianto – che possiamo appunto riferire alla *etnomedicina* – non soltanto escludeva dal suo campo di analisi la medicina ufficiale occidentale ma si limitava ad esaminare, negli altri contesti, soltanto le *rappresentazioni* concernenti gli stati di salute/malattia e le *pratiche* culturalmente elaborate per intervenire su di essi (insieme, ovviamente, agli *attori sociali* di tali pratiche). Nella nuova prospettiva, invece, la ricerca antropologica entra altresì nel vivo dell'*oggetto* cui si riferiscono rappresentazioni e pratiche, e cioè gli stati stessi di salute/malattia, cercando di individuarne la vasta rete dei *determinanti sociali* e cioè i mille fattori di salute/malattia riferibili alle logiche inerenti gli assetti sociali – dalle caratteristiche dei contesti di insediamento alla collocazione degli individui nella struttura dei rapporti di classe e di potere, dalle modalità di lavoro agli stili alimentari e di vita, dalla qualità delle personali vicende biografiche alla tipologia delle relazioni interpersonali, dalla disponibilità di risorse alla accessibilità dei servizi, sino alla entità dei fattori di rischio e delle situazioni ansiogene o di emarginazione volta a volta socialmente prodotte –. In tal modo l'*antropologia medica* integra o vicaria la insufficiente attenzione della biomedicina e delle strategie sanitarie ufficiali alla *dimensione sociale della patologia* e si costituisce organicamente come strumento di indagine sull'*intero versante sociale* dei processi di salute/malattia: non solo dunque sui vissuti e sulle risposte cognitive e operative culturalmente elaborate in ogni tipo di società nei confronti di tali processi ma anche sulle componenti storico-sociali delle loro stesse dinamiche costitutive.

A ben vedere però, qui non si tratta soltanto di un ampliamento del campo di analisi. Riprenderemo più avanti (a fine *paragrafo 2.2.D.* e al *paragrafo 2.3.*) questo discorso.

2.2.

Come ho anticipato, il definirsi della *antropologia medica* si caratterizza altresì per la messa a punto di alcune *strumentazioni concettuali* che ne costituiscono, in un certo senso, altrettanti nuclei di organizzazione tematica. Può essere utile, qui, evidenziarne alcuni che mi sembrano più significativi.

A. Anzitutto, il concetto organizzatore generale rappresentato dal termine *sistema medico*. Non più semplici e disorganici elenchi di “credenze” e di “pratiche” sul cui sfondo venivano posti generici orizzonti di riferimento metastorici come quello di “mentalità magica”. Ma “sistemi”, appunto, internamente dinamici e in costante interazione con il contesto storico in cui si radicano, dei quali vanno messe in evidenza differenti e interconnesse dimensioni: “saperi” interpretativi e operativi che si costituiscono *in una reiterata tensione fra esperienze empiriche e cosmovisioni generali*; meccanismi e forme istituzionali di trasmissione e riproduzione di tali saperi e loro diseguale disseminazione sociale con la conseguente formazione, in ogni società, di ruoli specifici e “attori sociali” specializzati nella difesa della salute, caratterizzati da proprie connotazioni simboliche, propri stili comportamentali e propri comuni interessi; strutture normative e organizzative e luoghi particolari deputati alle attività che ne conseguono; risorse e competenze a tal fine disponibili e “regole” per la loro distribuzione; strategie di attenzione relative ai “bisogni” e alle “richieste” concretamente emergenti, al loro riconoscimento, alle reali potenzialità di risposta e alla eterogeneità delle condizioni sociali e di potere dei possibili beneficiari. Essenziale, dunque, nella ricerca antropologico-medica, è la caratterizzazione di fondo del sistema medico entro cui si conduce l’indagine e la individuazione dei suoi orientamenti generali, delle sue strutture portanti e della loro plasticità, della sua logica complessiva e della sua reale funzione negli equilibri della società in cui esso si radica. E solo entro questo quadro è corretto, e ha senso, indagare sulle sue singole componenti e misurare la sua stessa “efficacia”. O mettere a punto, nei suoi confronti, strategie di intervento correttivo. Peraltro, la varietà dei sistemi medici, e in particolare la varietà dei modelli eziologici e delle modalità di individuazione delle varie malattie, comporta inevitabilmente la non perfetta sovrapponibilità di significato, nei diversi contesti sociali, dell’oggetto stesso che i sistemi medici si propongono di fronteggiare (la “malattia”), del loro apparente obiettivo (la “guarigione”), e dunque della stessa caratterizzazione dei loro “attori di cura”: l’attribuzione, ad esempio, di stati che noi definiamo “patologici” a un intervento soprannaturale assimila tali stati a un’area semantica che comprende anche altri tipi di “mali”, sposta le attribuzioni e le competenze dell’operatore di cura verso quelle di una figura sacrale e trasforma, almeno in parte, il significato stesso dei fini che egli deve raggiungere (e che da lui la sua comunità si attende). Mette in discussione, direi, gli stessi confini definitivi di “sistema medico”. Così, per fare un altro esempio, la varietà degli agenti ritenuti responsabili dei vari stati di “malattia” e degli stessi criteri di caratterizzazione di tali

stati (cause, localizzazione corporea, sintomi, ...) rende altresì difficilmente sovrapponibili le classificazioni nosografiche prodotte dai vari sistemi medici: una esperienza, questa, inevitabile quando ci si propone di “tradurre” la nosografia di un qualsiasi sistema medico extraoccidentale in quella proposta (e continuamente aggiornata) della “nostra” patologia medica.

B. Il quadro complessivo costituito dal sistema medico, dalle sue interne “regole” e dalla eterogenea disseminazione delle competenze di cura nel contesto sociale, definisce il significato strategico di concetti organizzatori come quello di *gestione domestica dei processi di salute/malattia* (in spagnolo *autoatención*) e quello di *itinerario terapeutico*. Il primo indica, come è noto, il processo che ha inizio quando in un individuo si manifestano i primi sintomi che si ritiene indichino l'esistenza di un possibile stato “patologico” e prende avvio, allora, da parte sua e del suo intorno familiare o di vicinato, una complessa vicenda di ipotesi e sperimentazioni diagnostico-terapeutiche, con le risorse disponibili, in cui entrano in gioco le specifiche esperienze, le interne articolazioni di ruolo e di autorevolezza e, eventualmente, i differenti orientamenti culturali dei protagonisti: un arco di tempo che si conclude con il risolversi della situazione o con un processo decisionale che porta a un parziale o totale affidamento a uno specifico operatore di salute (senza che ciò escluda, in effetti, da parte del paziente o dei suoi familiari, il possibile protrarsi di comportamenti autonomi o parzialmente incoerenti con le prescrizioni e le pratiche dell'operatore). È noto d'altronde che il secondo termine, itinerario terapeutico, comprende non solo la fase di “gestione domestica” ma l'intero sviluppo dei ricorsi che il paziente e/o i suoi familiari attivano per la diagnosi e la cura: gli operatori consultati, le loro specializzazioni e i loro livelli di prestigio, le istituzioni ospedaliere o di altro tipo in qualche modo coinvolte, le reti informative attivate, gli spostamenti territoriali che tutto ciò ha comportato. Se dovessimo sintetizzare il notevole significato strategico di questi due termini per le ricerche di antropologia medica potremmo dire che essi rispondono a una doppia domanda chiave: cosa vuol dire essere paziente in uno specifico contesto sociale? e quali, fra le risorse disponibili, ne risultano nei vari casi concretamente attivate?

