

*Cinque tesi per un'antropologia medica critica**

Didier Fassin

Institute for advanced study, Princeton / École des hautes études en sciences sociales, Paris

Prendere parte a un avvenimento così importante come il Primo convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica è per me un grande piacere e un immenso onore. Tengo in particolar modo a ringraziare per avermi invitato il professor Tullio Seppilli, il cui ruolo nella nascita dell'antropologia medica in Italia è a tutti noi noto, e il professor Ivo Quaranta, per avere stabilito i primi contatti in vista della mia partecipazione. Esprimo la mia riconoscenza anche a Lorenzo Alunni per aver tradotto questa conferenza (occupandosi della traduzione di due dei miei libri è ormai abituato alle mie frasi dallo sviluppo quasi proustiano). Spero perdonerete le esitazioni della mia pronuncia italiana: i miei sforzi per riprendere lo studio di questa bella lingua sono troppo recenti e la mia mente è un po' annebbiata da una notte d'aereo quasi senza sonno per venire dagli Stati Uniti.

L'anno scorso, negli Stati Uniti, è stato pubblicato un libro collettivo dal titolo *Medical anthropology at the intersections*. Era il risultato di un convegno organizzato nel 2009 all'Università di Yale per celebrare il cinquantesimo anniversario della nascita dell'antropologia medica. Nella loro introduzione, Marcia Inhorn e Emily Wentzel ripercorrono la storia della loro «disciplina». Fanno riferimento a un articolo del 1959 dell'antropologo e medico James Roney intitolato, per la prima volta, *Medical anthropology*. Le due autrici evocano i nomi di padri fondatori quali George Foster, Charles Hughes, Charles Leslie e Benjamin Paul: tutti statunitensi. Citano poi 141 antropologi che hanno dato forma al sapere antropologico sulla medicina, la salute e il corpo: non viene menzionato nessun autore italiano. Tuttavia, si dà il caso che nel 1956, dunque tre anni prima della

* Questo scritto riprende la lectio magistralis pronunciata il 22 febbraio 2013 alla Sapienza Università di Roma, in occasione del Primo convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica, intitolato *Antropologia medica e strategie per la salute*. Mi è parso preferibile conservare il testo della versione orale, che restituisce fedelmente, spero, lo spirito del luogo e del momento.

nascita ufficiale dell'antropologia medica statunitense, veniva pubblicato *Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia*, un testo che criticava i programmi dell'Organizzazione mondiale della sanità per il terzo mondo. Il giovane autore era un certo Tullio Seppilli. Ci sono certamente più storie dell'antropologia medica, e meritano tutte di essere raccontate. Il concetto di egemonia culturale – e non è certo a degli italiani che vengo a insegnarlo – non è utile solo per spiegare perché certe rivoluzioni comuniste non hanno avuto luogo, ma può anche aiutare a capire perché certe tradizioni intellettuali s'impongono su altre, anche nelle scienze sociali. È dunque un avvenimento felice, questo convegno, con cui l'antropologia medica italiana celebra quello che potrebbe essere il suo 57° anniversario...

Tuttavia, più che la datazione delle origini, sempre soggetta a controversie e di fatto utile soprattutto per dei punti di riferimento della memoria, è importante cogliere la singolarità delle formazioni intellettuali, in questo caso quella che ha dato vita all'antropologia medica. Più che le fondazioni e i loro miti, è il caso di comprendere i fondamenti e le loro idee. L'approccio deve farsi genealogico. La presentazione che già due decenni fa fece Mariella Pandolfi dell'antropologia medica italiana s'intitolava significativamente *Al di là di Gramsci e de Martino*. Ricordava l'influenza, non sempre emancipatrice, del marxismo sulle nascenti scienze sociali in Italia, il ruolo essenziale del pensiero dell'autore dei *Quaderni del carcere* e il lavoro pionieristico dell'etnologo dell'Italia meridionale. Non mi azzarderò certamente a ricostruire, sui passi della mia amica e collega, la storia dell'antropologia medica italiana, che molti dei presenti conoscono meglio di me. Ma, richiamando questa genealogia, fin troppo allusivamente, vorrei mettere in evidenza il trinomio che sembra caratterizzare questa antropologia più di ogni altra, quantomeno nel suo movimento iniziale, ovvero la combinazione di teoria, critica e politica – un trinomio che, per esempio, negli inizi dell'antropologia medica nordamericana, francese o tedesca non ritroviamo. È molto probabile che alcuni non si riconosceranno in questa definizione del loro campo di ricerca, e hanno sicuramente ragione a non voler farsi rinchiudere nelle delimitazioni nazionali del dibattito intellettuale. Ma è proprio lì che vedo l'originalità di una tradizione intellettuale che oggi non mi sembra avere il posto che merita nell'antropologia mondiale, e che forse nelle ricerche attuali si è un po' persa, anche in Italia. In tutti i casi è su questo punto che colloco il mio contributo all'ambito scientifico in questione – lì dove un lavoro teorico, nutrito da una riflessione critica, permette di affrontare le questioni della medicina, della salute e del corpo in una prospettiva politica.

Anche se il senso che diamo a queste tre parole e l'uso che ne facciamo in questo ultimo mezzo secolo è cambiato, non è insensato né senza importanza rivendicarle nelle scienze sociali contemporanee.

