

*Antropologia medica e strategie per la salute. Relazione introduttiva al Convegno**

Tullio Seppilli

presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM) e della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)
[seppilli@antropologiamedica.it]

0.

Benvenuti a tutti!

a tutti i partecipanti, ai rappresentanti istituzionali, ai relatori e ai discussant, ai moderatori e agli iscritti nelle sessioni parallele, agli invitati per la tavola rotonda e, di nuovo a tutti voi. Domani daremo il benvenuto a Didier Fassin che ci terrà nel tardo pomeriggio la sua *Lectio magistralis* (compiendo, per noi, un lungo volo da Princeton a Roma, sempre che non perda la stretta coincidenza a Parigi [nota a posteriori: non l'ha persa]).

Un cordiale ringraziamento alla Sapienza, alla sua Facoltà di lettere e filosofia e, in particolare, al suo Dipartimento di storia culture religioni che, insieme alla perugina Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, ha largamente e da tempo lavorato per l'organizzazione e la buona riuscita del nostro convegno. E un cordiale ringraziamento alla Associazione italiana per le scienze etnoantropologiche (AISEA) e alla Associazione nazionale universitaria degli antropologi culturali (ANUAC), che al nostro convegno hanno accettato di dare il loro patrocinio, nonché alle società scientifiche e professionali degli ambiti disciplinari con i quali lavoriamo, che ci hanno inviato la loro ufficiale adesione⁽¹⁾.

* Il testo qui pubblicato costituisce la precisa stesura della relazione introduttiva pronunciata al Convegno "Antropologia medica e strategie per la salute" (Roma, 21-23 febbraio 2013) tenuto presso la Facoltà di lettere e filosofia della Sapienza e organizzato dalla Società italiana di antropologia medica. Le note sono state ovviamente aggiunte in sede di pubblicazione dove mi è sembrato opportuno fornire o precisare informazioni o riferimenti bibliografici (in particolare per le note 3 e 11).

1.

Questo convegno, o “giornata di studio”, è dedicato come sapete a una tematica molto generale, che abbiamo cercato di compendiare nel titolo *Antropologia medica e strategie per la salute*⁽²⁾.

La prospettiva cui vorremmo contribuire, insieme ad altre comunità disciplinari e professionali è appunto il disegno di un efficace sviluppo conoscitivo e operativo, nel nostro Paese, di quello che è forse il principale “bene comune”, la produzione e difesa della salute per tutti, senza discriminazioni, cioè attraverso un sistema sanitario egualitario e universalistico.

Questo disegno o, se vogliamo, questo impegno, mi pare si sia venuto delineando per noi antropologi sin dal convegno di Pesaro⁽³⁾, nel 1983, quando per la prima volta si sono incontrati protagonisti dei vecchi e dei nuovi filoni di ricerca “DEA” che da differenti angolature hanno concorso e concorrono ad esaminare il *versante socio-culturale dei processi di salute/malattia* e che nel 1988, a Perugia, avrebbero insieme dato vita alla nostra Società italiana di antropologia medica⁽⁴⁾ e poi, nel 1996, ad “AM”, la nostra rivista⁽⁵⁾.

2.

Non è certo il caso, qui, di delineare una storia della antropologia medica italiana, anche perché il discorso sui primi tentativi di indagine *scientifica* nel campo definito oggi dalla nostra disciplina ci porterebbe molto indietro: almeno ad alcune “relazioni” – con preziose informazioni, ad esempio, su una diffusa «poca fede» dei contadini nei confronti dei medici – stese su istanza della Magistratura di sanità del Granducato di Toscana nei primi anni del XVII secolo; e, certo, ad alcuni temi cruciali contenuti nei “questionari” delle grandi “statistiche napoleoniche” sistematicamente avviate in Italia intorno al 1810.

Ma per venire molto più vicino a noi, al costituirsi stesso, in Italia, di una disciplina con questo nome, è forse opportuno ricordare tre “momenti”, o se vogliamo tre “snodi”, che mi pare siano stati essenziali per una abbastanza precisa e autonoma configurazione, e per la definizione stessa, del nostro campo di lavoro.

Il *primo snodo*. Il confluire, nella nascita della moderna antropologia medica italiana, di filoni di ricerca di assai diversa matrice e di assai diverso

retrotterra culturale e temporale: con tutte le difficoltà e le aporie che ciò ha inevitabilmente comportato. *Da un lato*, ad esempio, la grande tradizione degli studi sulle medicine popolari, già sistematicamente e largamente affermatasi in pieno clima positivistico, verso la fine dell'Ottocento e gli inizi del Novecento⁽⁶⁾, poi ridottisi di spessore nel ventennio fascista, e la loro successiva e precisa svolta teorico-metodologica gramsciana per opera di Ernesto de Martino in Lucania (Basilicata) e nel Salento pugliese⁽⁷⁾. *Dall'altro lato*, solo dopo gli anni '50 del Novecento, il costituirsi di un ambito di ricerche e progettualità operative concernenti le strategie e le pratiche delle istituzioni sanitarie ufficiali, i loro fondamenti teorico-pratici e i loro rapporti con le popolazioni⁽⁸⁾. E ancora, dopo il '60, la nostra partecipazione conoscitiva e operativa al complesso e articolato movimento per il superamento delle istituzioni manicomiali (culminato nella legge 180 del 13 maggio 1978) e alla complessa riflessione sui fattori e il significato stesso di "normalità psichica"⁽⁹⁾.