C. Ovviamente, sempre nel quadro complessivo del sistema medico, delle sue “interne regole” e della eterogenea disseminazione delle competenze di cura nel contesto sociale, acquista in antropologia medica un significato strategico l'esame delle complesse dinamiche che caratterizzano, nelle diverse società, il *rapporto fra l'operatore di salute e il suo paziente*. Ciò che va sottolineato, in generale, è che tale rapporto, anche al di là delle sue

valenze più strettamente “tecniche” (connesse pur sempre, però, a “saperi culturali”), è un rapporto tra ruoli – quello di *operatore* appunto, e quello di *paziente* – definiti da regole sociali di comportamento e di reciproca *attesa*, eterogenei nei differenti contesti di civiltà e in costante trasformazione, peraltro, nel corso dei cambiamenti del nostro stesso sistema sociale. Il rapporto fra uno sciamano e l'uomo che ricorre a lui in un contesto tribale è certamente diverso da quello che intercorreva fra il medico e il suo paziente nell'Ottocento europeo o che intercorre oggi in Occidente: assai eterogeneo, comunque, nei Paesi che hanno conquistato sistemi nazionali di welfare e in quelli dove vige ancora, anche in sanità, un rapporto di contrattualità. Un ambito di ricerca, questo, che dal focus interindividuale si allarga oggi anche ai rapporti fra le grandi istituzioni sanitarie, come gli ospedali, e i loro utenti, i processi di comunicazione e le reciproche immagini che ne derivano, gli effetti specifici dei contesti di permanenza istituzionale e dei “sistemi di vita” che per brevi o lunghi periodi condizionano non soltanto le procedure terapeutiche ma l'esistenza intera dei ricoverati. Fino agli studi sugli effetti di cosiddetta *istituzionalizzazione* (si vedano in merito le ricerche sulle istituzioni totali sanitarie e in particolare su quelle psichiatriche). In antropologia medica, l'area tematica del rapporto fra medico e paziente sembra attualmente in notevole sviluppo per almeno due considerazioni: (a) che i sempre più rapidi cambiamenti nel sistema sociale e nello stesso sistema sanitario introducono elementi di crisi nel “sistema di rapporti di ruolo” fra il medico e il suo paziente, con un conseguente diffuso disaggiustamento tra quanto ciascuna delle due figure si attende dall'altra, e (b) che risulta ormai con chiarezza evidente – come sottolineeremo fra poco – che la soggettività del paziente, i suoi stati emozionali costituiscono un fattore essenziale nel prodursi e nello stesso andamento della patologia: e dunque che le dinamiche psicologiche attivate nel rapporto fra medico e paziente rappresentano un elemento essenziale della professionalità dell'operatore e del suo stesso successo terapeutico.

D. Cruciali d'altronde, in antropologia medica, sono gli sviluppi concettuali che allargando le prospettive della biomedicina consentono di *ripensare e comprendere la malattia in tre dimensioni intercorrelate e interagenti*: il processo biologico (ingl. *disease*), l'unico che in effetti è stato sistematicamente oggetto della “nostra” medicina / il suo vissuto soggettivo (ingl. *illness*), largamente condizionato dalle esperienze personali e dai modelli culturali che l'individuo nutre dal proprio contesto attraverso la rete dei suoi rapporti sociali (a partire dall'idea stessa della gravità della sua malattia e da altre connotazioni che essa assume in tale contesto) / il mutato status sociale – intreccio di regole, di diritti e doveri, di stile di vita e di

immagine pubblica – che deriva all'individuo in conseguenza del suo “essere malato” in uno specifico contesto storico-sociale (ingl. *sickness*): è questa terza valenza della malattia quella che sembra più adatta, in effetti, a riprendere il discorso sulla *malattia come devianza* giacché appunto il mutato status del malato – quale che sia il suo itinerario nei singoli contesti sociali – si configura comunque come l'assunzione di una nuova immagine sociale, di nuovi diritti/doveri e di nuove regole di vita, in qualche modo “devianti” rispetto a quelle della precedente “normalità” (seppure, in questo caso, le nuove regole appaiono anch'esse in qualche modo socialmente approvate e dunque, a rigore, non si tratta di una vera e propria devianza). D'altra parte, la individuazione concettuale delle due dimensioni “sociali” della malattia ha aperto nuovi e importanti canali di indagine alla antropologia medica. Basti pensare a recenti piste di ricerca come la raccolta delle *narrazioni di malattia* (ingl. *illness narratives*), ricostruzioni biografiche di ciò che è apparso importante e viene ricordato del percorso di malattia, da parte del paziente o del suo intorno. O la rilevazione delle *reti semantiche* (ingl. *semantic networks*) evocate, per libera associazione, dal riferimento alla sua malattia: indicative così dei sintomi, delle emozioni e dei significati soggettivamente associati al vissuto della malattia. Ma quel che sembra importante in proposito sottolineare, qui, è che le differenti dimensioni della malattia sono appunto tra loro intercorrelate e interagenti, talché non si tratta soltanto di scoprire e giustapporre a ciò che deriva dalla ricerca biomedica in merito alla *disease* ciò che invece può risultare in merito a *illness* e *sickness*, in quanto espressioni della soggettività psichica e delle dinamiche sociali, dalla ricerca antropologica o, comunque, storico-sociale. Il problema, come in tanti altri casi in cui il “biologico” e il “sociale” si intersecano in modo ravvicinato – ed è appunto questo anche il caso della patologia – è che le attività di ricerca dai due versanti delle scienze dell'uomo non possono non integrarsi: così, per i suoi stessi fini conoscitivi e operativi, la ricerca biomedica non può non tener conto della *illness* e della *sickness*, e d'altro canto la ricerca antropologico-medica deve superare la vecchia tentazione di concentrarsi esclusivamente sulla fenomenologia socio-culturale ignorando del tutto a cosa fanno riscontro *illness* e *sickness*, e cioè la *disease* (vedi anche *paragrafo 2.3.*). È l'esigenza, appunto, di ritrovare dietro la grande divisione disciplinare tra scienze bio-antropologiche e scienze storico-sociali, e dietro la diversità dei relativi approcci (il vecchio binomio “natura e storia”), l'orizzonte della unità dialettica delle scienze dell'uomo.

E. Mi pare importante fare infine riferimento a un percorso di riflessione che dal versante delle discipline antropologiche e, ancor prima, delle

