

Antropologia medica e pluralismo delle cure

Fabio Dei

professore associato di Antropologia culturale presso l'Università di Pisa, Dipartimento di Civiltà e forme del sapere
[fabio.dei@unipi.it]

1. Pluralismo medico

L'antropologia classica ha usato la nozione di pluralismo medico per indicare la compresenza, all'interno di un contesto sociale e storico-culturale, di diverse tradizioni di saperi e pratiche concernenti il corpo, la salute, la malattia e la guarigione. Arthur KLEINMAN (1980), in uno dei testi fondativi della moderna antropologia medica, ha legato il concetto di pluralismo a quello di "sistema" medico – inteso come l'insieme delle "credenze" (esplicite o implicite) e dei modelli comportamentali di tipo sanitario. Kleinman distingue all'interno dei sistemi medici tre settori, che definisce professionale, folk e popolare. Il primo include coloro che praticano la medicina nel quadro di scuole strutturate e di forme di organizzazione burocratizzate e ufficialmente riconosciute dalle istituzioni di governo. Del secondo fanno parte i curatori radicati in tradizioni locali e subalterne, prive di riconoscimento istituzionale. Il terzo settore, infine, si riferisce a idee, orientamenti e pratiche delle masse "profane", che usano gli specialismi professionali come risorsa senza però "aderire" mai completamente ad essi e facendoli interagire con codici e contenuti tipici della cultura popolare.

In un simile quadro, il "pluralismo" si manifesta come compresenza sia "verticale" tra primo e secondo settore, sia "orizzontale" all'interno di ciascun settore. Nel caso etnografico studiato da Kleinman, quello di Taiwan, il settore professionale è costituito sia dalla biomedicina occidentale che dalla medicina tradizionale cinese, le quali si pongono su uno stesso livello di ufficialità restando relativamente separate l'una rispetto all'altra. Il settore folk include una tradizione sciamanica e di guarigione spirituale, nonché pratiche di erboristi e di "conciaossa" (i quali peraltro si pongono in maggiore prossimità al livello professionale). Nel settore popolare, il pluralismo si manifesta in realtà come "sincretismo" (POLL - GIESLER 2005, pp. 44-45): le risorse professionali

sono usate in modi combinati e secondo logiche culturali non del tutto ridicibili a quelle degli specialismi. In contesti di modernizzazione e di rapido mutamento ciò può dar vita a configurazioni complesse e di grande interesse. Prendiamo ad esempio il caso delle terapie psicologiche nella Taiwan studiata da Kleinman. Qui la cultura tradizionale e la medicina cinese affrontano i problemi mentali attraverso un approccio somatico: è loro del tutto estraneo l'approccio prevalentemente linguistico e introspettivo della psicoterapia occidentale. D'altra parte, alcuni ceti urbani, più giovani, istruiti e vicini ai valori occidentali, sono attratti dalla psicoterapia. "Ma anche in questo gruppo di élite la psicoterapia dev'essere praticata in un modo particolare, che abbia senso nel contesto culturale cinese. Dev'essere più diretta e di più immediato supporto, e meno orientata all'introspezione. Non può essere separata da più generali problemi e procedure mediche; e deve mantenersi in rapporto con le modalità culturalmente diffuse di intendere e affrontare l'affettività disforica e i disturbi di comportamento" (KLEINMAN 1980, pp. 159-60). Ciò apre la strada a forme di "indigenizzazione" della psicoterapia occidentale, che possono trovare appoggio in concezioni e pratiche circolanti su scala globale.

La definizione di Kleinman pone l'accento su tre punti importanti. Primo, nei sistemi medici il pluralismo è più la regola che l'eccezione. Secondo, soprattutto dal punto di vista degli utenti o "pazienti", esso si presenta di solito nella forma di intrecci sincretici più che in quella di tradizioni separate e reciprocamente impermeabili. Terzo, anche i saperi e le pratiche professionali più compatte sono recepite in relazione ai codici della cultura o delle culture popolari, ed è solo su questo sfondo che si precisa il loro significato nella vita quotidiana. Sono punti che possono apparire controintuitivi dal punto di vista biomedico. La clinica moderna è infatti un sistema di straordinaria compattezza sul piano scientifico e istituzionale, che si è storicamente affermato proprio espungendo la dimensione stessa del "significato" e della diversità. Quello che potremmo chiamare il senso comune biomedico può riconoscere il "pluralismo" solo come arretratezza, come imperfetta diffusione della scienza o difetto di *compliance* da parte dei pazienti.