Il **secondo snodo**. Il superamento, appunto, da parte nostra, di una attenzione *quasi esclusivamente* rivolta ai sistemi medici indicati genericamente come "tradizionali": di fatto, il superamento di uno sguardo che abbracciava "solo" le medicine extra-europee e, in Occidente, quelle folcloriche. Aver incluso *anche* la nostra medicina ufficiale a oggetto della ricerca antropologica e della nostra interpretazione storico-critica – la sua organizzazione istituzionale, i suoi rapporti *di e con il* potere, le sue strategie di formazione professionale e di ricerca, il suo stesso impianto culturale –, aver posto, insomma, *anche* la medicina ufficiale come "un altro oggetto *emic*", ci costò parecchio. Per molti colleghi medici, una cosa era ascoltare, magari con un incuriosito interesse, le "amenità" e le "superstizioni" riportate da qualche etnografo reduce dall'Africa nera o dalla Foresta amazzonica, altra cosa era accettare di far rimettere in discussione la "medicina scientifica", tanto più da noi, incompetenti della materia: sono stato io stesso più volte testimone dello "scandalo" che ci circondava. Ma proprio da quello "scandalo" siamo partiti – non solo noi in Italia – per precisare la nostra critica epistemologica alla medicina ufficiale: la critica ai suoi fondamenti quasi esclusivamente *biologici*, al suo sostanziale *biologismo*, cioè, con tutte le implicazioni, i limiti e i condizionamenti che ciò comporta sul terreno conoscitivo, formativo, terapeutico e strategico. E il peso che vi giocano, già negli orientamenti della ricerca, i potenti interessi dell'industria dei farmaci. Ma appunto per questo, la nostra critica alla medicina ufficiale, deve essere chiaro – al contrario, ad esempio, delle posizioni di matrice *new age* –, non è di essere *troppo* scientifica: ma anzi, di esserlo *troppo poco*, giacché nei confronti dei processi di salute/

malattia essa limita il suo approccio conoscitivo e operativo quasi solo alla loro componente *naturalistico-biologica*, ignorando di fatto l'immensa area dei determinanti e dei processi *sociali* (economico-sociali e socio- e psico-culturali). La nostra critica alla medicina ufficiale, in sostanza ai suoi limiti, malgrado i suoi enormi e indiscutibili successi, era, e in certa misura rimane, il suo essere scientifica solo a metà, il suo essere appunto "soltanto" *bio*-medicina. E non si tratta, in effetti, solo di "aggiungere qualcosa che manca": perché i processi sociali non si "aggiungono" ma si integrano e si incorporano in forme anche molto complesse con quelli biologici. Mi pare tuttavia che una prospettiva di integrazione, del tutto minoritaria per gran parte del Novecento, abbia ormai cominciato ad aprirsi in questi ultimi decenni e che si stiano configurando alcune importanti piste di lavoro⁽¹⁰⁾.

Ed è forse bene sottolineare, qui, che questa nostra critica al sostanziale biologismo della nostra medicina ufficiale si inserisce in un orizzonte più generale: il problema, cioè, di un corretto rapporto, in ogni campo delle scienze umane, fra la componente *bio* e la componente *socio* (e dunque, nel *socio*, anche gli assetti culturali e le soggettività individuali e collettive): l'ineludibile problema, in sostanza, della loro comune "necessità", della loro reciproca *autonomia* e, ad un tempo, della loro necessaria costante *integrazione*.

È a questo proposito che possiamo collocare un *terzo snodo*. Perché di fatto, malgrado tutto, la medicina occidentale, la bio-medicina, non è e non può essere per noi *solo* un oggetto *emic*, solo, cioè, un oggetto di indagine "come tutti gli altri sistemi medici". Nel momento stesso in cui la criticiamo per essere "parziale", solo parzialmente scientifica, dichiariamo la nostra stessa adesione ad una – seppur più ampia e corretta – *concezione scientifica del mondo*: la quale è anch'essa, naturalmente, un prodotto storico (con tutto quello che ciò significa), ma è anche la concezione del mondo cui fa riferimento, oltre la ricerca biomedica, anche quella antropologica; e su di essa (e sui suoi sviluppi) si fonda peraltro l'intero corpus del "sapere" della nostra odierna civiltà. Non è qui il caso di ribadire ciò che Ernesto de Martino definiva "etnocentrismo critico". Ma occorre almeno sottolineare, appunto, che la nostra stessa critica alla bio-medicina – quella della sua solo parziale scientificità – presuppone come orizzonte di fondo la condivisione dei riferimenti a una realtà *abbordabile attraverso le procedure del pensiero scientifico*, talché la consapevolezza della storicità e della costante "evoluzione" di tale approccio al mondo, non ci sottrae a dividerne il disegno generale e ad operare, seppur criticamente, in base ai suoi canoni costitutivi (e ai suoi possibili sviluppi).

3.

Data la sua ampiezza e la sua articolazione, nonché la numerosità dei contributi previsti, questo nostro convegno ci consentirà una abbastanza precisa valutazione dello stato della ricerca antropologico-medica, nel nostro Paese, delle sue direttrici di lavoro e anche del suo statuto nelle varie sedi universitarie.

Ma credo non sia male tentar di delinearne, sin da ora e come una pur provvisoria tappa di lavoro, un primo profilo di massima.

Se diamo uno sguardo a questi ultimi anni mi pare non possa esservi dubbio sul fatto che nel complesso l'antropologia medica stia avendo in Italia un notevole sviluppo per quanto riguarda la formazione di nuovi ricercatori/operatori, la conduzione di indagini empiriche e anche la riflessione teorica. In certa misura questo è vero anche per quanto riguarda la sua visibilità e talune significative aperture da parte di alcuni ambienti professionali e istituzionali. Molto meno, invece, in termini di posti di lavoro e di spazi didattici, a fronte di effettive difficoltà economiche, di non semplici distanze culturali e anche di innegabili resistenze corporative. Con risultati talora paradossali, come l'affidamento dell'insegnamento dell'antropologia medica o della stessa antropologia socio-culturale, nei corsi di laurea per la formazione dei medici o di altre professioni sanitarie, a persone senza alcuna competenza specifica.