discipline “psi”, è venuto sviluppandosi sin dalla fine del XIX secolo per trovare conferma nell’ultimo quarto del Novecento nello stesso ambito della biomedicina con il costituirsi di una nuova area di ricerca, la *psico-neuroendocrinoimmunologia*. Si tratta della progressiva dimostrazione della forte incidenza dello psichismo sul costituirsi e sull’andamento degli stati di salute/malattia. O, se vogliamo, della complessa rete di correlazione fra il sistema nervoso centrale e il sistema immunitario. Non vi è qui lo spazio per la ricostruzione di questo lungo e tortuoso percorso scientifico (che ha ribadito peraltro quanto da tempo era ritenuto nella cultura popolare in molti Paesi). Ma è bene sottolinearne almeno due tra le più rilevanti implicazioni. *La prima*. Che tutte le malattie, in maggior o minor misura, anche quelle più tipicamente somatiche e connesse a ben precisi agenti patogeni esterni, come le malattie infettive, manifestano l’azione di componenti psichiche, giacché dallo psichismo derivano comunque stimoli che deprimono o potenziano le difese immunitarie individuali. Sono ormai sufficientemente probanti, ad esempio, le evidenze di una maggior vulnerabilità dei depressi alla contrazione di molte malattie. Ne deriva, fra l’altro, il ridursi della specificità delle malattie cosiddette psicosomatiche e una necessaria ridiscussione dello statuto concettuale delle cosiddette “malattie culturalmente condizionate” o “sindromi specifiche correlate alla cultura” (ingl. *culture bound syndromes*). *La seconda*. Che ne risulta una profonda revisione dei possibili meccanismi di intervento terapeutico: sia per quanto riguarda i fattori in gioco nel *set* del rapporto fra medico e paziente (con una forte enfasi sulla componente emozionale-simbolica) sia per quanto riguarda la possibile efficacia dei rituali diretti a produrre una intensa sicurezza di guarigione come quelli attivati dalle medicine sacrali: il che ripropone, il problema di una nuova valutazione di molte medicine “altre”. E al tempo stesso ripropone, paradossalmente, il quesito sulla sottovalutazione, nella biomedicina, di ciò che viene chiamato con una connotazione vagamente negativa “effetto placebo”: un effetto largamente utilizzato, come è noto per testare la efficacia specifica di nuovi farmaci e tuttavia senza alcuna seria programmazione di ricerche rivolte ad approfondirne i meccanismi al fine di un suo *autonomo* utilizzo terapeutico.

2.3.

Abbiamo sottolineato come nel costituirsi dell’antropologia medica appaia cruciale l’ampliamento del suo campo di analisi alla stessa medicina egemone occidentale, esaminata dunque, al pari di ogni altro sistema medico, come un prodotto storico radicato in una concreta e specifica tipologia di società e di cultura: talché, in questo senso, l’intero apparato

della biomedicina viene a caratterizzarsi come uno dei tanti orientamenti “*emic*” di difesa della salute elaborati nel corso della storia umana (*paragrafo 2.1.A.*).

E tuttavia, al medesimo tempo, la biomedicina assume necessariamente per l'antropologia medica un valore particolare, che le deriva in effetti dal suo stesso statuto e che rinvia alla comune matrice dei loro fondamenti epistemologici: i quali sono, in sostanza, i generali fondamenti del “pensiero scientifico”. Voglio dire, con questo, che i parametri in base ai quali la biomedicina indaga ad esempio sui fattori di una data sindrome o sui meccanismi d'azione di un certo farmaco, o ne valida l'efficacia, si situano in un orizzonte metodologico che è, sì, in certo senso “occidentale” (e comunque storicamente determinato), ma che proprio per certe sue regole appare garantire con una certa approssimazione la “attendibilità” delle pur provvisorie e parziali conclusioni che noi chiamiamo “costrutti scientifici”.

Di fatto, insomma, al di là delle evidenti eterogeneità di impianto metodologico fra “scienze naturali” e “scienze storico-sociali” – cui qui si è già fatto cenno – la biomedicina e la antropologia medica partecipano di un comune fondamento epistemologico generale, quello della “concezione scientifica del mondo”.

In tale quadro, se la biomedicina ha spesso delle malattie, come si è detto, una immagine biologisticamente ristretta alla sola *disease*, il “deficit cognitivo” che ne deriva, e che corrisponde a un limite ideologico e pratico nella sua stessa scientificità, esplicita certo una sua insufficiente apertura disciplinare (la obliterazione, cioè, delle determinazioni storico-sociali) e tuttavia non annulla la sostanziale attendibilità delle sue conclusioni sul terreno più strettamente biologico. D'altronde, è appunto questo limite della biomedicina ciò che la ricerca antropologica contribuisce dal canto suo a superare attraverso un esame – che vuol essere anch'esso scientifico – direzionato sui versanti della *illness* e della *sickness*, cioè delle dimensioni della malattia costituite dai suoi vissuti soggettivi e dalle sue correlazioni e implicazioni di status socio-culturale. Si potrebbe dire, in altre parole, che in contrasto con le critiche provenienti ad esempio dalle posizioni “new age”, la critica antropologica alla biomedicina non è quella di essere “troppo scientifica” ma quella invece di esserlo “troppo poco”, o meglio di disconoscere una parte dei fattori in gioco nei processi che essa esamina e sui quali intende intervenire: di ignorare, in sostanza, il peso che vi esercitano le componenti soggettive e, in generale, storico-sociali.

Ma si tratta di prospettive convergenti in vista di una più comprensiva (e perciò più “corretta”) rappresentazione scientifica di un “oggetto”, la patologia, che entrambi gli approcci contribuiscono, *intersecandosi tra loro*, ad indagare. Come ho già osservato (a fine *paragrafo 2.2.D.*), la tentazione manifestata talora da alcuni antropologi medici di escludere dalla loro attenzione ogni riferimento alla realtà biologica della patologia come qualcosa di radicalmente estraneo all’approccio antropologico, il quale dovrebbe solo occuparsi delle malattie in quanto *culturalmente percepite*, costituisce un gravissimo errore teorico e pratico: come dire che ai fini di una indagine su come i vari sistemi medici interpretano e fronteggiano ad esempio le epidemie di peste, e con quale successo, è indifferente “sapere” quali ne siano i “reali” meccanismi etiopatogenetici, se cioè la correlazione “vera” sia con il manifestarsi di una volontà divina di castigo o con una catena biologica batterio-pulce-topo legata a particolari eventi e situazioni ambientali e storico-sociali.

Così, allorché la antropologia medica indaga sulla biomedicina – o, se vogliamo, sull’approccio biologico che ne è il fondamento conoscitivo – essa indaga su un oggetto “*emic*” che rappresenta al tempo stesso un “caso” assai particolare. In sostanza, cioè, il “sapere antropologico” di chi indaga e il “sapere biologico” che costituisce una delle espressioni dell’oggetto indagato, partecipano entrambi, grosso modo, di un unico fondamento epistemologico e, almeno in linea di principio, non possono non integrarsi ai fini della costituzione di un punto di vista “*etic*”. L’uno e l’altro sono comunque esistenzialmente legati a filo doppio.

3.

Questa doppia e ambivalente posizione dell’antropologia medica nei confronti della biomedicina le assegna oggi, paradossalmente, una possibile funzione abbastanza particolare: quella di costituire in certo senso – appunto nei confronti della biomedicina – *una sorta di coscienza storico-critica*: dalla quale derivano alcune linee prioritarie di ricerca e alcune possibili ricadute operative.

Ne indicherò qui, molto approssimativamente, solo alcuni fra quelli che mi sembrano i principali fuochi tematici, tra loro peraltro interconnessi.

A. Anzitutto, un contributo critico di ricerca e proposta direzionato al *superamento dei limiti biologistici* che nella teoria, nella formazione e nella pratica professionale medica occidentale sono ancora largamente presenti:

un contributo, cioè, a problematizzare e a incorporare “nella scienza e nell’arte” della “nostra” medicina la dimensione e il peso dei processi socialmente determinati, che – dall’assetto del contesto materiale e interindividuale ai quadri di riferimento culturali e alle dinamiche della soggettività – condizionano il paziente e la sua malattia, il medico, i loro reciproci rapporti e la stessa medicina.

B. In secondo luogo, un contributo critico di ricerca e proposta direzionato al *superamento della settorialità conoscitiva e operativa* della medicina occidentale conseguente al prevalervi delle logiche specialistiche e al troppo lento recupero, pure in atto, di una visione sistemica della persona e delle modalità della sua integrazione nel contesto sociale e naturale.