Come articolare teoria, critica e politica? Il titolo di questo convegno invita certamente a farlo: *Antropologia medica e strategie per la salute*. A rischio di semplificare troppo, potremmo dire che vi è da un lato la teoria – antropologia medica – e dall'altro il politico – strategie per la salute. Introdurre un pensiero critico può consistere nel chiedersi in che modo si passa dalla teoria al politico (come può il sapere antropologico aiutare a definire un'azione sanitaria?), ma anche come il politico trasforma la teoria (in che modo un'azione sanitaria può nutrire il sapere antropologico?). In questa tensione produttiva fra teoria e politica, il lavoro critico presuppone anche l'interrogarsi sulle categorie a cui facciamo ricorso dandole per scontate, a cominciare da quella di salute. Nei suoi *Scritti sulla medicina*, Georges Canguilhem dedica a tale categoria un capitolo dal titolo *La salute, concetto volgare e questione filosofica*. Basandosi sull'idea di Kant secondo la quale ci si può sentire bene in salute senza però poterlo sapere, ne concludeva che «non c'è una scienza della salute» e che «la salute non è un concetto scientifico». Ma poi – sviluppando un'osservazione di Cartesio secondo cui la conoscenza della verità è come la salute dell'anima, perché quando la si possiede non ci si pensa più – si chiede: «Com'è possibile che non si sia mai pensato d'invertire questa assimilazione e che non ci si sia mai chiesti se la salute non è una verità del corpo?» Ispirandomi a queste due osservazioni, vorrei difendere l'idea secondo cui l'antropologia medica, costituendo un sapere critico, fornisce elementi particolarmente pertinenti per comprendere la salute a partire da questa relazione fra scienza e verità, idea che trecento anni fa era già al centro della riflessione di Giambattista Vico in *De antiquissima Italorum sapientia*.

Di tutto ciò darò una illustrazione a partire da uno studio di caso che ho realizzato qualche anno fa in Francia sul saturnismo infantile, una malattia dovuta all'ingestione o all'inalazione di piombo e che provoca nei bambini colpiti problemi neurologici che possono arrivare fino alle convulsioni e al coma, o addirittura alla morte. La medicina che si somministra mira a ridurre la concentrazione di metallo nel sangue, ma si tratta solamente di un palliativo, perché non riduce quanto si è già accumulato negli organi, in particolare nel cervello.

L'affezione è stata identificata per la prima volta in Australia alla fine del diciannovesimo secolo. Tuttavia, nei manuali di medicina francesi, fino a poco tempo fa era menzionata solo in maniera aneddotica e quindi

poco conosciuta dai medici. Parafrasando i primi paragrafi de *La Nascita della clinica* di Michel Foucault – dove l'autore mette in parallelo due descrizioni mediche di patologie neuropsichiatriche redatte a qualche decennio di distanza fra loro, fra la fine del diciottesimo secolo e l'inizio del diciannovesimo, per rilevare la mutazione di un discorso che traduce una trasformazione dello sguardo e permette la nascita della clinica moderna – vorrei mostrare, attraverso due scritti sul saturnismo infantile, come avviene in meno di venti anni la nascita di un problema di sanità. È un episodio eroico in cui si può vedere, in una certa misura, una nascita della sanità pubblica francese.

Nel 1981, alcuni pediatri di Lione riportarono in un articolo medico una singolare osservazione. Si trattava di un bambino di cinque anni, di nome Mammarr, che presenta degli inspiegabili disordini neurologici. Durante la sua ospedalizzazione, mentre il suo stato si aggravava e sopraggiungevano crisi di epilessia ed episodi di perdita di coscienza, i medici, incapaci di stabilire una diagnosi, decisero di procedere a un intervento neurochirurgico nella speranza d'identificare la malattia e allo stesso tempo di ridurre la pressione cerebrale. La loro speranza venne delusa, ma, fra la sorpresa generale, qualche giorno dopo uno dei prelievi sanguigni sistematici offrì una risposta: il tasso di piombo nel sangue era di gran lunga superiore alla norma. Una ricerca bibliografica su questa patologia a loro sconosciuta rivelò ai medici che la causa più frequente nei bambini è l'assorbimento di scaglie di vecchie tinteggiature in case particolarmente degradate. Infatti, in Francia le vernici al piombo erano state vietate già nel 1948, e sono solo i condomini più vecchi a conservarne ancora traccia. Consultando i genitori, i pediatri confermarono che il bambino a volte portava alla bocca dei frammenti d'intonaco caduti dai muri degradati dell'appartamento dove viveva la famiglia, cosa che interpretarono come un caso di picacismo, un disturbo del comportamento alimentare che consiste nell'ingerimento di sostanze non commestibili. Al bambino venne somministrato il trattamento palliativo, il suo stato migliorò e fece rientro a casa, senza che nessuno si preoccupasse della sua nuova esposizione allo stesso problema ambientale, senza che gli altri bambini della famiglia venissero esaminati e senza nessuna visita all'abitazione. Fieri del loro successo diagnostico e terapeutico, i medici pubblicarono infine questa osservazione eccezionale e dichiararono di aver trovato solo dieci casi simili in venticinque anni di letteratura pediatrica francese.

Nel 1999, l'Istituto nazionale francese della sanità e della ricerca medica (INSERM), pubblicò un rapporto sul saturnismo infantile. Il documento si basava su una rassegna bibliografica di 1.600 articoli, indagini epeide-

miologiche che riguardano i bambini e studi ecologici sui condomini. Venne fornito un numero: i casi di saturnismo infantile stimati in Francia erano 85.000, ovvero quasi il 2% dei bambini. Vennero formulate raccomandazioni in termini di *screening* e di prevenzione. Poiché la maggior parte dei bambini intossicati non erano stati identificati, bisognava tenerli sotto osservazione attraverso il prelievo del sangue sistematico di coloro che vivevano nelle abitazioni più precarie. E poiché a essere nel mirino sono le vecchie verniciature, bisognava se possibile trasferire le famiglie coinvolte oppure almeno ristrutturare le loro abitazioni, operazione che sarebbe consistita semplicemente nel rivestire i muri con dei pannelli di legno per coprire le pareti scalcinate. Venne avanzata una valutazione del costo di queste operazioni che varia fra i quattrocento milioni e i tre miliardi di euro, secondo le strategie scelte.