In termini molto sintetici, mi par di poter dire che risultano in chiaro sviluppo sia le ricerche *abroad*, specie in Africa e in America Latina, sia, soprattutto, le ricerche *at home*, cioè condotte nel nostro Paese, in evidente connessione, quasi sempre, con concreti problemi relativi a specifiche patologie o a precise questioni di politica sanitaria: in particolare quelle rivolte ai numerosi problemi direttamente o indirettamente prodotti dai flussi immigratori o quelle, che talora vi si intrecciano, rivolte ai rapporti fra contesti sociali, dinamiche culturali e "salute mentale", o ancora, quelle focalizzate sui rapporti fra operatori e utenti o sulle strategie di finanziamento delle nostre istituzioni sanitarie. Assai meno evidenti mi sembrano invece gli esiti operativi che i risultati di queste indagini avrebbero dovuto comportare, la loro traduzione, cioè, in concreti provvedimenti. Aggiungerei ancora – e mi pare una tendenza attribuibile, ma non del tutto, al rapido ridursi dell'oggetto stesso di possibili indagini – l'evidente calo di interesse, seppur con importanti eccezioni, per le nostre medicine popolari, mentre si è venuto affermando un significativo filone di studi sulle medicine "non convenzionali" che stanno progressivamente affiancandosi, in Occidente, alla nostra medicina ufficiale.

4.

In larghissima sintesi, mi pare che il compito che dobbiamo porci, a fronte del persistente biologismo della nostra medicina ufficiale, è di chiarire, e continuare a chiarire con precise evidenze, cosa portiamo noi al pensiero e alla pratica relativi a salute/malattia: e cioè all'individuazione e interpretazione e alle possibili modalità di efficace intervento nei confronti dei fattori di rischio, dell'insorgere e del decorso delle patologie, della loro cura e dei relativi percorsi di riabilitazione. E dunque, in certa misura, cosa possiamo dire anche in merito ai concetti stessi di "malattia" e di "salute". Dobbiamo insomma mettere in luce i mille eterogenei fattori che costituiscono il peso del *sociale* in ogni processo e in ogni intervento concernenti l'uomo nella sua corporeità biopsichica. Tutto sommato: quali conoscenze, quali cautele critiche e quali suggerimenti possiamo portare per una organica e realistica "politica della salute".

Ma direi anche che proprio come antropologi dobbiamo prestare una forte attenzione a non contrapporre ai limiti del *biologismo* della nostra medicina ufficiale l'orizzonte meramente *culturalista* che ancora permea alcune nostre etnografie: giacché – e forse non c'è bisogno di citare Gramsci e de Martino – i processi culturali e le stesse soggettività psichiche non si autoproducono ma *si radicano e si modificano nelle esperienze degli uomini dentro condizioni di vita storicamente determinate e dentro concreti rapporti sociali, di egemonia e di potere.*

5.

Permettetemi di sottolineare un'ultima questione cui dobbiamo essere professionalmente molto attenti: quella dell'utilizzo operativo delle conoscenze che andiamo acquisendo con il nostro lavoro, e delle stesse scelte tematiche che volta a volta orientano l'oggetto delle nostre ricerche. E permettetemi dunque – in quest'epoca di trionfante tardo-capitalismo⁽¹¹⁾ e di connesso neoliberismo – di contestare ancora una volta ed esplicitamente l'idea stessa di una "neutralità" della ricerca e di una sua possibile, semplice e innocente, *applicazione*, ai programmi di intervento che sta ad "altri" volta a volta decidere.

Certo, la conoscenza dei processi coinvolti in un progetto di intervento consente di meglio calibrarlo e di fronteggiare o aggirare possibili resistenze; consente di meglio raggiungere i fini proposti, di renderlo cioè più efficace. Per questo, appunto, i progetti di intervento vengono

delineati tenendo in conto quanto sui processi coinvolti già si sa o conviene comunque prioritariamente indagare. Ed è a questo fine, e in questo orizzonte, che può aprirsi una funzione di supporto conoscitivo affidata a noi antropologi. Ma le scelte di fondo – *se* e *dove* intervenire, con *quali* priorità, per *cambiare cosa* e per *cosa ottenere* – non sono scelte “tecniche”. Agiscono nel sociale e spostano i suoi equilibri, coinvolgono investimenti e interessi. Implicano opzioni fra molti altri possibili ambiti e direzioni di intervento, e fra molti e possibili soluzioni dei problemi. Sono cioè *scelte politiche*, che noi non possiamo ignorare nel momento in cui siamo richiesti di implementarne l’efficacia operativa. Perché proprio sulla prioritaria condivisione degli obiettivi dei progetti d’intervento cui collaboriamo professionalmente mi pare stia forse il principale *pilastro etico* del nostro lavoro⁽¹²⁾.

6.

La questione di una *opzione etica fondante*, in un lavoro come il nostro – che concerne direttamente gli uomini, la loro vita e la loro salute –, mi porta a terminare questa abbastanza breve introduzione con il richiamo a ciò che credo debba essere un nostro impegno di fondo, prioritario e particolarmente significativo, oggi: forse l’impegno strategico più generale, per l’entità e la globalità delle forze in gioco, per la sua enorme portata collettiva, per le sue ricadute sociali e le sue molteplici implicazioni in ogni ambito della nostra società. Parlo della difesa e dello sviluppo di una conquista raggiunta in Italia alla fine degli anni ’70 del Novecento, dopo infiniti dibattiti, attente valutazioni e grandi lotte: la conquista, cioè, di un *sistema sanitario pubblico come “bene comune” universalistico ed egualitario*.

E ne parlo perché questa conquista è da qualche anno, come sapete, rimessa da più parti e in mille modi in discussione, già con pesanti ricadute, per il suo evidente contrasto con le opzioni economiche privatistiche del nostro regime tardo-capitalistico e con i valori rigidamente individualisti del suo universo ideologico neoliberista. Talché a fronte di ogni problema, di ogni difficoltà e di ogni novità – novità reali come la necessità di trovare risposte, anche normative e finanziarie, all’allungamento della vita media o all’aumento delle invalidità e delle patologie di lungo periodo – ci propongono, quale unica “soluzione”, l’abbandono del “vecchio impianto solidaristico” e il “realistico” ritorno al “privato” che attraverso la logica del mercato e del profitto tutto “regolarizzerebbe” – salvo, ovviamente, un inevitabile inasprimento delle diseguaglianze sociali⁽¹³⁾ e dei fattori di nocività ambientale ...–.