C. In terzo luogo, un contributo critico di ricerca e proposta direzionato a *un più serio confronto e una più seria valutazione*, da parte della medicina occidentale, delle procedure di cura “altre”, che in quest’epoca di globalizzazione, nonostante l’espansione economica e culturale occidentale stanno riconquistando spazio nello stesso Occidente, mentre più in generale si manifestano ovunque, nell’offerta e nella domanda di salute, processi acculturativi detti di “creolizzazione”.

Facendo riferimento a quanto in precedenza sottolineato, occorre peraltro riconoscere, dietro il successo dell’offerta di “ascolto” ai problemi di malessere e infermità che proviene dal multiforme ventaglio delle medicine “altre” o “non convenzionali”, due fattori interconnessi fortemente attrattivi che in certa misura le accomunano: (a) il notevole peso assegnato alla dimensione emozionale-simbolica nel rapporto fra operatore e paziente, significativamente ridotto invece, negli ultimi decenni, in quasi tutti i comparti della medicina occidentale sotto la spinta di fattori organizzativi, della delega a sempre più sensibili procedure di diagnostica strumentale o di laboratorio e, appunto, delle estreme specializzazioni professionali (nonché per effetto di una generalizzata riduzione dei legami soggettivi di coesione sociale), e (b) il coinvolgimento dello psichismo e, in particolare, dei suoi livelli simbolico-emozionali, nell’intero processo di cura attraverso meccanismi di richiamo a orizzonti sacrali o ad altri riferimenti culturali.

Ma il successo, fra noi, delle “medicine non convenzionali” non può essere attribuito soltanto a questi fattori.

Rasenterebbe il più candido e ottuso etnocentrismo credere che solo la “nostra” medicina dia buoni risultati e che tutte le altre – comprese quelle che hanno dietro a loro un riscontro empirico e una storia scritta plurimillenaria – siano in ogni campo del tutto inefficaci (e non abbiano comunque nulla di utile da proporre alla nostra attenzione).

Ma cosa significa, innanzitutto, fare i conti con la presenza, fra noi, delle medicine non convenzionali? Al di là della ovvia considerazione che il termine “medicine non convenzionali” – come si è già sottolineato – copre concezioni e pratiche largamente eterogenee, e che come tali esse vanno affrontate, credo sia bene partire da una doppia assunzione di fondo, anch’essa già anticipata (*paragrafo 2.2.A.*): che *ogni* sistema medico ha come proprio quadro di riferimento un orizzonte generale, una concezione del mondo, in cui si esprimono la cultura e il contesto storico-sociale in cui esso si radica, ha cioè una sua interna logica coerente con una specifica cosmovisione; e che d’altronde *ogni* sistema medico non può non avere una qualche base empirica di concrete esperienze che orientano la sua pratica operativa. È solo in rapporto alla concezione del mondo, alla cultura e al contesto storico sociale in cui esso si radica che noi possiamo comprendere la *logica interna* di un sistema medico. Incluso il nostro. Ma fare i conti con un sistema medico significa prima di tutto, io credo, verificare seriamente e senza preclusioni la *efficacia delle procedure operative* che in vista di precisi obiettivi esso ha via via elaborato: una operazione, questa, che va condotta con tutte le garanzie richieste dal “nostro” modello di verifica ma che deve tenere in conto le condizioni entro cui i meccanismi che determinano l’efficacia di una procedura messa a punto da un sistema medico “altro” possono funzionare. E ciò dipende ovviamente dai meccanismi. Se ad esempio si tratta di procedure che mettono in campo, nel paziente, stati emozionali di “attesa di guarigione” attivati da stimoli legati a particolari contesti o a esperienze vissute come sacrali, è altamente improbabile che questi stati possano essere riprodotti nelle nostre usuali condizioni di laboratorio ed elaborati con i metodi statistici normalmente impiegati nei *trials* su cui si fonda la nostra “medicina basata sulla evidenza” (ingl. *evidence based medicine*). Ciò non toglie che il loro esame interpretativo possa essere per noi assai fruttuoso. Il problema, non facile peraltro, è quello di mettere a punto strumentazioni di verifica rigorose, e dunque per noi accettabili, capaci di dare conto di un campo di procedure e meccanismi più ampio di quello cui solitamente facciamo ricorso. tenendo sempre presente, in effetti, che gli obiettivi conoscitivi che la nostra scienza ci pone si collocano a due livelli: anzitutto l’accertamento dell’effettivo prodursi del risultato perseguito (*se*, cioè, la procedura funziona); in secondo luogo la comprensione dei meccanismi attraverso cui tale risultato si produce (*come*, cioè, la procedura funziona): un risultato, quest’ultimo, molto più raffinato, che costituisce probabilmente la chiave di volta dei progressi e dei successi della nostra scienza ma che può essere raggiunto anche in un secondo momento. Esso rappresenta il coronamento

interpretativo di quanto accertato al primo livello, e in certo senso la sua conferma “definitiva”. Lo perseguiamo per mille giustificate ragioni. E tuttavia, anche in assenza di una spiegazione del “come”, non possiamo trascurare il valore di quanto è possibile accertare al primo livello, il fatto cioè che una procedura “funzioni”: un risultato che riveste di per sé stesso un suo autonomo significato conoscitivo e, soprattutto, una sua precisa utilità operativa.

D'altronde, in quest'epoca di globalizzazione, è appunto assai improbabile che i vari sistemi medici “altri” mantengano una loro autonoma “purezza”, sia nei luoghi di origine e tanto più nei Paesi in cui vanno ora estendendosi. E del resto, gli stessi confini di ciò che chiamiamo il “nostro” sistema medico mutano in certa misura, per una serie di fattori, sotto i nostri stessi occhi: basti pensare alle dinamiche espansive e di contraddittorio e ambiguo segno genericamente richiamate con il termine, assai polisemico, di *medicalizzazione della vita*. Ma sarebbe un drammatico errore – molto poco realistico peraltro – se la medicina occidentale, chiudendosi imperialisticamente in sé stessa puntasse alla totale eliminazione delle altre forme di difesa della salute (o in ogni caso ci contasse). L'unica strada realisticamente e vantaggiosamente percorribile è un *processo di integrazione*. Ma questo ha senso, a mio parere, e può avere utili sbocchi, solo a talune condizioni.

Certo, non è possibile integrare, come in un incoerente zibaldone, i differenti orizzonti ideologici, le eterogenee cosmologie, che stanno dietro sistemi medici nati dalle più diverse storie. Occorre riferire la teoria e la pratica di difesa della salute a un paradigma unitario: e la costruzione di questo paradigma, io credo, non può che partire dal più avanzato dibattito epistemologico raggiunto oggi dal *pensiero scientifico*, che – nel bene e nel male – è in larga parte un prodotto storico radicato nella cosiddetta civiltà occidentale. A condizione, tuttavia, che esso comprenda anche il versante sociale delle scienze umane e che si apra ad una serie di dimensioni, di istanze e di esigenze – alcune delle quali ho cercato qui di avanzare – che provengono da esperienze e linee di pensiero che la biomedicina rifiuta di considerare o sta solo ora, e fra mille limiti e contraddizioni, iniziando a valorizzare. E proprio perché il fondamento di questo nuovo paradigma va radicato nello sviluppo di un pensiero di tipo scientifico occorre, io credo, respingere ogni ipotesi di superare i limiti della attuale biomedicina aprendo la porta alle tentazioni neoirrazionalistiche che vengono oggi da movimenti come la cosiddetta *new age* o i mal digeriti scimmiettamenti occidentali delle filosofie orientali: sintomi della crisi assai più che realistici contributi al suo superamento.