Cos'è successo allora fra il 1981 e il 1999 per passare dal "bel caso" all'"epidemia silenziosa", da dieci casi osservati in venticinque anni a 85.000 bambini colpiti? Ci fu un'esposizione di massa di famiglie povere alle condizioni insalubri degli alloggi o a un'altra fonte d'intossicazione da piombo? Per niente, ed è successo proprio il contrario: con i grandi programmi di rinnovamento urbano che accompagnano la riqualificazione del patrimonio fondiario delle grandi città e dei loro sobborghi, la parte di alloggi obsoleti tende a ridursi. Quanto successo dunque non ha niente a che vedere con un aggravamento della situazione epidemiologica oggettiva, ma consiste in una trasformazione dello sguardo che fa emergere un problema sanitario.

Ritorniamo allora al nostro piombo, ai nostri bambini e ai nostri pediatri. Successe che, quattro anni dopo l'osservazione clinica che ho riportato, quindi nel 1985, venne diagnosticato un altro caso di saturnismo infantile, questa volta a Parigi e questa volta in una bambina di due anni, anche lei maliana, fortunatamente affetta in maniera meno grave. Si trattava di un'anemia con sintomi digestivi e problemi di sviluppo. Ancora una volta, è dopo numerose settimane di vani tentativi diagnostici e quasi per caso che venne riconosciuta l'intossicazione da piombo, permettendo così la somministrazione del trattamento palliativo. La differenza più importante con il caso precedente e con tutti quelli riportati dalla letteratura francese riguardò una doppia contingenza umana: prima di tutto, invece che accontentarsi di aver identificato e curato la patologia, come i suoi colleghi, il pediatra coinvolse un'assistente sociale per verificare le condizioni di vita della famiglia; in seguito, invece che consultare i genitori all'ospedale, come d'abitudine, l'assistente sociale si sarebbe recata presso il loro domicilio. Sarà l'occasione per accorgersi dell'ambiente deleterio

nel quale viveva non solamente quella famiglia, ma anche molte altre: edificio cadente, con la verniciatura che si sgretola e i pavimenti che crollavano, e la cui insalubrità era evidente. Vennero infatti riscontrati notevoli valori del piombo nei muri e tassi elevati di quel metallo nel sangue di quattro dei sette bambini che vivevano lì. Ma era evidente che, in quel quartiere popolare di Parigi, non era certo l'unico condominio ad essere ridotto in simili condizioni. Affiorò progressivamente l'idea secondo cui il problema poteva essere di portata molto più vasta e che meritasse un esame più ampio.

Vennero portate avanti in parallelo due tipi d'indagine. Da una parte, ci si volle assicurare che il problema era effettivamente costituito dalle abitazioni, cosa che, come prevedibile, smentì il servizio che gestisce gli alloggi della città e anche il consiglio nazionale d'igiene, dove siedono anche dei rappresentanti dell'industria della vernice. Per tutto ciò venne realizzato uno studio epidemiologico, definito eziologico, in due gruppi di bambini di famiglie immigrate povere che vivevano i primi in appartamenti obsoleti e gli altri in edifici di recente costruzione. Venne così dimostrato che solamente il primo gruppo di bambini, ovvero il novanta per cento di loro, era colpito dalla malattia, per la quale venne confermata l'origine nella vernice. Il problema era quindi l'alloggio in degrado, senza più alcun dubbio. Si cercò poi di stimare la dimensione del fenomeno, visto che la direzione generale per la salute del ministero riteneva che si tratta solamente d'intossicazioni isolate. Per questo fine, venne avviato uno *screening* fra i bambini che si recavano alle consultazioni pubbliche di protezione materna e infantile. Attraverso un colloquio si verificò prima di tutto in che tipo di alloggio risiede la famiglia e, se si tratta di edifici costruiti prima del 1948, si procedette al prelievo del sangue. È così che, in meno di cinque anni, furono stati diagnosticati 1.500 casi di saturnismo infantile sulla base non dei sintomi, perché la maggior parte di questi bambini non ne presentava, ma dalla stima di un rischio valutato in relazione alla conoscenza dell'alloggio, conoscenza che permise di optare per il prelievo sanguigno. Vennero poco a poco vinte le resistenze dei servizi urbani e sanitari dell'amministrazione comunale di Parigi e del Ministero della salute: il saturnismo infantile era chiaramente dovuto agli alloggi in degrado e riguardava un numero importante di bambini. Era un problema di salute pubblica che richiede risposte all'altezza della gravità della situazione.

Con 1.500 bambini trovati positivi fino al 1990, si era comunque lontani dagli 85.000 a cui si faceva riferimento nel rapporto pubblicato nove anni più tardi. Per capire come avvenne il passaggio da un simile numero all'al-

tro, bisogna attraversare l'Atlantico. Negli Stati Uniti, è il *Center for disease control* (CDC) di Atlanta a stabilire le norme e le procedure in materia di sorveglianza, prevenzione e trattamento di malattie a carattere epidemico, raccomandazioni che vengono spesso adottate anche in altri paesi, assumendo una sorta di valore universale. Fino a metà del Ventesimo secolo, il saturnismo infantile era considerato negli Stati Uniti un'affezione pediatrica eccezionale, che riguardava dunque la sola competenza dei medici, ma, nel 1953, la scoperta all'ospedale di Chicago di ventuno casi d'encefalite, di cui cinque mortali, spinse i medici a fare appello al CDC nell'ipotesi di una infezione virale. Tuttavia, questi esperti non è un virus che scoprirono, ma del piombo. Da allora, il termine "epidemia" non venne più applicato solamente alle malattie infettive, ma servì anche a indicare la situazione di affezioni croniche che toccavano molte persone, spingendo l'istituzione a cambiare il proprio nome, pur conservando le stesse iniziali, e il *Communicable disease center* diventò il *Center for disease control*. A questo punto il saturnismo infantile era entrato nella sfera della sanità pubblica. Le prime raccomandazioni stabilite negli anni sessanta consideravano che un tasso di 600 µg/l di piombo nel sangue indicasse l'esistenza di saturnismo e imponessero un'azione medica. Progressivamente, nei tre decenni che seguono, quando ci si rese allora conto della tossicità neurologica del piombo, anche a livelli più bassi, l'istituzione di riferimento diminuì la soglia di allerta a 250 µg/l. È questo il livello ad essere preso in considerazione nello studio che a Parigi ha scoperto i primi casi nei vecchi edifici. All'inizio degli anni Novanta, sulla base di studi epidemiologici che coinvolsero un numero di operatori più importante e test clinici più raffinati, negli Stati Uniti il livello che lascia presagire dei danni neurologici venne ulteriormente abbassato, questa volta a 150 µg/l. È questo nuovo indice ad essere stato utilizzato in quello *screening* parigino che ha permesso di scoprire 1.500 casi. Logicamente, più si abbassa quel valore e più il numero di bambini diagnosticati è alto.