Assumendo proprio questa prospettiva, l'antropologia classica ha parlato di pluralismo medico soprattutto in relazione a contesti coloniali o post-coloniali, caratterizzati da una diffusione ancora parziale e carente della biomedicina e da un persistente radicamento di pratiche diagnostiche e terapeutiche tradizionali, empiriche o magico-religiose. Anche laddove queste ultime siano state valorizzate e non giudicate mere superstizioni,

l'assunto implicito è che lo "sviluppo" avrebbe eliminato col tempo l'anomalia del pluralismo. Nei paesi occidentali, la persistenza di pratiche di guarigione tradizionali è stata analogamente pensata in termini di residuo folklorico. In Italia, ad esempio, dalla fine dell'Ottocento gli studi demoiatrici di impianto positivistico (con autori come Giuseppe Pitré, Zeno Zanetti o Adalberto Pazzini) hanno costruito vasti repertori di "folklore medico" o "medicina popolare, insistendo talvolta sulla continuità tra i rimedi presenti nel mondo contadino e quelli attestati da fonti antiche o classiche. Successivamente, tali repertori sono stati ampliati e discussi con maggiore profondità etnografica dai lavori storicisticamente orientati di Ernesto de Martino e dei suoi seguaci, che tra anni Sessanta e Settanta hanno prodotto una notevole documentazione concentrata soprattutto sul Mezzogiorno e sulle figure dei guaritori tradizionali. Il rapporto tra repertori folklorici e biomedicina è stato impostato prima in una prospettiva grezzamente evolucionistica, quindi nei termini di una teoria della stratificazione socio-culturale.

Per l'approccio gramsciano che ha segnato gli studi postbellici, in particolare, le differenze nelle concezioni del corpo, della salute e della malattia e nelle pratiche della guarigione sono pensate in termini di sfere di subalternità culturale (con la duplice configurazione che ciò implica, arretratezza e disorganicità da un lato e potenziale di "resistenza" dall'altro). Ciò ha consentito di valorizzarne la profondità esistenziale e l'efficacia simbolica in modi del tutto nuovi rispetto al passato – modi rappresentati al meglio dai lavori di de Martino (1959, 1961) sulla magia cerimoniale lucana e sul tarantismo pugliese. Ma nell'ottica di questo stesso autore lo scarto egemonico-subalterno non definisce alcun "pluralismo": semmai un dualismo tra chi sta dentro e fuori della storia, tra i dominanti e gli esclusi – un dualismo che in definitiva rilegge in modo più sofisticato quello di tradizione e modernità, o arretratezza e sviluppo. Del resto, de Martino sembra non avere mai dubbi sul fatto che l'emancipazione delle "plebi rustiche del Mezzogiorno", colmando quello scarto, avrebbe portato all'abbandono dei residui folklorici e a una piena adesione a una compatta modernità – religiosa, medica, politica. Lo scenario che egli e i suoi seguaci disegnano è ancora quello della lotta tra il medico condotto e lo stregone: sono queste due figure i poli della diversità, posizionati sui poli estremi dei dislivelli di cultura e nel quadro di una filosofia della storia orientata al progresso (anche quando è critica verso il progresso stesso). Dietro la loro contrapposizione si cela il peso del dominio e dell'oppressione di classe, certo: resta tuttavia una dicotomia netta, rispetto alla quale non sono possibili "terze" posizioni.

1.2. *Le medicine non convenzionali*

Queste tradizioni di studi hanno avuto dunque difficoltà ad affrontare una nuova forma di pluralismo medico che si è affermata nei paesi occidentali (e di conseguenza anche sul piano globale) negli ultimi decenni del Novecento. Mi riferisco alla diffusione delle Medicine non convenzionali (MNC, o “complementari e alternative”, CAM, come si preferisce dire in ambito nordamericano): una vasta ed eterogenea gamma di risorse diagnostiche e terapeutiche, di saperi riguardanti la salute e la malattia, di “stili” di cura del corpo e del benessere che hanno fatto breccia nella cultura popolare proponendosi come segmento importante dei consumi sanitari e salutistici. Per la verità, raramente si tratta di “novità”. Alcune MNC hanno una lunga storia alle spalle, ad esempio quelle di derivazione orientale, come l’agopuntura e la moxibustione, lo shiatsu e altre tecniche corporee, le tradizioni tibetane e ayurvedica. Altre MNC, come l’omeopatia, la naturopatia, la medicina antroposofica, la chiropratica e l’osteopatia rappresentano tradizioni minoritarie sviluppate in Occidente in modo parallelo rispetto alla biomedicina. Altre ancora sono prodotti della moderna cultura alternativa e *new age* (anche se talvolta sulla base di idee ripescate dalla storia della medicina; si pensi alla cristalloterapia, ai fiori di Bach, alle terapie bioenergetiche e meditative etc.). Infine, vi sono MNC che riadattano in un linguaggio moderno pratiche di guarigione etniche e folkloriche (è il caso ad esempio della pranoterapia, di alcune forme di erboristeria, del neosciamanismo).