Deve essere ben chiaro, a questo proposito, che *la critica antropologica alla biomedicina non è diretta a un suo eccessivo carattere scientifico bensì, al contrario, proprio ai limiti delle sue stesse basi scientifiche* – un approccio all'uomo e alla patologia umana limitato al solo ambito dei processi biologici –: ed è dunque una critica, come ho cercato di motivare, che investe la biomedicina proprio in riferimento alle persistenti carenze nel suo paradigma costitutivo.

Le cosmovisioni che appaiono supportare le medicine “altre” vanno certamente assunte, cioè, non per sincretizzarle tutte assieme in assurde e discrepanti sintesi di parti incongruenti, come un novello *frankenstein*, ma per comprenderle e, se possibile, tradurle in linguaggi coerenti con il pensiero scientifico. Tuttavia, ciò che costituisce l'essenza di un progetto realistico e al tempo stesso capace di farci fare passi avanti deve partire da un serio esame e da una attenta valutazione di efficacia delle varie procedure e dalla individuazione delle condizioni (e dei meccanismi, se possibile) del loro funzionamento, riportandole a un paradigma epistemologico unitario di tipo scientifico. È ciò che oggi intendiamo appunto come movimento verso una *medicina integrata*.

Una strada complessa, questa, che non pone solo problemi epistemologici, perché richiede investimenti, messe a punto metodologiche per pratiche di ricerca in direzioni finora solo limitatamente affrontate, problemi di ripensamento del rapporto medico-paziente e dello stesso *set* della visita clinica, esigenze di ristrutturazione dei curricula formativi e di rivalutazione delle competenze professionali in sanità, grosse questioni normative e organizzative delle professioni e dei servizi, di non poco conto.

Ma è questa la strada per garantire su un terreno compiutamente scientifico un ulteriore sviluppo a tutto campo, o se vogliamo *sistemico*, della medicina e della sua efficacia per l'uomo.

Al raggiungimento di questo obiettivo l'antropologia medica può portare, io credo, un significativo e positivo contributo.

Note

(*) Viene qui presentato, con qualche assai limitata revisione e l'aggiunta di un ampio riassunto, il testo della *lectio magistralis* inviata al XIV Congresso italo-latinoamericano di etnomedicina tenuto a Città del Messico nei giorni 25-28 settembre 2005. Esso è pubblicato, in italiano, anche alle pp. 16-25 degli atti del congresso curati da José S. CALDERÓN, *XIV Congreso italo-latinoamericano de etnomedicina (Ciudad de México, 2005)* come *suplemento especial* al vol. 33 della “Revista Latinoamericana de Química”, settembre 2005, 213 pp.

Poiché a quel congresso era anche in programma una rassegna di documentari cinematografici italiani variamente legati all'impianto e alle piste di indagine di Ernesto de Martino, mi fu chiesto in proposito un loro inquadramento storico-tematico, cui risposi inviando un mio testo già in precedenza più volte pubblicato, che uscì, sempre in italiano negli atti già citati, con un doppio titolo, *Introducción al ciclo de cortometrajes de Ernesto de Martino / Ricerca etnografica e cinema documentario sul Mezzogiorno d'Italia nel Secondo dopoguerra*, alle pp. 33-35.

⁽¹⁾ Per questo ambito delle discipline antropologiche sono state proposte da differenti autori, oltre a quella di *antropologia medica*, anche altre denominazioni, quali ad esempio *antropologia della medicina* o *antropologia della malattia* o *antropologia della salute*. In merito a quest'ultima, che a taluni appare concettualmente la più corretta e persino la più "avanzata", vorrei rilevare che in realtà ciò che "fa problema", in ogni contesto di civiltà, *non è la salute ma la sua perdita* e il conseguente costituirsi di uno stato, che noi chiamiamo "malattia", rispetto al quale tutte le società hanno comunque elaborato sistemi di interpretazione e di intervento contrastivo (appunto le "medicine"). Probabilmente, la denominazione più precisa sarebbe *antropologia delle medicine* perché da un lato essa ingloba non solo l'evento "malattia" ma anche i relativi sistemi di prevenzione e di cura, e dall'altro sottolinea precisamente la pluralità di tali sistemi. In effetti, la denominazione *antropologia medica* rischia l'assimilazione a un possibile ambito settoriale della biomedicina, per analogia con termini come semeiotica medica, patologia medica, clinica medica. Ma poiché sul terreno disciplinare e professionale tale denominazione è ormai utilizzata diffusamente nelle principali lingue scientifiche, sembra opportuno mantenerne l'uso se non altro per ragioni di univocità comunicativa.

Scheda sull'Autore

Tullio Seppilli è nato a Padova il 16 ottobre 1928. Ha tuttavia compiuto quasi tutta la sua formazione scolastica – dal completamento della scuola elementare fino agli inizi dell'università –, a São Paulo, in Brasile, dove ha maturato la sua "scelta antropologica", ha seguito le lezioni universitarie di Roger Bastide e Georges Gurvitch e ha avuto le sue prime esperienze di ricerca empirica (lo scavo di un *sambaqui* nella foresta tropicale dell'isola di São Vicente). Tornato in Italia a fine '47, in assenza di curricula socio-antropologici si è riiscritto all'università nel corso di laurea in scienze naturali, prima a Modena e poi a Roma, dove si è laureato nel 1952 con una tesi di antropologia (fisica). Sempre nell'Università di Roma, dopo la laurea, ha sostenuto tutti gli esami nella Scuola di specializzazione in scienze etnologiche, diretta da Raffaele Pettazzoni, ed è stato assistente nell'Istituto per le civiltà primitive e poi nell'Istituto di antropologia. È di fine '52 il suo incontro con Ernesto de Martino, che nell'Istituto per le civiltà primitive iniziava allora il suo primo corso ("pareggiato") di etnologia presso la Facoltà di lettere e filosofia, in parallelo a quello del paletnologo Alberto Carlo Blanc. Ernesto de Martino, di cui fu appunto il primo assistente, fu il suo "vero maestro" e con lui continuò in varia forma a collaborare, anche nella costituzione di nuovi luoghi di riflessione e ricerca come il Centro etnologico italiano e il Centro italiano per il film etnografico e sociologico (1953), fino alla prematura morte del maestro, nel 1965.

Dal 1955 iniziò il suo insegnamento nella Università di Perugia, dove già nel 1956 diede vita all'Istituto di etnologia e antropologia culturale e nel 1958 al Centro italiano per lo studio della comunicazione di massa. L'Istituto esercitò una notevole influenza nella rinascita e nello sviluppo degli studi antropologici italiani, attraverso una intensa didattica, la conduzione di grosse indagini e la relativa messa a punto di adeguate metodiche, una precisa strategia di utilizzo civile della ricerca, l'impegno in numerosi progetti pubblici di crescita sociale, la creazione di centri e iniziative di documentazione, la promozione di gruppi di lavoro e strutture associative. Per circa un decennio (1966-1975), chiamato su proposta di Eugenio Garin e Cesare Luporini, fu anche docente di antropologia culturale nell'Università di Firenze. Ha insegnato nell'ambito di corsi di laurea e di diploma, di master e di dottorato, presso numerose università e istituzioni italiane e in Spagna, Canada, Messico e Brasile. Ma è stato appunto nell'Università di Perugia che Tullio Seppilli ha esercitato ininterrottamente per quarantacinque anni la docenza e la direzione dell'Istituto e poi del Dipartimento Uomo & Territorio in cui l'Istituto conflui come Sezione nel 1999, fino all'età del suo pensionamento, come professore ordinario di antropologia culturale e affidatario di antropologia medica, al concludersi dell'ottobre 2000.