Tuttavia, modificando la soglia non s'interviene solo quantitativamente sulla conoscenza che si ha del saturnismo infantile, ma la si trasforma anche qualitativamente. Nel corso degli ultimi due decenni, le indagini epidemiologiche si sono moltiplicate, soprattutto negli Stati Uniti, e si sono rivolte non più allo stato neurologico dei bambini, ma alle loro performances cognitive e alle loro caratteristiche comportamentali. Risultava che anche fra 100 e 150 µg/l si osservano statisticamente ritardi nell'apprendimento della lettura e della scrittura e un quoziente intellettivo più basso, una volta controllate le variabili riguardanti il livello socioeconomico e l'origine etnonazionale. È del resto quella nuova soglia

di 100 µg/l a essere presa in considerazione dagli esperti dell'INSERM per stabilire il nuovo numero di 85.000. Più che il numero, tuttavia, importante è capire il capovolgimento concettuale avvenuto in questo periodo. Nel momento in cui iniziò questa storia, negli anni Ottanta, il saturnismo infantile veniva identificato attraverso sintomi e segni, riguardava individui, i suoi contorni venivano definiti attraverso una tabella clinica che i pediatri hanno imparato a riconoscere. Due decenni più tardi, durante gli anni Duemila, l'intossicazione da piombo colpiva bambini che apparentemente non soffrivano di niente, toccava solo certe fasce di popolazione e la sua esistenza veniva dimostrata attraverso calcoli statistici realizzati dagli epidemiologi. Il paradosso è che più l'epidemia sembrava estendersi e meno la patologia era grave: ieri si parlava di venticinque casi, e tutti presentavano segni clinici gravi, oggi si parla di 85.000 bambini colpiti, ma nessuno presenta dei sintomi. Ma questa storia non è finita. Un rapporto del CDC del 2012 raccomandava ormai di non avere più una soglia d'allerta, perché si riscontravano effetti nefasti del piombo anche sotto i 100 µg/l: bisognava sostituirci un livello di 50 µg/l indefinitamente adattabile in funzione non più di un dato assoluto, ma relativo ai valori riscontrati nella popolazione infantile. Inoltre, il piombo oggi è considerato responsabile dell'aumento di quelle nuove e controverse patologie psichiatriche dei bambini che sono i problemi di deficit d'attenzione e quelli di iperattività e impulsività, e addirittura considerato come un fattore di rischio di comportamenti criminali già dall'adolescenza. Non solo l'intossicazione da piombo ridisegna i contorni della clinica, ma estende la definizione di salute includendovi la devianza e, reciprocamente, oggi fa anche parte del sapere criminologico.

C'è un elemento che finora è rimasto fuori da questo resoconto. Ripensiamo al fatto che i due bambini dell'inizio della storia sono maliani. Di fatto, di tutte le forme gravi di saturnismo infantile diagnosticato nella regione di Parigi, il 99% sono sopraggiunte in famiglie africane, di cui l'85% originarie della regione subsahariana. Che quasi tutti i bambini colpiti fossero neri non poteva sfuggire ai medici che hanno realizzato i primi studi. Questa realtà li ha tuttavia immersi nell'imbarazzo. Come interpretare questo dato sorprendente? È qui che la cultura entra in scena. Poiché sono africani, la spiegazione dev'essere culturale, pensavano gli esperti. Quando i primi elementi dell'epidemia hanno cominciato a delinearsi a metà anni Ottanta, malgrado la letteratura di lingua inglese sul saturnismo, il mondo medico e ancora di più l'amministrazione sanitaria si mostrarono riluttanti ad ammettere la responsabilità delle vecchie imbiancature. Un'idea diffusa sul mestiere dei padri delle vittime

d'intossicazione fece parlare di “malattie dei figli di marabutto”, andando a ricercare una improbabile presenza di piombo nell'inchiostro che i marabutti userebbero per preparare le tavolette sulle quali scrivono le loro formule coraniche; poi, visto che questa ricerca si è rivelata vana, si sono rivolti con risultati altrettanto scarsi verso il trucco delle madri e le suppellettili di terra utilizzate in cucina. Alla fine si è imposta la spiegazione delle schegge di vernice, ma non la si è finita ancora con la cultura. Gli esperti si sono chiesti infatti perché i bambini delle famiglie africane fossero così attratti da queste sostanze e per questo hanno fatto appello a due antropologi. I due specialisti hanno risposto con ciò che ci si aspettava da loro: un'interpretazione esotica. Le donne dell'Africa occidentale, spiegarono, succhiano dell'argilla durante la loro gravidanza e trasmettono ai loro bambini questo appetito per le sostanze minerali. Quindi non si tratta più di picacismo, il problema psicologico delle prime osservazioni, ma di geografia, pratica culturale attestata dagli etnologi. Una simile interpretazione ha sedotto i medici.