La difesa del sistema sanitario pubblico universalista ed egualitario – per certi versi, ormai, la sua riconquista – è infatti uno snodo centrale nella costruzione di un assetto sociale nel quale noi antropologi possiamo riconoscere alcuni valori essenziali della nostra etica fondativa, delle ragioni stesse del nostro ricercare e operare: la necessaria solidarietà fra gli uomini.

Costruire il futuro è anche ricordare. Nel 1940, quando – con la sconfitta della democrazia repubblicana nella Guerra di Spagna il Secondo conflitto mondiale ebbe di fatto inizio e fu persa l'ultima occasione per fermare il nazismo prima della tragedia planetaria –, Ernest Hemingway appose alla prima pagina del suo drammatico romanzo-memoria *Per chi suona la campana*, le ancora attuali parole scritte più di tre secoli prima da John Donne:

«Nessun uomo è un'isola
intero in se stesso.
Ogni uomo è un pezzo del Continente,
una parte della Terra.
Se una zolla viene portata via
dall'onda del Mare
la Terra ne è diminuita
Come se un promontorio
fosse stato al suo posto
o una magione amica
o la tua stessa casa.
Ogni morte d'uomo mi diminuisce
perché io partecipo all'Umanità.
E così non mandare mai a chiedere
per chi suona la campana.
Essa suona per te»

[John Donne, Londra, 1572-1631, *Meditazione XVII*]

Note

⁽¹⁾ Al nostro convegno hanno inviato, fra le altre, la loro ufficiale adesione: la Sezione di sociologia della salute e della medicina dell'Associazione italiana di sociologia (AIS), la Società italiana di epidemiologia psichiatrica (SIEP), la Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (S.I.P.I.), la Società italiana di psichiatria (SIP), la Società italiana di psicologia della medicina (SIPM), la Confederazione delle Associazioni regionali di distretto (CARD).

⁽²⁾ Per affrontare questa ampia tematica in varie direzioni e da diversi punti di vista, abbiamo articolato i nostri lavori proponendo cinque *relazioni generali* su altrettante possibili direttrici di approfondimento, sei *sessioni parallele* in cui sono impegnati 13 moderatori e 83 autori di comunicazioni – delle quali verrà poi dato conto in seduta plenaria con una relazione “di sintesi” –, una *relazione sullo stato dell'antropologia medica nella didattica universitaria italiana*, e una

tavola rotonda interdisciplinare sulle attuali prospettive dell'uso sociale dell'antropologia medica nel nostro Paese. Verrà anche presentato il volume collettivo *Le parole dell'antropologia medica*, un primo organico tentativo, cioè, di mini-enciclopedia sui principali temi della nostra disciplina. È importante per tutti noi, e centrale nei lavori del convegno, sarà la *lectio magistralis* che ha accettato di tenere, come nostro ospite d'onore, il collega Didier Fassin. Un programma molto articolato, come vedete, che prevede nelle sue varie sezioni anche un certo spazio per l'apertura di possibili discussioni.

⁽³⁾ Le quattro fitte giornate del convegno di Pesaro (15-18 dicembre 1983) – dedicato alla memoria di Ernesto de Martino e organizzato dall'Istituto di etnologia e antropologia cultura dell'Università di Perugia d'intesa con il Centro italiana di storia sanitaria e ospitaliera (Ciso), con la Provincia di Pesaro e Urbino e con il Comune di Pesaro – costituirono effettivamente, per la nascita *collettiva* della moderna antropologia medica italiana il grosso momento di svolta. Pur riferito, tutto sommato, al “sicuro” e “collaudato” filone delle ricerche sulla “medicina folklorica”, lo comunicammo diverso già nella formula verbale della sua denominazione, *Salute e malattie nella medicina tradizionale delle classi popolari italiane* e nel testo introduttivo del suo nutrito libretto-programma e, soprattutto, riuscimmo a mettere a confronto antropologi che lavoravano in Italia e altri (gli “etnologi”) che lavoravano con popolazioni di altri continenti, chi indagava su culture “arcaiche” e chi invece su contesti sanitari urbano-moderni, e riuscimmo parimenti ad aprire finalmente un dialogo con relatori e discussant provenienti da molte altre discipline: dalla sociologia alla psicologia, alla psichiatria e alla psicosomatica, dalla filologia alla demografia, dalla storia delle religioni alla storia della medicina e alla storia economica e sociale, dalla scienza della nutrizione alla farmacologia e alla sanità pubblica. Inoltre, una delle otto sessioni – quella del sabato pomeriggio – fu interamente dedicata, in collaborazione con il Festival del popoli [Istituto italiano per il film di documentazione sociale, Firenze], alla proiezione e discussione di *Documentari cinematografici e televisivi sulla medicina popolare nella società italiana contemporanea* prodotti fra il 1949 e il 1982: il primo, *Superstizione*, una semiconosciuta prova di Michelangelo Antonioni, l'ultimo l'allora recentissimo *Sulla terra del rimorso*, di Gianfranco Mingozzi, e gli altri, oltre il significativo *I battenti* di Gabriele Palmieri (1967), quasi tutti di Luigi Di Gianni, il documentarista “demartiniiano per antonomasia”. Peraltro, anche a dimostrazione del rilievo e delle implicazioni che il convegno ebbe, è forse opportuno ricordare che posto sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica – lo era allora Sandro Pertini – vi parteciparono pressoché la totalità degli antropologi italiani di un certo rilievo nonché figure eminenti delle altre discipline. E vi diedero la loro adesione una trentina di società scientifiche, musei e istituzioni di ricerca.

Ebbi allora la ventura di svolgere il ruolo di segretario generale del convegno e di poter anche curare per tempo – e fu così una iniziale palestra per alcuni dei principali relatori subito prima dei lavori di Pesaro e un preliminare contributo al loro svolgimento – un fascicolo monografico della rivista “La Ricerca Folklorica”, diretta da Glauco Sanga, dedicato appunto a *La medicina popolare in Italia* (“La Ricerca Folklorica”, n. 8, ottobre 1983), antepoendovi una sorta di “testo-manifesto per il cambiamento”: *La medicina popolare in Italia: avvio a una nuova fase della ricerca e del dibattito*.