Nel corso di tutti questi anni l'attività di Tullio Seppilli ha spaziato in numerosi ambiti del "mestiere" muovendosi sul terreno della riflessione teorica, della ricerca empirica e operativa e della formazione di numerosi tipi di operatori sociali: lo statuto dell'antropologia nel quadro della scienze umane e il suo impianto metodologico e tecnico / le metodiche dell'indagine antropologica e i problemi della documentazione fotografica e filmica / la storia dell'antropologia italiana / le dinamiche di acculturazione e di integrazione culturale: dai culti afro-brasiliani alle antiche comunità ebraiche di Cina, ai nuovi immigrati in Europa / lo sciamanismo imperiale nella Cina antica / le culture folcloriche, la religiosità popolare e i processi di deruralizzazione e mutamento socio-culturale nelle campagne dell'Italia centrale / l'artigianato ceramico fra tradizionalità e moderno mercato / le costellazioni culturali e i valori emergenti nella "società dei consumi" / le comunicazioni di massa, la pubblicità e la propaganda politica, l'organizzazione del consenso e il controllo sociale della devianza nei moderni sistemi di potere / i processi di emarginazione e le recenti trasformazioni della condizione anziana / i significati simbolici e le dimensioni socio-culturali del costume alimentare.

Tuttavia, la intera "carriera scientifica" di Tullio Seppilli, con oltre seicento pubblicazioni, è attraversata da una complessa e articolata attenzione per i vari ambiti di ricerca che confluiscono oggi nell'area della antropologia medica, a partire da due lavori che furono in certo senso pionieri: *Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia*, del 1956, e *Il contributo della antropologia culturale alla educazione sanitaria*, del 1959: un filo rosso costruito nell'orizzonte di un costante interesse per le questioni della interazione, nella condizione umana, fra determinazioni biologiche e determinazioni storico-sociali, e dunque di una corretta impostazione della impalcatura di insieme del complesso delle scienze che pongono l'uomo come proprio oggetto.

Questa attenzione si è via via sviluppata percorrendo alcuni significativi campi di una moderna antropologia medica: la medicina popolare e le varie figure dei guaritori tradizionali soprattutto nell'Italia centrale, lo studio e il riordino della grande collezione di oltre duemila amuleti raccolti dall'antropologo umbro Giuseppe Bellucci fra il 1870 e il 1920, l'analisi sistematica di alcuni "depositi" di ex voto e dei relativi culti terapeutico-salvifici / la ricerca antropologica finalizzata ai programmi di educazione alla salute e ai problemi etico-politici, teorici e metodologici che vi sono sottesi (oltre quarant'anni di collaborazione, fra l'altro, con il Centro sperimentale per l'educazione sanitaria della Università di Perugia) / le questioni degli "stati di coscienza" e della devianza psichica, le istituzioni totali manicomiali e il loro superamento in una nuova strategia dei servizi / la multidimensionalità della malattia, i rapporti fra il medico e il paziente e fra le strutture sanitarie e la loro utenza / le strategie di calibrazione culturale dei servizi sanitari e i "bisogni di salute" dei nuovi immigrati in Europa / gli sviluppi della biomedicina, la espansione delle medicine "non convenzionali" e i problemi epistemologici, organizzativi e normativi della formazione di una nuova medicina scientifica, sistemica e unitaria.

Tullio Seppilli è attualmente presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM), direttore della sua rivista "AM" e della "Biblioteca di antropologia medica", e presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia). È inoltre vice-presidente del Festival dei Popoli Istituto italiano per il film di documentazione sociale.

Riassunto

Etnomedicina e Antropologia medica: un approccio storico-critico

Proposito di questo saggio è innanzitutto quello di evidenziare, nella storia degli approcci in base ai quali le discipline antropologiche hanno affrontato lo studio delle rappresentazioni e delle pratiche relative ai processi di salute/malattia, la esistenza di un vero e proprio spartiacque: tale da configurare, almeno in prima approssimazione, due grandi fasi abbastanza distinte. E probabilmente una terza, della quale sembra di intravedere, oggi, le prime manifestazioni. Questo spartiacque appare connesso, in sostanza, al modo con cui le discipline antropologiche si sono rapportate alla "nostra" medicina, la moderna medicina occidentale o, meglio, la biomedicina.

In un primo periodo, infatti, anche per quanto riguarda le rappresentazioni e le pratiche mediche l'attenzione antropologica è stata rivolta soltanto (a) verso le popolazioni definite dagli Occidentali come "esotiche" o "primitive", ritenute "attardate", nella loro evoluzione, rispetto ai traguardi raggiunti dalla moderna cultura dei ceti alti occidentali, oppure (b) verso gli strati popolari europei – in particolare quelli rurali – carat-

terizzati da una forte alterità culturale rispetto alle classi dominanti: una alterità, questa, definita “folclorica” e ritenuta anch’essa in certo senso “primitiva”, con tratti paragonabili appunto a quelli delle culture “esotiche”. È a tale orientamento “restrittivo” degli studi antropologici sulle medicine, e in certo modo all’approccio teorico che vi è sotteso, che viene in genere riferito il termine *etnomedicina*. Di questo approccio – connesso innanzitutto a una indebita estensione di quanto emerso dalle grandi scoperte della biologia e della paleontologia ottocentesche allo studio della fenomenologia storico-sociale – vengono qui messi in luce non solo i limiti e le distorsioni ma anche le gravi implicazioni giustificative del colonialismo, come “opera civilizzatrice”, della repressione di ogni devianza, come “purificazione” del ceppo umano dal riemergere di pericolosi “atavismi” e, per quanto qui più direttamente ci concerne, della lotta indiscriminata contro ogni pratica di difesa della salute estranea alla moderna medicina europea, nel nome della ragione e del progresso. E tuttavia, si sottolinea che in questa prima fase dell’attenzione antropologica alle medicine furono realizzate, specie in contesti folclorici, rilevazioni importanti e sistematiche, che seppur condotte per documentare credenze e comportamenti “arcaici” da combattere e superare, appaiono oggi realmente preziose.

Un vero e proprio salto qualitativo si verifica quando l’antropologia, intorno alla metà del ‘900, inizia a porre a oggetto delle proprie indagini *anche* la moderna medicina occidentale (meglio definita come “biomedicina”), esaminandola come *uno* dei numerosi sistemi medici che si sono succeduti nella storia dell’umanità. Ed è in riferimento a questo nuovo approccio – non solo più ampio ma epistemologicamente diverso – che viene generalmente usato il termine *antropologia medica*.

Di questo approccio si cerca qui di delineare alcune principali caratteristiche di fondo. Anzitutto, appunto, l’ampliamento del campo di indagine: non solo perché viene posta a oggetto di ricerca *anche* la “nostra” medicina, ma altresì perché tale oggetto si allarga a comprendere oltre alle rappresentazioni e alle pratiche concernenti gli stati di salute/malattia *anche* le condizioni e i processi sociali che su tali stati incidono come possibili co-determinanti. In secondo luogo, la messa a punto di alcuni importanti e specifici fuochi di indagine e delle correlate strumentazioni concettuali, nonché l’introduzione di nuove metodiche di rilevazione ed elaborazione delle informazioni. Infine, la tematizzazione e la esplorazione – avviate peraltro nelle discipline psicologiche già alla fine dell’Ottocento – della complessa e articolata questione delle componenti soggettive-culturali in tutti i processi di malattia e di guarigione.