Ci sono tuttavia due problemi che questi ultimi avrebbero potuto sollevare consultando la letteratura medica in lingua inglese. Alcuni studi hanno dimostrato che i bambini non s'intossicavano solamente ingerendo delle schegge di vernice, ma anche semplicemente inalando la polvere. Difficile trovare delle ragioni culturali per il fatto di respirare l'aria dell'ambiente dove ci si trova. Inoltre, negli Stati Uniti, sono essenzialmente i bambini neri americani a essere colpiti, mentre in Gran Bretagna sono soprattutto quelli di famiglie caraibiche o indiane. Difficile trovare una parentela culturale fra questi gruppi e le famiglie dell'Africa occidentale immigrate in Francia. In compenso, ad accomunarli è una somiglianza strutturale a proposito della posizione che occupano sia nello spazio sociale che nella distribuzione degli alloggi urbani. È proprio questa la pista che dobbiamo esplorare. A partire dalla metà degli anni Settanta, quando è sopraggiunta quella che viene spesso chiamata la crisi del petrolio, si sono sommati due fenomeni. Prima di tutto, l'immigrazione del lavoro, fino ad allora facilitata per ragioni economiche, venne bruscamente interrotta dal governo. Inoltre, l'aumento della disoccupazione e della precarietà ha ridotto le possibilità per le famiglie modeste, che risiedevano negli alloggi sociali, di poter diventare proprietarie di abitazioni. Durante questo periodo, di conseguenza, i flussi migratori che continuavano, in parte illegalmente, non hanno potuto che riassorbirsi nelle abitazioni private più insalubri. Le famiglie originarie dell'Africa subsahariana, che in quel periodo erano le più numerose e anche le più povere, sono state così costrette a risiedere nel segmento più degradato dell'insieme delle abitazioni. È in questi

vecchi edifici che i bambini s'intossicavano con le vernici al piombo. Se i piccoli Africani venivano colpiti in massa dal saturnismo, era per il risultato dell'evoluzione delle politiche dell'immigrazione e della chiusura delle politiche immobiliari sociali, una spiegazione prosaica che non ha certo lo *charme* delle interpretazioni culturali.

Per la conoscenza che ormai negli anni Duemila ne abbiamo, il saturnismo appare come un problema di sanità pubblica le cui cause sono sociali più che culturali e le cui soluzioni riguardano le questioni urbane più che quelle mediche. Sotto la pressione di associazioni di famiglie di vittime della malattia, di organizzazioni umanitarie e di medici del sistema sanitario pubblico, la rivendicazione del saturnismo come priorità nazionale ha portato alla modifica della legislazione per obbligare i proprietari degli alloggi insalubri a effettuare lavori di risanamento, al dispiegamento di misure di rinnovamento urbano e a un'accelerazione delle operazioni di *screening*. Eppure, dieci anni dopo l'inizio di questo cambiamento politico, il numero di nuovi casi diagnosticati ogni anno diminuisce regolarmente, ma solo il 5% degli 85.000 casi stimati sono stati identificati e, mentre il costo della ristrutturazione delle abitazioni supera il miliardo di euro, il budget messo a disposizione della lotta contro il saturnismo infantile è di 9 milioni, ovvero meno dell'1%.

Quali insegnamenti possiamo trarre da questa storia del saturnismo infantile in Francia? Delineerò cinque punti principali che hanno in comune la caratteristica di combinare analisi teorica, pensiero critico e questioni politiche. Prima di discuterli, vorrei tuttavia giustificare la scelta della storia che ho brevemente riportato, anticipando due critiche che potrebbero essermi rivolte. La prima obiezione riguarda la scelta della malattia, un'affezione quasi di un altro secolo, con i suoi alloggi insalubri e le sue famiglie povere, che non appartiene più alle patologie emergenti e che non chiama in causa le tecnologie biomediche recenti, alle quali s'interessano a giusto titolo per esempio Paul Rabinow e Sarah Franklin. È che mi sembra che, pur rimanendo legati ai nuovi problemi e alle innovazioni scientifiche, l'antropologia non deve necessariamente seguire il movimento imposto dalla medicina e dai media, con il rischio di essere presa in quelle stesse logiche di moda e urgenza. Ciò che costituisce la sua originalità e, credo, il suo valore per le nostre società, è che l'antropologia propone un'esplorazione dell'invisibile e dell'ordinario, di ciò che è modesto e lento, ovvero di ciò a cui si finisce per non prestare più attenzione. La seconda possibile riserva riguarda la scelta della scala, l'insistenza sulla dimensione locale dell'ospedale o del quartiere con le sue logiche e i suoi attori, mentre la salute è diventata una questione mondiale

e mentre, fra gli altri, Aihwa Ong e Stephen Collier ci invitano legittimamente a studiare gli assemblaggi globali. Se è vero che i problemi sanitari o i saperi biomedici circolano sempre di più secondo reti internazionali, ciò non vuol dire che le questioni e le azioni in materia di sanità non rimangano ancora largamente locali, o nazionali. La forza dell'etnografia è proprio quella di permetterci di poter dare conto di questi movimenti infimi e degli elementi in gioco più modesti, la cui somma costituisce ciò che chiamiamo cambiamento sociale. Veniamo dunque, dopo queste considerazioni preliminari in forma di autodifesa, ai cinque insegnamenti che propongo di trarre dal mio resoconto.

In primo luogo, la salute o la malattia non sono semplicemente dati biologici o fisiologici, e nemmeno dati dell'esperienza che ne fanno i soggetti. Sono oggetto di una costruzione sociale. È qualcosa di ben noto: Peter Conrad e Joseph Schneider lo hanno dimostrato per l'epilessia, così come Allan Young ha fatto con i traumi e Margaret Lock per la menopausa. Ma questa costruzione, e lo si nota meno spesso, è il risultato di due processi: la scoperta di una realtà che è già presente e l'invenzione di una realtà che non lo è ancora. La trasformazione del saturnismo infantile da una curiosità medica per pediatri illuminati in un grande problema di sanità pubblica è il prodotto allo stesso tempo di una localizzazione, grazie allo *screening*, di malati che i medici avevano trascurato (è la scoperta del caso), e soprattutto risultato di una completa riconfigurazione del profilo e del senso della malattia a partire non più dalla clinica ma dalla statistica, portando a parlare non più di sintomi, organi, persone malate, problemi neurologici o digestivi, ma di soglia, probabilità, popolazione a rischio, ritardi nell'apprendimento o propensione alla delinquenza (è l'invenzione di un'altra entità). Gli epidemiologi hanno creato una malattia senza semiologia le cui manifestazioni si traducono nei risultati scolastici e nei comportamenti impulsivi dei bambini provenienti dagli ambienti popolari. A vacillare è così l'intera nostra visione della medicina e dei suoi limiti. Non è più la malattia a essere devianza, come aveva dimostrato Talcott Parsons, ma la devianza che diventa una malattia. In fondo, il caso dell'intossicazione al piombo è solo un esempio fra i tanti possibili – basti pensare all'alcolismo, all'obesità o ai maltrattamenti infantili – di questa integrazione di deviazioni dalla norma nell'universo della salute. Questo caso fa emergere due fatti importanti. In primo luogo, la mentalità statistica e probabilistica vanno a ricomporre progressivamente quello che era l'ambito della clinica. Non è la sola mentalità a farlo, e le scoperte della genomica e dell'epigenetica fanno parte di questa configurazione. Nell'uno e nell'altro caso, la reinterpretazione delle difficoltà