Posso dire, peraltro, che anche in seguito ho cercato di precisare i problemi, le tematiche e gli obiettivi che pensavo fosse importante porci a fronte dei vari successivi sviluppi dell'antropologia medica italiana, presentando via via brevi testi di considerazioni e proposte programmatiche. In proposito, mi permetto di rinviare qui, ad esempio a: *Introduzione*, pp. 7-11, in Tullio SEPPILLI (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano, 1989, 220 pp. / *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 1-2, ottobre 1996, p. 7-22 / *De que hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación*, pp. 33-44, in Enrique PERDIGUERO - Josep M. COMELLES (curatori), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, proemio di Oriol ROMANÍ, Ediciones Bellaterra, Barcelona, 2000, 446 pp. / *Medical anthropology “at home”: a conceptual framework and the Italian experience*, “AM. Rivista ecc. ...”, n. 11-12, ottobre 2001, pp. 23-36 [a questa edizione in lingua inglese negli *Atti* della II Sessione della rete “Medical anthropology at home”, tenuta a Barcellona, 19-21 aprile 2001, è seguita una edizione in lingua italiana, *L'antropologia medica “at home”: un quadro concettuale e la esperienza italiana*, “AM. Rivista ecc. ...”, n. 15-16, ottobre 2003, pp. 11-32] / *Medical anthropology, welfare state and political engagement. Introductory speech at the III Session of the Medical*

anthropology at home network (Perugia, 24-27 september 2003), "AM. Rivista ecc. ...", n. 17-18, ottobre 2004, pp. 41-49 [in spagnolo alle pp. 51-59, in italiano alle pp. 61-69, volume dedicato agli *Atti*, della III Sessione della rete "Medical anthropology at home" (Perugia, 24-27 settembre 2003)] / (curatore), *Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario*, "Educazione Sanitaria e Promozione della Salute", vol. 33, n. 4, ottobre-dicembre 2010, pp. 369-381 / *Itineraries and specificities of Italian medical anthropology*, "Anthropology and Medicine", vol. 19, n. 1, aprile 2012, pp. 17-25 [ripubblicato alle pp. 19-27, in Elisabeth HSU - Catherine POTTER (curatrici), *Medical anthropology in Europe. Shaping the field*, Routledge, London - New Your, 2015, X+137 pp.

⁽⁴⁾ Le *Giornate costitutive della Società italiana di antropologia medica* ebbero luogo a Perugia nei giorni 18-19 maggio 1988, come risultato di un lavoro preparatorio che si radicava parzialmente nel convegno pesarese dell'83 (vedi nota 3) e che fu da noi avviato sin dai primi mesi del 1986. Vi presero parte – presso il nostro Istituto di etnologia e antropologia culturale – una ventina di studiosi di differenti regioni italiane: vi fu approvato l'atto costitutivo e lo statuto della nuova società e, insieme, ne fu definito il profilo scientifico e organizzativo, delineata una prima piattaforma di lavoro, designato un provvisorio Consiglio direttivo. In merito a queste *Giornate costitutive* e ai primi anni di attività della SIAM si può vedere il resoconto da me redatto per il primo fascicolo del nostro periodico: *La Società italiana di antropologia medica*, "AM. Rivista ecc. ...", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 361-366. Ma può avere un qualche interesse, forse, ricordare qui le cinque *Giornate nazionali* organizzate dalla SIAM in epoche precedenti all'attuale *Convegno* del 2013: la prima, *La definizione dell'efficienza in antropologia medica* (Isola Polvese sul Lago Trasimeno, provincia di Perugia, 17-19 settembre 1989); la seconda, *L'approccio alla problematica corpo/salute/malattia in antropologia medica* (Isola Polvese sul Lago Trasimeno, provincia di Perugia, 23-25 settembre 1990); la terza, *L'antropologia medica in Italia e in Spagna: quadri teorici e direttrici di ricerca* (Perugia, 25-27 ottobre 1991); la quarta, *Per un'attività formativa della Società italiana di antropologia medica* (Perugia, 25-27 novembre 1994); e la quinta, *Psichiatria e politiche sanitarie dell'Italia coloniale* (Roma, 13-14 giugno 2008), tenuta in collaborazione con la Real Academia de España en Roma. Per non parlare della quindicina di *relazioni-seminario* tenute a Perugia su invito della SIAM, da eminenti antropologi medici italiani e di altri Paesi (Brasile, Canada, Francia, Guatemala, Messico, Stati Uniti).

⁽⁵⁾ Il primo fascicolo di "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica" (n. 1-2 doppio inaugurale, ottobre 1996) poté uscire finalmente dopo un lungo e articolato lavoro preparatorio e ne risultò un volume di 543 pagine. In quella occasione ci sembrò giusto e utile pubblicare, anche in dettaglio – corredandoli di un testo generale introduttivo – gli indici dei periodici italiani che in vario modo negli anni precedenti si erano dedicati a tematiche che anticipavano talune aree dell'antropologia medica e che poi, purtroppo, avevano cessato di uscire (cfr. pp. 321-352) e cioè: "Etnoiatria. Rivista di etnomedicina" (1967-1968), "Storia e Medicina Popolare" (1983-1992), "Sanità, Scienza e Storia" (1984-1992), "Antropologia Medica. Per un confronto di culture sui temi della salute" (1986-1988).