Ciò che più caratterizza il campo, tuttavia, è proprio la capacità di combinare insieme elementi delle più diverse tradizioni, in una costante proliferazione sincretica. A sfogliare le riviste o i siti web del settore ci si imbatte in centinaia di diverse denominazioni e proposte. Difficile trovare una essenza comune in questa galassia terapeutica. Vi sono però almeno alcune somiglianze di famiglia che la percorrono, e che ho proposto altrove (DEI 2012a, pp. 159-161) di riconoscere nei seguenti punti: a) una concezione energetica (vs. materialistica) del corpo e una idea di salute come equilibrio di campi energetici; b) un approccio olistico alla salute, che prende in considerazione l’inscindibile unità di corpo, mente e spirito (vs. l’approccio parcellizzante attribuito alla medicina ufficiale); c) un orientamento naturale ed ecologico, che privilegia i processi di autoguarigione (vs. l’uso intrusivo di farmaci sintetici); d) uno stile individuante, che intende curare il paziente nella sua unicità più che la malattia, e che rifugge la dimensione statistica della validazione terapeutica; e) la reintroduzione di un lessico morale nella medicina: vale a dire di una visione che attribuisce a “colpe” o “peccati” l’insorgere della malattia (stili di vita

sbagliati, cattiva alimentazione, relazioni sociali stressanti) e vede la guarigione come una forma di purificazione o “salvezza” spirituale.

Se non v'è nulla di particolarmente nuovo in molte delle MNC, ciò che cambia a partire almeno dagli anni '70 del ventesimo secolo è la loro capacità di presentarsi come una costellazione in qualche modo unitaria e di prendere la parola nella sfera pubblica, trovando spazi di diffusione fino ad allora impensati. Tornerò oltre sui fattori che hanno reso possibile questa affermazione, e la relativa conquista di segmenti importanti (anche se sempre minoritari) del mercato sanitario. Sofferamoci per il momento sulla lettura delle MNC come forma di pluralismo medico – interpretazione che ha assai suggestionato antropologi e sociologi, e della quale sono rappresentativi tra gli altri gli studi di CANT - SHARMA (1999) per il dibattito anglosassone e di COLOMBO - REBUGHINI (2003, 2006) per quello italiano. Questi ultimi parlano più specificamente di un “ritorno” o una “rinascita” del pluralismo. Infatti la presenza nella medesima società di saperi e pratiche mediche diverse è la norma per buona parte della storia occidentale; non solo nel senso di una medicina colta o accademica distinta da quella folklorica, ma anche come presenza di diverse tradizioni simmetriche in quanto a prestigio o posizione sulla scala alto-basso, ufficiale-non ufficiale. È lo sviluppo della biomedicina moderna che cambia progressivamente la situazione: essa cerca di imporsi come sistema unico in virtù dei suoi successi, della sua base scientifica universalista e dell'esclusivo riconoscimento istituzionale. Nell'ottica della moderna clinica, e delle politiche sanitarie degli stati con cui essa si allea, l'esistenza di alternative non rappresenta solo una forma di indebita concorrenza, ma un rischio per la salute dei cittadini. La differenza diviene pensabile solo nella figura del ciarlatano o del primitivo/arretrato. Eppure, in un lungo periodo di transizione, continuano a sopravvivere e talvolta a svilupparsi tradizioni mediche diverse, in particolare di tipo umanistico. La storia ottocentesca è assai complessa e variegata sotto questo profilo:

«Mentre si scoprivano i vaccini, si ampliavano le conoscenze anatomiche, si metteva a punto il metodo sperimentale [...], il Romanticismo e la *Lebensphilosophie* coltivavano un'altra idea del rapporto tra uomo e natura e accoglievano con interesse le prime indicazioni che arrivavano dalle colonie orientali [...]. Mentre la scienza approfondiva la sua visione dualistica, queste correnti culturali sviluppavano al contrario una visione olistica del corpo e della natura, per alcuni aspetti vicina al metodo sperimentale, per altri più attratta da interpretazioni mistiche, esoteriche od occultistiche» (COLOMBO - REBUGHINI 2006, p. 14).