scolastiche e delle pratiche criminali come conseguenza della presenza del piombo nel cervello dei bambini fanno parte di un fenomeno più largo di patologizzazione e di medicalizzazione del sociale. Si può vederlo come un'estensione dell'ambito della salute che procede attraverso la traduzione di un linguaggio in un altro, per esempio operando il passaggio dal comportamento inadatto del bambino in classe al problema di deficit dell'attenzione con iperattività recentemente introdotto nella nosologia psichiatrica.

In secondo luogo, la salute e le malattie non sono solo socialmente costruite, ma anche socialmente prodotte. Bisogna infatti guardarsi bene da un'interpretazione costruttivista che eluda in qualche modo gli effetti del reale, e soprattutto le condizioni che rendono possibili stati di salute diversi e malattie distinte in termini di frequenza o gravità. Gli igienisti, a cominciare da Villermé, ce lo hanno insegnato già due secoli fa, ben prima che epidemiologi come Richard Wilkinson, storici come Randall Packard, sociologi come Michael Marmot o antropologi come Paul Farmer non si mettessero al lavoro in quella direzione. Il saturnismo infantile è una patologia dell'alloggio insalubre risultato di politiche di restrizione dell'immigrazione legale e del razionamento delle abitazioni sociali. Che i bambini africani siano di gran lunga i più colpiti è conseguenza del fatto che le loro famiglie sono oggetto di esclusione economica e discriminazioni razziali sul mercato immobiliare pubblico e privato. La distribuzione di questa malattia nella società illustra così la necessità di pensare la salute e la malattia secondo la prospettiva delle disuguaglianze sociali. Ma, in ambito medico e anche ben al di là, le cause sociali sono oggetto di un disconoscimento attivo. Non vengono solamente trascurate, ma anche occultate, e la loro rivelazione dà luogo a forme multiple di diniego. La sanità pubblica preferisce le interpretazioni in termini di comportamenti, che si tratti d'indigestione di scaglie di vernice, di consumo alcolico, d'intossicazione da tabacco o di pratiche dietetiche. Ci sono due ragioni per questo disconoscimento, una cognitiva e l'altra politica. Prima di tutto, è più facile pensare l'individuale che il collettivo. Stabilire un'eziologia sociale significa avvicinarsi all'evidenza della relazione diretta fra un agente e ciò che egli fa o ciò che gli succede, ma significa anche mobilitare strumenti statistici e ragionamenti probabilistici relativamente sofisticati. Inoltre, esiste una resistenza crescente alle spiegazioni sociali, considerate talvolta addirittura come delle scuse sociologiche, mentre l'invocazione della responsabilità individuale tende a diventare un luogo comune del discorso politico. Tale postura è caratteristica di una governamentalità liberale legata all'idea dell'autonomia del soggetto libero. È un'idea che

rappresenta una particolare sfida per le scienze sociali, le quali, per definizione, tentano di dimostrare il ruolo delle strutture e delle relazioni sociali in ciò che rende gli individui così come sono.

Terzo, il sociale provoca diffidenza, mentre la cultura suscita adesione. Proporre l'interpretazione culturale di una realtà sanitaria che riguarda un gruppo o una società che s'immagina a priori differente da sé – gli Africani o i migranti, ma anche i contadini o gli operai – significa sempre andare incontro a successo. Ciò che Edward Said chiamava orientalismo a proposito degli scritti sulle società asiatiche e che Michel Trouillot definisce «nicchia selvaggia» riferendosi alla tentazione esotica dell'antropologia può essere allargato a un insieme di ragionamenti di senso comune e talvolta di stampo intellettuale che denotano una forma di culturalismo pratico. Attraverso questa espressione, intendo allo stesso tempo l'essenzializzazione della cultura come entità isolabile e fissa e la sovradeterminazione attraverso la cultura che permette di rendere conto dei fatti più disparati solo finché questi riguardano coloro che concepiamo prima di tutto nella loro alterità. E così, il saturnismo infantile colpisce più i bambini di famiglie dell'Africa occidentale perché i loro padri posseggono dei saperi da marabutti o perché le loro madri hanno delle abitudini geofagiche, allo stesso modo in cui la diffusione dell'Aids nella società sudafricana è dovuta alla promiscuità sessuale delle donne, alla propensione degli uomini alla violenza sessuale e alla credenza secondo cui si può guarire dalla malattia con rapporti sessuali con giovani ragazze vergini. I medici, i giornalisti e più in generale la società amano queste analisi formulate in termini di ostacoli culturali e quindi, per gli antropologi che gliele forniscono, la resa simbolica è alta. Significa che, per la disciplina, c'è una posta in gioco sia intellettuale che etica nel resistere alla facilità di presentare al pubblico la cultura come questo desidera che gli venga mostrata. Il culturalismo pratico ha di fatto conseguenze gravi. Occulta i meccanismi economici, politici e sociali delle disparità di fronte alla salute e alla malattia, sostituendogli delle interpretazioni culturali, cosa che porta ad accusare le vittime piuttosto che la società, e che implica risposte educative piuttosto che strutturali: invece che sistemare in nuovi alloggi le famiglie colpite dal saturnismo infantile, si insegna alle madri che le schegge di vernice sono dannose per i loro bambini. Più grave ancora, questa negazione agisce come una violenza contro la verità su ciò che vivono le famiglie e quello che sono. Ma gli antropologi non devono contribuire assegnando coloro che studiano alla loro alterità.