⁽⁶⁾ Mi riferisco, ovviamente, ai tre testi "classici": Antonio DE NINO per l'Abruzzo e il Molise (*Malattie e rimedi*, Barbèra, Firenze 1891, VIII+209 pp., quinto dei suoi sei volumi su *Usi e costumi abruzzesi*, 1879-1897); Zeno ZANETTI per l'Umbria (*La medicina delle nostre donne. Studio folklorico*, con una lettera di Paolo MANTEGAZZA, Scipione Lapi Tipografo Editore, Città di Castello, 1892, XX+271 pp.; e Giuseppe PITRÈ per la Sicilia (*Medicina popolare siciliana*, Carlo Clausen, Torino - Palermo, 1896, XXVIII+495 pp.). Ma sono almeno da ricordare, per quel periodo, i significativi contributi di Carolina CORONEDI BERTI per l'area bolognese (1877), di Domenico Giuseppe BERNONI per l'area veneziana (1878), di Giambattista BASTANZI per le provincie di Trento e Belluno (1887, 1888), di Caterina PIGORINI BERI per l'Appennino marchigiano (1889, 1890), di Paolo RICCARDI per l'area modenese (1890), di Michele Gerardo PASQUARELLI per la Basilicata (1896-1897), e alcune sezioni dei volumi di Valentino ÖSTERMANN per il Friuli (1894), di Gennaro FINAMORE per l'Abruzzo e il Molise (1894), e di Giggi ZANAZZO per l'area romana (1908). E anche i numerosi lavori pubblicati da Giuseppe BELLUCCI fra il 1881 e il 1920 sulle varie tipologie di amuleti protettivi da lui via via raccolti nella sua personale collezione, probabilmente la più ricca d'Europa (oggi in larga parte esposti a Perugia presso il Museo archeologico nazionale dell'Umbria).

⁽⁷⁾ Penso alle "spedizioni" demartiniane in Lucania (Basilicata) fra il 1950 e il 1957 e ai loro esiti scritti, tra cui *Sud e magia* (Feltrinelli, Milano, 1959, 205 pp.) e, per certi versi, *Morte e pianto*

rituale nel mondo antico. Dal lamento pagano al piano dei Maria, Edizioni Scientifiche Einaudi pubblicate da Paolo Boringhieri, Torino, 1958, X+440 pp.; e alla ricerca guidata da de MARTINO nel Salento pugliese, intorno al tarantismo, *La terra del rimorso. Contributi a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano, 1961, 439 pp., 1 disco 33 giri. Alle quali è da far risalire – negli stessi anni in cui ciò avveniva in Francia, a Dakar e in Nordamerica – anche la nascita di una moderna etnopsichiatria italiana.

⁽⁸⁾ Credo che i miei siano stati allora i primi scritti impostati in base a una moderna problematica di antropologia medica. Ricordo qui *Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia*, pp. 295-312, in SOCIETÀ ITALIANA PER IL PROGRESSO DELLE SCIENZE, *Atti della XLV Riunione (Napoli, 16-30 ottobre 1954)*, vol. II, S.I.P.S., Roma, 1956, 317 pp.: una discussione parzialmente critica di quanto appena proposto da Pierre Dorolle, direttore generale aggiunto dell'Organizzazione mondiale della sanità, per un utilizzo dell'etnologia nei programmi sanitari da svolgere nei Paesi del cosiddetto Terzo Mondo; e *Il contributo dell'antropologia culturale alla educazione sanitaria*, "L'Educazione Sanitaria", vol. 4, fasc. 3-4, luglio-dicembre 1959, pp. 325-340, stesura organica della lezione da me tenuta al I Corso estivo di educazione sanitaria (Perugia, 14-21 settembre 1958), organizzato dal Centro sperimentale dimostrativo di educazione sanitaria delle popolazioni, di recente costituito a Perugia.

⁽⁹⁾ Fu ancora a Perugia che si svilupparono per primi uno specifico interesse antropologico per le implicazioni psicopatologiche di alcuni grandi processi sociali contemporanei – ad esempio le migrazioni interne nell'Italia degli anni '50-'60 –, e poi un solido rapporto teorico-pratico fra gli antropologi e il movimento antimanicomiale: un movimento che si sviluppò, come è noto, negli anni '60 in varie parti d'Italia e portò infine il 13 maggio 1978 all'approvazione della legge 180, ed ebbe in Umbria una sua specifica caratterizzazione e una propria autonomia: tant'è che il nostro Istituto universitario collaborò ufficialmente con l'Amministrazione provinciale (da cui dipendeva l'ospedale psichiatrico) nelle varie fasi delle attività di ricognizione e riforma. Ma d'altronde, di grande interesse, furono in quest'ambito i contributi teorici di Carlo TULLIO-ALTAN (a partire dal suo *Modelli concettuali antropologici per un discorso interdisciplinare fra psichiatria e scienze sociali*, "Psicoterapia e Scienze Umane", n. 1, giugno 1967, pp. 2-6), e anche una quasi dimenticata ricostruzione sintetica di Tullio TENTORI sul rilievo dei rapporti con la psichiatria nell'antropologia culturale statunitense [*Psichiatria e antropologia culturale*, "Il Lavoro Neuropsichiatrico", anno XIX, vol. XXXVI, fasc. 3, 1965, pp. 343-384 - anno XIX, vol. XXXVII, fasc. 1, 1965, pp. 3-40].

⁽¹⁰⁾ Allo stato attuale, fra le piste più promettenti mi sembra quella prodotta nell'ambito degli studi di psiconeuroendocrinoimmunologia: in particolare la individuazione dei complessi e articolati meccanismi che intercorrono, nell'uomo, tra lo psichismo (e dunque la stessa esperienza soggettiva del contesto sociale-ambientale) e il prodursi delle risposte immunitarie. Se vogliamo stabilire una data simbolica per questa ripresa dei rapporti fra biomedicina e antropologia possiamo indicare lo svolgimento a Montréal, nei giorni 30 ottobre - 1 novembre 1980, del convegno *Shamans and endorphins* (se ne vedano gli atti curati da Raymond PRINCE, *Shamans and endorphins*, "Ethos", vol. 10, n. 4, inverno 1982, pp. 299-423).