D’altronde, la biomedicina non può non essere, in effetti, per l’antropologia medica un interlocutore particolare perché se da un lato – al pari di ogni altro sistema medico – essa ne costituisce, come abbiamo visto, uno dei tanti oggetti di indagine, dall’altro, entrambe fanno bene o male riferimento a un comune orizzonte epistemologico: quello della concezione scientifica del mondo. Talché, l’approccio biologico agli stati di salute/malattia e in qualche misura il concetto stesso di malattia – in altre parole il

corpus cognitivo costruito dalla biomedicina – non possono non costituire, per l'antropologia medica, un punto fondamentale di riferimento in vista dell'avvio di un approccio, a tali stati, integrato e compiutamente scientifico.

È in questo doppio rapporto con la medicina occidentale che l'antropologia medica viene in certo modo a costituirne una sorta di coscienza critica e un possibile stimolo verso nuove e più organiche aperture del suo paradigma scientifico, contribuendo così a superarne, in una prospettiva sistemica, i limiti biologistici, la ancora pesante settorialità conoscitiva e operativa, e alcune persistenti chiusure “ideologiche” verso quanto può provenire da saperi acquisiti nell'ambito di altre medicine.

Résumé

Ethnomédecine et Anthropologie médicale: une approche historico-critique

La visée de cet essai est, avant tout, de souligner l'existence d'une véritable ligne de partage, au sein de l'histoire des approches sur la base desquelles les disciplines anthropologiques ont traité l'étude des représentations et des pratiques concernant les processus de santé/maladie. Cette ligne de partage permettra d'identifier, ne serait-ce que par une première approximation, deux grandes phases assez bien distinguées et probablement une troisième, dont il semble que nous entrevoyons, aujourd'hui, les premières manifestations. Cette répartition semble reliée, en définitive, à la façon dont les disciplines anthropologiques se sont comparées à “notre” médecine, la médecine moderne occidentale ou, mieux, la biomédecine.

Dans un premier temps, de même qu'en ce qui concerne les représentations et les pratiques médicales, l'attention anthropologique ne s'est portée que (a) sur les populations définies par les Occidentaux comme “exotiques” ou “primitives”, jugées “attardées” dans leur évolution par rapport aux objectifs atteints par la culture moderne des classes supérieures occidentales, ou (b) sur les classes populaires européennes – en particulier celles rurales – caractérisées par une forte altérité culturelle par rapport aux classes dominantes : une altérité, celle-ci, définie “folklorique” et jugée elle aussi comme “primitive”, d'après un certain point de vue, avec des traits comparables justement à ceux des cultures “exotiques”. C'est à une telle orientation “restrictive” des études anthropologiques sur les médecines, et d'une certaine façon à l'approche théorique qui y est compris, qu'en général le terme *ethnomédecine* se réfère. De cette approche – liée avant tout à une extension induite de ce qui est émergé des grandes découvertes de la biologie et de la paléontologie du XIX^e siècle à l'étude de la phénoménologie historico-culturelle – sont ici mis en lumière, non seulement les limites et les distorsions, mais aussi les importantes implications justificatives du colonialisme, comme “œuvre civilisatrice”, de la répression de toute déviance, comme “purification” de la souche hu-

maine de la nouvelle émergence de dangereux “atavismes” et, étant donné que cela nous intéresse ici plus directement, de la lutte aveugle contre toute pratique de protection de la santé étrangère à la médecine moderne européenne, au nom de la raison et du progrès. Et pourtant, il faut souligner qu’à ce premier stade de l’attention anthropologique vers la médecine, des relevés importants et systématiques ont été réalisés, notamment dans les contextes folkloriques, qui sont aujourd’hui d’une réelle importance bien qu’ils aient été menés pour documenter des croyances et des comportements “archaïques” à combattre et surpasser.

Un véritable saut vers la qualité est réalisé lorsque l’anthropologie, vers la moitié du XX^e siècle, commence à considérer *également* la médecine moderne occidentale (mieux définie comme “biomédecine”) comme un objet de ses investigations, en l’examinant comme *un* des nombreux systèmes médicaux qui se sont suivis au cours de l’histoire de l’humanité. C’est en référence à cette nouvelle approche – non seulement plus ample mais épistémologiquement différente – que le terme *anthropologie médicale* est généralement employé.

De cette approche, nous essayons ici de délinéer certaines caractéristiques de fond principales. Avant tout, donc, l’élargissement du champ d’étude : non seulement parce que “notre” médecine en devient *aussi* l’objet de recherche, mais également parce qu’un tel objet s’élargit jusqu’à comprendre, en plus des représentations et des pratiques concernant les états de santé/maladie, *aussi* les conditions et les processus sociaux qui sur de tels états ont des conséquences en tant que co-déterminants possibles. En second lieu, la mise au point de certains secteurs de recherche importants et spécifiques et des outils conceptuels connexes, ainsi que l’introduction de nouvelles méthodes de relevé et d’élaboration des informations. Enfin, la thématization et l’exploration – lancées d’ailleurs au sein des disciplines psychologiques dès la fin du XIX^e siècle – question des composants subjectif-culturels, complexe et articulée, au sein de tous les processus de maladie et de guérison.

D’ailleurs, la biomédecine ne peut effectivement pas être un interlocuteur particulier pour l’anthropologie médicale parce que, si d’un côté – comme tout autre système médical – elle en constitue comme nous l’avons vu un des nombreux objets de recherche, de l’autre côté, elles se réfèrent toutes les deux à un horizon épistémologique commun : celui de la conception scientifique du monde. Donc, l’approche biologique vers les états de santé/maladie et, d’une certaine façon, le concept même de maladie – en d’autres termes le *corpus cognitif* construit par la biomédecine – ne peuvent pas ne pas construire, pour l’anthropologie médicale, un point de référence fondamental en vue du développement d’une approche, à ce stade, intégrée et pleinement scientifique.

C’est au sein de ce double rapport avec la médecine occidentale que l’anthropologie médicale en constitue, d’une certaine manière, une sorte de conscience critique et une possible stimulation à de nouvelles et plus homogènes ouvertures de son paradigme scientifique. Elle contribue ainsi à en dépasser, selon une perspective systématique, les

limites biologistiques, la lourde sectorialité cognitive et opérationnelle et certaines fermetures “idéologiques” persistantes vers ce qui peut provenir des savoirs acquis au sein d’autres médecines.