Quarto, perché ci sia costruzione di una certa rappresentazione della malattia, perché si tenga conto della produzione delle disparità della salute

e perché vengano messe in discussione le spiegazioni culturaliste, come abbiamo appena visto, ci vogliono senza dubbio degli attori. E poiché qui parliamo di strategie della salute, è importante prestare attenzione a coloro che le concepiscono o le sviluppano. Il ruolo degli attivisti è stato studiato da Faye Ginsburg per quel che riguarda l'aborto e da Steven Epstein per l'Aids. Dietro le idee, le indagini e le lotte ci sono uomini e donne. La storia del saturnismo è esemplare perché mostra come la salute non sia, o non sia più, l'ambito incontrastato della medicina. A far esistere il problema di salute sono operatori sociali e tecnici sanitari, tossicologi e statistici, amministratori e urbanisti, organizzazioni umanitarie e associazioni di abitanti e anche gli antropologi, figure che plasmano quel problema e per il quale immaginano delle soluzioni. Ciò che oggi costituisce una priorità di sanità pubblica è il prodotto di minuscole innovazioni (per esempio un pediatra che richiede un'indagine e un'assistente sociale che esce dalla sua routine), anche di accese dispute (per esempio per far riconoscere il ruolo delle vernici e far ammettere la gravità della situazione) e infine di prese di posizione energiche, come "Médecins sans frontières" che organizza una missione a Baltimora per una piccola squadra che, al suo ritorno, contesta il modello culturalista, o "Médecins du monde" che lancia una campagna pubblica di sensibilizzazione sulla malattia. A questo proposito, potremmo mostrare come certi attori, soprattutto del mondo umanitario, hanno giocato un ruolo centrale, prima di tutto fra le associazioni e poi al Ministero della salute, mettendo in piedi delle reti che trasgrediscono la separazione fra il pubblico e il privato in un paese in cui, è vero, tre ex ministri provenivano da organizzazioni umanitarie. Questa genealogia merita la nostra attenzione.

Quinto, è importante cogliere la portata di ciò che è in gioco in questa storia. Per decenni la Francia ha fatto venire lavoratori immigrati per far prosperare la propria economia, poi gli ha vietato bruscamente l'ingresso nel suo territorio. Tuttavia, tanto prima quanto dopo la chiusura delle frontiere, ha dato a questi stranieri, per la maggior parte di origine nord africana e subsahariana, i posti peggiori sia nel lavoro che per le abitazioni, conseguenza di discriminazioni razziali a lungo ignorate, ma ormai dimostrate. Questa situazione culmina con gli alloggi obsoleti e cadenti che si permette a proprietari privati di affittare spesso a prezzi molto elevati a famiglie povere che vi si ammassano con i loro figli. Rispetto allo stato di degrado di queste abitazioni, il piombo delle vernici non è nient'altro che la traduzione medica di un'indegnità per la quale i poteri pubblici e la società francese tutta hanno chiuso gli occhi. È solo attraverso la malattia che la mediocrità del trattamento di queste popolazioni ha potuto essere

enunciato e denunciato. La sofferenza dei bambini ha prodotto quella reazione che la semplice constatazione delle condizioni miserabili d'esistenza non riusciva a suscitare. Si tratta di una realtà il cui significato va oltre il caso del saturnismo infantile, e lo si ritrova in particolare a proposito dell'Aids nel continente africano. Si congiungono infatti due fenomeni. Da una parte, la traduzione dei problemi sociali nel linguaggio medico è spesso la sola maniera di renderli visibili e udibili, al prezzo di ciò che Adriana Petryna definisce come una cittadinanza biologica che riconosce il soggetto solo quando colpito nel suo corpo. Dall'altra parte, l'esposizione del disagio, a maggior ragione quando si tratta di bambini, permette di ricorrere a quelle istanze della compassione che Luc Boltanski analizza attraverso le argomentazioni topiche della sofferenza. La ragione umanitaria si trova al punto di confluenza di queste due logiche, medica e di compassione. La legittimità che ha acquisito nel mondo contemporaneo è stata accompagnata da un arretramento dei valori tradizionali della giustizia sociale. L'immediatezza d'azione che questa rivendica tende ad abolire il tempo storico. Il sollievo della sofferenza supera il rimedio alle disuguaglianze che le soggiacciono. Dalla storia del saturnismo infantile emerge anche questo. Le funzioni sociali operate dalla malattia e dalla sofferenza implicano di conseguenza che l'antropologia medica, così come la concepisco, sia anche un'antropologia politica e morale.

In conclusione, l'antropologia medica, di cui questa sera ho certamente presentato una lettura incompleta e parziale, è un ambito notevole sotto più punti di vista. Se, mezzo secolo fa, questa si è sviluppata ai margini dell'antropologia, come scrive Arthur Kleinman (*Writing in the margins*), oggi vi occupa un posto centrale sia in termini di numero di studiosi che vi si dedicano, sia per l'importanza dei temi che tratta. Pur se si è prima di tutto costituita, come logico, attorno alla salute, alla malattia e alle medicine, l'antropologia medica ha assorbito e riformulato alcune delle grandi questioni delle società contemporanee: la violenza e la sofferenza, la memoria e il trauma, il genere e la sessualità, la devianza e l'invecchiamento, la scienza e la tecnologia, l'umanitario e i diritti umani. Da questo punto di vista, l'antropologia si comporta un po' come il suo oggetto – la salute, la malattia e la medicina –, che non cessano d'integrare elementi del modo sociale che le erano estranei, che adotta, di cui si appropria e che trasforma.