⁽¹¹⁾ È forse bene sottolineare, qui, che con il termine *tardo-capitalismo* si intende il regime sociale che è andato affermandosi nel mondo occidentale a partire dalla fine della Seconda guerra mondiale – sostanzialmente dagli anni '50 del Novecento –: un regime che appare oggi vittorioso sul terreno internazionale e in piena fase di *globalizzazione*. Le caratteristiche di questo regime e i suoi sviluppi, e in particolare le sue proiezioni ideologiche sulla soggettività collettiva e individuale – la rottura dei tradizionali gruppi primari, il forte individualismo e la esacerbata competitività, il disagio e il diffuso senso di solitudine anche nei più affollati contesti urbani – sono stati largamente studiati da sociologi e antropologi, specie negli Stati Uniti, a partire almeno dall'ormai classico testo di David RIESMAN (con Nathan GLAZER e Reuel DENNEY), *The lonely crowd. A study in the changing American character*, Yale University Press, New York, 1950, XVII+386 pp. [ediz. ital.: *La folla solitaria*, Il Mulino, Bologna, 1956, XII+374 pp]. Il termine (*Spätkapitalismus*) è stato introdotto inizialmente nella sociologia tedesca ed è entrato poi in quella anglosassone (*latecapitalism*). Alla sua caratterizzazione hanno contribuito peraltro due dei maggiori esponenti della Scuola di Francoforte, emigrati negli Stati Uniti dopo l'avvento del nazismo, Erich Fromm e Herbert Marcuse,

con testi che hanno subito avuto un vastissimo impatto nei più diversi Paesi: Erich FROMM, *The sane society*, Rinehart & C., New York, 1955, 370 pp. [ediz. ital.: *Psicanalisi della società contemporanea*, Edizioni di Comunità, Milano, 1960, 389 pp.]/ Herbert MARCUSE, *One dimensional man. Studies in the ideology of advanced industrial society*, The Beacon Press, Boston, 1964, XVIII+260 pp. [ediz. ital.: *L'uomo a una dimensione. L'ideologia della società industriale avanzata*, Einaudi, Torino, 1967, 266 pp.]/ Erich FROMM, *To have or to be?*, Harper & Row, New York, 1976, 215 pp. [ediz. ital.: *Avere o essere?*, A. Mondadori, Milano, 1977, 299 pp.]. In effetti, sulle implicazioni socio- e psico-culturali del tardo-capitalismo, anche più recenti, esiste ormai una larghissima bibliografia scientifica: statunitense (Richard SENNET, 1977, 1998, 2006 / Christopher LASCH, 1978, 1984 / Fredric JAMESON, 1984, 1991 / Arjun APPADURAI, 1996, 2013); tedesca (Ernest MANDEL, 1972 / Ulrich BECK, 1986, 2000, 2008); francese (Alain EHREMBERG, 1998, 2010 / Miguel BENASAYAG e Gérard SCHMIT, 2003). Per non citare i numerosi testi di Zygmunt BAUMAN, a partire dal suo ben noto *Liquid modernity*, Polity Press, Cambridge, 2000, VI+228 pp. [ediz. ital.: *Modernità liquida*, Laterza, Roma - Bari, 2002, XXII+272 pp.]. (È forse utile ricordare che tutti gli autori e i testi qui ricordati con i riferimenti alla data delle edizioni originali sono stati poi editi anche in italiano).

⁽¹²⁾ Proprio per sottolineare che dietro ogni progetto di intervento stanno precise scelte non meramente “tecniche” e che nella sua messa a punto, perciò, non si tratta mai di una semplice e neutrale “applicazione” di un innocente sapere “disponibile” ma della implicita accettazione dei criteri che nel progetto sono stati prioritariamente assunti, ho da tempo proposto – come molti di voi sanno – di rifiutare il termine “antropologia applicata” e di parlare invece di “usi sociali dell’antropologia”.

⁽¹³⁾ Gli effetti devastanti del “ritorno al privato” – e, se vogliamo, anche i relativi costi economici – sono stati peraltro largamente evidenziati da più parti, e in particolare dall’Organizzazione mondiale della sanità, in riferimento, ad esempio, a quanto avvenuto in Russia dopo il crollo del precedente sistema sanitario universalistico e della rete di protezione sociale in cui esso era inserito. Ad esempio la speranza di vita maschile è scesa da 63,8 anni nel 1990 a 57,6 anni nel 1994: più di sei anni in un quinquennio.

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 all’inizio degli studi universitari – 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 riscritto 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. È di fine ’52 il suo incontro con Ernesto de Martino, che presso la Facoltà di lettere e filosofia, nell’Istituto per le civiltà primitive, iniziava allora il suo primo corso (“pareggiato”) di etnologia in parallelo a quello del paletnologo Alberto Carlo Blanc. Ernesto de Martino, di cui fu il primo assistente, è stato in effetti il suo “vero maestro” e con lui ha continuato 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).

Nel 1955 ha iniziato il suo insegnamento nella Università di Perugia, dove nel 1956 ha dato vita all'Istituto di etnologia e antropologia culturale e nel 1958 al Centro italiano per lo studio della comunicazione di massa: istituzioni che hanno esercitato una notevole influenza nella rinascita e nello sviluppo degli studi antropologici italiani.

Per circa un decennio (1966-1975), chiamato su proposta di Eugenio Garin e Cesare Luporini, è stato anche docente di antropologia culturale nell'Università di Firenze.

Durante questo lungo periodo ha via via insegnato in corsi di laurea e di diploma, di specializzazione, 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 ha esercitato ininterrottamente per quarantacinque anni la docenza e la direzione dell'Istituto di etnologia e antropologia culturale e poi del Dipartimento Uomo & Territorio in cui l'Istituto confluì 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.

L'attività di Tullio Seppilli ha spaziato in numerosi ambiti del "mestiere", sul terreno della riflessione teorica, della ricerca empirica e operativa e della formazione di numerosi tipi di operatori sociali. Tuttavia, la sua intera "carriera scientifica" è attraversata, sin da una prima pubblicazione nel 1956, da una complessa e articolata attenzione per i vari ambiti di ricerca che confluiscono oggi nell'area della antropologia medica.