Resumen

Etnomedicina y Antropología médica: un enfoque histórico-crítico

El propósito fundamental de este ensayo es el de poner en evidencia, en la historia de los enfoques en los que se han basado las disciplinas antropológicas para enfrentar el estudio de las representaciones y de las prácticas relativas a los procesos de salud/enfermedad, la existencia de una verdadera y particular división capaz de configurar, al menos en una primera aproximación, dos grandes fases bastante diferentes y, probablemente, una tercera en la que parece posible entrever hoy las primeras manifestaciones. Esta separación aparece conectada sustancialmente al modo con el que las disciplinas antropológicas se han relacionado con “nuestra” medicina, la moderna medicina occidental o, mejor dicho, la biomedicina. En un primer momento, en efecto, también lo relativo a las representaciones y a las prácticas médicas, la atención antropológica se ha dirigido solamente (a) hacia las poblaciones definidas por los Occidentales como “exóticas” o “primitivas”, consideradas “retardadas” en su evolución, con respecto a las metas alcanzadas por la cultura moderna de las clases altas, o bien (b) hacia los estratos populares europeos – en particular los rurales – caracterizados por una alteridad cultural fuerte en relación a las clases dominantes: una alteridad definida “folclórica” y considerada en un cierto sentido, además “primitiva”, con rasgos precisamente comparables a los de las culturas “exóticas”. Es a tal orientamiento “restrictivo” de los estudios antropológicos sobre las medicinas, y en una determinada manera al enfoque teórico que subyace, a lo que generalmente se les atribuye el término *etnomedicina*. De este enfoque- relacionado sobre todo a una indebida extensión de lo que emerge de los grandes descubrimientos de la biología y de la paleontología en el siglo XIX del estudio de la fenomenología histórico-social- salen, aquí, a la luz no solo los límites y las distorsiones sino también las graves implicaciones probatorias del colonialismo, como “obra civilizadora”, de la represión de todo tipo de desviación, como “purificación” de la clase humana del surgimiento de peligrosos “atavismos” y, por lo que aquí más directamente nos concierne, de la lucha indiscriminada contra toda práctica de defensa de la salud extraña a la moderna medicina europea, en nombre de la razón y el progreso. Y sin embargo, se subraya que en esta primera fase de la atención antropológica por las medicinas, se realizaron, particularmente en contextos folclóricos, relevamientos importantes y sistemáticos que, si bien dirigidos a documentar creencias y comportamientos “arcaicos” que deberían ser combatidos y superados, aparecen hoy realmente valiosos. Un verdadero y particular salto de cualidad se verifica cuando

la antropología, alrededor de la segunda mitad del siglo XX, comienza a tomar como objeto de sus investigación *también* a la moderna medicina occidental (mejor definida como “biomedicina”), examinándola como *uno* de los numerosos sistemas médicos que se han sucedido en la historia de la humanidad. Y es, refiriéndose a este nuevo enfoque- no solo más amplio sino epistemológicamente diferente- que generalmente se usa el término *antropología médica*. De este enfoque se tratan de delinear aquí algunas características de fondo. Ante todo, la ampliación del campo de investigación: no solo porque se coloca como objeto de investigación *también* a “nuestra” medicina, sino, porque además, tal objeto se extiende hasta comprender, además de las representaciones y de las prácticas concernientes a los estados de salud/enfermedad, *también* a las condiciones y a los procesos sociales que sobre ellos inciden como posibles co-determinantes. En segundo lugar, la puesta a punto de algunos importantes y específicos focos de investigación y de las correlativas instrumentaciones conceptuales, además de la introducción de nuevas metodologías de relevamiento y elaboración de informaciones. Por último, la tematización y la exploración – ya puestas en marcha, por otra parte, en las disciplinas psicológicas a finales del siglo XIX – de la compleja y articulada cuestión de los componentes subjetivos-culturales en todos los procesos de enfermedad y cura. Por otra parte, la biomedicina no puede no ser, en efecto, para la antropología médica un interlocutor particular porque si por un lado – a la par de cualquier otro sistema médico – la misma constituye, como hemos visto, uno de los tantos objetos de investigación, por el otro lado, ambas hacen bien o mal referencia a un común horizonte epistemológico: el de la concepción científica del mundo. Por lo cual, el enfoque biológico de los estados de salud/enfermedad y en alguna medida el mismo concepto de enfermedad – en otras palabras, el corpus cognitivo construido por la biomedicina – no pueden constituir, para la antropología médica, un punto de referencia fundamental en vista de la puesta en marcha de un enfoque, integrado y perfectamente científico, de tales estados.

Es, en esta doble relación con la medicina occidental en la que la antropología médica se constituye, de un cierto modo, una suerte de conciencia crítica y un posible estímulo hacia nuevas y más orgánicas aperturas de su paradigma científico, contribuyendo así a superar, en una perspectiva sistémica, los límites biológicos, la todavía pesada sectorialidad cognoscitiva y operativa, y algunas persistentes cerraduras “ideológicas” hacia todo lo que puede provenir de los saberes adquiridos en el ámbito de otras medicinas.

Abstract

Ethnomedicine and Medical anthropology: a historical-critical approach

The aim of this essay is first to highlight, in the history of the approaches under which the anthropological disciplines have addressed the study of the representations and

practices related to the processes of health / illness, the existence of a real watershed able to configure at least at a first approximation, two main quite distinct phases. And probably a third one of which the first manifestations seems to glimpse today. This watershed appears connected, in essence, with the way in which the anthropological disciplines are reported to “our” medicine, the modern Western medicine, or rather biomedicine.

In fact, in a first period, anthropological attention has been given - including representations and medical practices - only (a) to populations defined by the Westerners as “exotic” or “primitive”, deemed as “lingered” in their evolution compared to the achievements of the modern Western culture of the upper classes, or (b) to the working classes of Europe – particularly the rural ones - with a high cultural otherness than the ruling classes: an otherness, defined as “folk” and also considered in some sense “primitive”, with features precisely comparable to those of the “exotic” cultures. It is in this “restrictive” orientation of the anthropological studies on the medicines, and in a way in the underlying theoretical approach that the term *ethnomedicine* generally refers to.

Of this approach - primarily related to an undue extension of what emerged from the great discoveries of biology and paleontology of the nineteenth-century study of historical and social phenomenology - are highlighted here not only the limitations and distortions but also the serious implications of justification of colonialism as “civilizing work”, the repression of any deviance as “purification” of the human log by the resurgence of dangerous “atavisms” and, as more directly concerns us here, the indiscriminate fight against any alien, to the modern European medicine, practice of protecting the health in the name of reason and progress. Yet, it is stressed that at this early stage of the anthropological attention to medicines, were made, especially in folk contexts, important systematic surveys that although conducted to document the “archaic” beliefs and behaviours to fight and overcome, now appear really valuable.

A real qualitative leap occurs when anthropology, around the mid-900, starts to put on the subject of her investigation *also* the modern Western medicine (better defined as “biomedicine”), examining it as *one* of the several medical systems that have taken place in the human history. It is in reference to this new approach - not only larger but epistemologically different - which is generally used the term *medical anthropology*.

Trying to outline here some key features of the background of this approach. First, of course, broadening the range of investigation: not only because *also* “our” medicine is placed on the object of research, but also because this object is extended to include more than the representations and practices regarding health / illness, and *also* the conditions and social processes that affect these states as possible co-determinants. Secondly, the development of some important and specific focal points of investigation, the related conceptual tools as well as the introduction of new methods of collection and processing of information. Finally, the theme and the exploration – that moreover initiated in the psychological disciplines in the late nineteenth century – of the

complex and articulated issue of the subjective - cultural components in all processes of illness and healing.

On the other hand, biomedicine is not possible not to be in effect, for the medical anthropology, a particular speaker because, if first - like any other medical system - it constitutes, as we have seen, one of many objects of inquiry, secondly, both are good or bad reference to a common epistemological horizon: the one of the scientific worldview. So that, the biological approach to health / illness and to some extent the very concept of illness – or in other words, the *corpus cognitivo* constructed by biomedicine – can not but be for the medical anthropology, a fundamental point of reference in view to start a fully integrated scientific approach.

It is in this dual relationship with western medicine that medical anthropology shapes in a certain way to be a sort of critical consciousness and a possible stimulus to new and more organic openings of its scientific paradigm, thus helping to overcome in a systemic perspective, the biological limits, the still heavy cognitive and operational segmentation, and some persistent “ideological” closures to what may come from acquired knowledge through other medicines.