Anche l'antropologia medica italiana, che si riunisce qui per il suo primo convegno, nel corso dell'ultimo mezzo secolo è cambiata. Senza rinnegare i propri antenati (perché tutti gli etnologi sanno quale sarebbe il prezzo da pagare), chi la pratica fa probabilmente meno riferimento a Gramsci

che a Foucault, Fanon, Arendt o Agamben, e rivendica forse una vicinanza maggiore con Marc Augé, Nancy Scheper-Hughes, Veena Das o Mariella Pandolfi che con Ernesto de Martino. In questi movimenti, che fanno parte della vita della ricerca e del pensiero, mi è sembrato tuttavia di ravvisare delle linee di forza. Nei libri di Ivo Quaranta, Giovanni Pizza, Roberto Beneduce, Alessandro Lupo, Michela Fusaschi o Pino Schirripa (e mi perdonerete se cito solo alcuni nomi che mi sono familiari, dimenticandone altri che dovrebbero essermelo), mi sembra che, al di là delle differenze di ambito e oggetto di studio, si ritrovi qualcosa del trinomio che qui ho cercato di esplorare: una riflessione teorica, un pensiero critico e una sensibilità politica. Questo non basta certo a costituire una scuola italiana di antropologia medica (ma ne serve davvero una?). In compenso, tutto ciò definisce il progetto e l'ambizione consacrati da questo incontro.

[traduzione dal francese di Lorenzo Alunni]

Scheda sull'Autore

Didier Fassin, antropologo e sociologo con formazione medica, è “James D. Wolfensohn Professor” presso l’Institute for advanced study di Princeton, School of social science. È inoltre “directeur d’études” all’École des hautes études en sciences sociales di Parigi. In Italia sono disponibili i suoi libri *Ripoliticizzare il mondo* (Ombre Corte, Verona, 2014), *La forza dell'ordine. Antropologia della polizia nelle periferie urbane* (La Linea, Bologna, 2013) e, di prossima pubblicazione, *Quando i corpi ricordano. Esperienze e politiche dell'Aids in Sudafrica* (Argo, Lecce, 2015, Biblioteca di antropologia medica). Il suo ultimo libro è *L'Ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale* (2015) e, fra le sue altre opere, sono da ricordare in particolare *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent* (2010) e *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime* (con Richard Rechtman, 2007), entrambi disponibili anche in inglese.

Riassunto

Cinque tesi per un'antropologia medica critica

In questa lectio magistralis pronunciata in apertura del Primo convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica (Roma, 22 febbraio 2013), viene analizzata con un approccio genealogico la triplice caratteristica che Didier Fassin indica come cuore dell'antropologia medica: la combinazione peculiare di teoria, critica e politica. Dopo una riflessione sui rapporti di forza fra tradizioni intellettuali nelle scienze

sociali, l'Autore prende a esempio un suo studio realizzato in Francia sul saturnismo infantile. Mostra così come può essere costruito un problema di sanità pubblica, quale ruolo può avere l'antropologia e in che modo l'antropologia medica, costituendo un sapere critico, può essere uno strumento particolarmente efficace per comprendere la salute a partire dalla relazione fra scienza e verità.

Parole chiave: saturnismo, critica, sanità pubblica, infanzia, discriminazione, antropologia medica, Francia.

Résumé

Cinq thèses pour une anthropologie médicale critique

Ce texte est issu de la *lectio magistralis* prononcée en ouverture du Premier colloque national de la Société italienne d'anthropologie médicale (Rome, 22 février 2013). L'auteur y analyse, à travers une approche généalogique, les trois caractéristiques qu'il considère comme formant le cœur de l'anthropologie médicale, à savoir la combinaison de la théorie, de la critique et du politique. Après une réflexion sur les rapports de force entre différentes traditions intellectuelles dans les sciences sociales, l'auteur analyse le cas d'une enquête qu'il a réalisée en France sur le saturnisme chez l'enfant. Il montre comment un problème de santé publique peut être produit, quel rôle peut jouer l'anthropologie et dans quelle mesure l'anthropologie médicale, en tant que savoir critique, peut être un outil particulièrement efficace pour comprendre la santé à partir du rapport entre science et vérité.

Mots-clés: saturnisme, critique, santé publique, enfance, discrimination, anthropologie médicale, France.

Resumen

Cinco tesis para una antropología médica crítica

Fruto de la *lectio magistralis* con la cual se abrió el Primer Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Antropología Médica (Roma, 22 de febrero 2013), el presente texto analiza, a través de una perspectiva genealógica, la triple característica que Didier Fassin señala como el eje central de la antropología médica: la peculiar combinación entre teoría, crítica y política. Después de una reflexión sobre las relaciones de fuerza entre distintas tradiciones intelectuales en las ciencias sociales, el autor examina su investigación relativa al saturnismo infantil en Francia. Muestra así cómo se puede construir un problema de sanidad pública, qué rol puede tener la antropo-

logía y de qué manera la antropología médica, que constituye un saber crítico, puede representar un instrumento particularmente eficaz para comprender la salud a partir de la relación entre ciencia y verdad.

Palabras claves: saturnismo, crítica, sanidad pública, discriminación, antropología médica, Francia.

Abstract

Five thesis for a critical medical anthropology

Delivered as the opening keynote speech of the First national conference of the Italian society of medical anthropology (Rome, 22 February 2013), in this text the author analyses through a genealogical approach the triple characteristic he considers as the core of medical anthropology: the combination of theory, critics and politics. After a reflection on power relationships between intellectual traditions even within social sciences, the author analyses the case of a research he conducted in France on lead poisoning pathology on children. He shows how a public health issue can be produced; he discusses which role anthropology can play; and finally analyzes how medical anthropology, as a critical knowledge, can be an effective tool to understand health in the light of the relationship between science and truth.

Keywords: lead poisoning, saturnism, public health, childhood, discrimination, medical anthropology, France.