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

Riassunto

Antropologia medica e strategie per la salute. Relazione introduttiva al Convegno

In questa relazione introduttiva, dopo i saluti e i riconoscimenti (*paragrafo 0*), viene presentata la struttura tematica e organizzativa del Convegno (*paragrafo 1*) e vengono brevemente delineati gli articolati contorni del processo formativo dell'antropologia medica italiana, le sue radici e alcuni principali "snodi" del suo impianto tematico e teorico (*paragrafo 2*). Viene fatto sinteticamente cenno, poi, allo stato della disciplina, in Italia, alle sue direttrici di ricerca (*at home e abroad*) e alla sua (scarsa) presenza nelle strutture formative universitarie (*paragrafo 3*), nonché a quello che può considerarsi l'apporto di fondo dell'antropologia medica al pensiero e alla pratica della medicina: e cioè mettere in luce il peso del "sociale" nella corporeità biopsichica tenendo in

conto sia la relativa *autonomia* sia la necessaria reciproca *integrazione* tra il livello *bio* e il livello *socio* (*paragrafo 4*). Sempre in merito all'antropologia medica vengono poi fissati alcuni punti di riferimento concernenti il suo significato ad un tempo *conoscitivo* e *operativo*, le opzioni di fondo che stanno necessariamente alla base del suo lavoro e il carattere mistificatorio dell'idea di una "neutrale" *antropologia applicata* (*paragrafo 5*): ne deriva (molto schematicamente) un fondamento etico del nostro lavoro, la cui proiezione – oggi particolarmente attuale – è innanzitutto la difesa e lo sviluppo di un sistema sanitario pubblico come "bene comune", fortemente partecipativo, egualitario e universalistico (*paragrafo 6*).

Résumé

Anthropologie médicale et stratégies pour la santé. Rapport d'introduction au Colloque

Ce rapport d'introduction, après les salutations et remerciements (*paragraphe 0*), présente la structure thématique et organisationnelle du Colloque (*paragraphe 1*) et décrit brièvement le processus de formation de l'anthropologie médicale italienne, ses contours articulés, ses racines et certaines "charnières" fondamentales de son organisation thématique et théorique (*paragraphe 2*). Il mentionne ensuite, de manière synthétique, l'état de cette discipline en Italie, ses lignes directrices de recherche (*au niveau national et à l'étranger*) et sa présence (insuffisante) dans les structures formatives universitaires (*paragraphe 3*); ainsi que ce que l'on peut considérer comme l'apport de base de l'anthropologie médicale à la pensée et à la pratique de la médecine : mettre en lumière le poids du "social" dans la corporéité biopsychique, en tenant compte à la fois de l'*autonomie* relative du niveau *bio* et du niveau *socio* et de leur inévitable *intégration* réciproque (*paragraphe 4*). Toujours dans le cadre de l'anthropologie médicale, le rapport illustre certains points de référence concernant sa signification tant *cognitive* qu'*opérationnelle*, les options de base qui sous-tendent nécessairement son travail et le caractère mystificateur que revêt l'idée d'une *anthropologie appliquée* "neutre" (*paragraphe 5*): il en découle (très schématiquement), pour notre travail, un fondement éthique, dont la projection – aujourd'hui particulièrement d'actualité – est avant tout la défense et le développement d'un système sanitaire public comme "bien commun", fortement participatif, égalitaire et universaliste (*paragraphe 6*).

Resumen

Antropología médica y estrategia para la salud. Relación introductiva al Congreso

En esta relación introductiva, después de los saludos y los reconocimientos (párrafo 0), se presenta la estructura temática y organizativa del Congreso (párrafo 1) y se delimitan

brevemente los contornos articulados del proceso formativo de la antropología médica italiana, sus raíces y algunas de sus principales “articulaciones” de su planta temática y teórica (párrafo 2). Se ha hecho una breve reseña de la situación de la disciplina en Italia, de sus directrices de investigación (*at home e abroad*) y su (escasa) presencia en la estructura formativa (párrafo 3), y aquello que puede considerarse el aporte de fondo de la antropología médica, al pensamiento y a la práctica de la medicina; o sea, pone en evidencia el peso del “social” en la corporalidad biofísica, tomando en cuenta *sea* la relativa autonomía *sea* la necesaria recíproca *integración* entre el nivel *bio* y el nivel *socio* (párrafo 4). Siempre respecto a la antropología médica vienen fijos algunos puntos de referimiento, concerniente a su significado y a un tiempo *cognoscitivo* y *operativo*, las opciones de fondo que están necesariamente a la base de su trabajo y el carácter mistificador de la idea de una “neutral” *antropología aplicada* (párrafo 5); deriva (muy esquemáticamente) un fundamento ético de nuestro trabajo, cuya proyección – hoy particularmente actual – es antes que nada la defensa y el desarrollo de un sistema sanitario público como un “bien común”, fuertemente participativo, igualitario y universalista (párrafo 6).

Abstract

Medical anthropology and health strategies. A Conference introduction

In this introductory paper, after the greetings and acknowledgments (*paragraph 0*), the Author presents the thematic structure and organization of the Conference (*paragraph 1*), and briefly delineates the articulated outlines of the constitution process of Italian medical anthropology, its roots and some major “hubs” of its thematic and theoretical setting (*paragraph 2*). The Author synthetically appoint, then, the state of the discipline in Italy, its research lines (at home and abroad) and its (scarce) presence in the universities (*paragraph 3*), as well as the fundamental contribution of anthropology to the theory and practice of medicine: which is to highlight the “social” aspects of biopsychic construction of body, taking into account both the relative *autonomy* and the necessary *integration* between the *bio* and the *social* (*paragraph 4*). The Author finally fixes up some landmarks about medical anthropology and its role, analytical and operative at once, the background options that are necessarily at the base of its work and the mystifying risk of the idea of a “neutral” *applied anthropology* (*paragraph 5*). What comes out (very schematically) is an ethical foundation of our job, whose intent – particularly topic today – is, first of all, the defense and the enhancement of the public health system as a “common”, highly participated, egalitarian and universalistic (*paragraph 6*).