Nel clima peculiare dell'Ottocento, in cui il positivismo più radicale si scontra ma può anche coesistere con lo spiritualismo, le medicine “alter-

native” trovano spazio tra segmenti sociali d’élite, puntando soprattutto su una maggiore individualizzazione delle cure. Sono tuttavia progressivamente marginalizzate, a fronte degli sviluppi e dei più spettacolari successi della biomedicina, specie nel campo della chirurgia e della lotta alle malattie infettive e alle epidemie. Nei primi due terzi del Novecento il loro spazio diventa ulteriormente minoritario. La dinamica si inverte però, come detto, a partire dagli anni ’60 e ’70, quando le vecchie tradizioni trovano nuova attenzione e nuovi canali di diffusione, combinandosi con le filosofie e le tecniche mente-corpo di origine orientale e con la nascita di un’ampia gamma di discipline spirituali in stile *new-age*. Un campo assolutamente sincretico che tuttavia guadagna compattezza dal punto di vista della sua ricezione, attraendo segmenti nuovi e più ampi di utenti o “consumatori”. Quali fattori spiegano questa inversione di tendenza? Le letture sociologiche sembrano privilegiare il ruolo dei “movimenti” critici, ecologisti e alternativi che esplodono, appunto, nella stagione degli anni ’60. “Bisognerà aspettare il periodo dei movimenti culturali, ecologisti, femministi e giovanili, con il loro accento sui processi di individualizzazione e la loro critica alle applicazioni della scienza e della tecnica, per assistere a una effettiva rinascita del *pluralismo medico* e a un inaspettato sviluppo commerciale delle terapie non convenzionali” (*ibidem*, p. 15; corsivo nell’originale). Sarebbe dunque la rivoluzione contro-culturale, con i suoi toni antiscentisti e con i crescenti sospetti verso una tecnologia antiumanista, pericolosa per gli equilibri del mondo naturale, a far scattare il successo contemporaneo delle MNC.

1.3. *Saperi medici e cultura di massa*

Se un elemento “contro-culturale” è certo ingrediente diffuso nel campo delle MNC, difficilmente basta tuttavia a spiegarne la diffusione in questa particolare fase storica. Né credo sia sufficiente una spiegazione esclusivamente interna al campo medico. Ad esempio, si ricorda spesso che le MNC emergono in una fase di crisi della biomedicina: quando cioè quest’ultima, dopo i grandi successi ottenuti nella lotta alle malattie infettive, si è dimostrata almeno parzialmente impotente nei confronti di quelle degenerative. Ma non si spiegherebbe così il fatto che le MNC non sono principalmente usate come estrema risorsa nel caso di malattie altrimenti incurabili: al contrario, vi si fa di solito ricorso in relazione a problemi meno gravi e a domande di più complessivo benessere psicofisico. Il che suggerisce che esse crescono proprio sulla base delle aspettative e della “domanda” di salute che la stessa biomedicina ha contribuito a creare. Infatti (un punto su cui tornerò fra breve), se la filosofia delle MNC si

contrappone esplicitamente a quella biomedica o allopatrica, sul piano pratico molti medici e pazienti non trovano difficoltà a combinarle e a farle convivere.

Ma, come detto, vorrei cercare di inquadrare questo nuovo pluralismo medico nella prospettiva delle dinamiche sociali sopra delineate. Da quale parte della linea di tensione fra cultura egemonica e subalterna si collocano le MNC? Può sembrare che queste classiche categorie gramsciane non siano adeguate a coglierne le peculiarità. Da un lato, le MNC si contrappongono alla dimensione ufficiale ed egemonica della medicina. Dall'altro, non si tratta certo di saperi o pratiche "basse" e folkloriche. La loro origine è per lo più colta, e sappiamo che si diffondono prevalentemente in strati sociali medio-alti, sotto il profilo sia del capitale economico che di quello culturale. Sono semmai "popolari" in un altro senso - quello del termine inglese *popular*, contrapposto a *folk*: sono veicolate dalla cultura di massa, e la loro diffusione segue i percorsi e le logiche delle scelte di consumo (anche se spesso si tratta di segmenti di mercato elitari o "alternativi"). La condizione essenziale del loro "successo", l'aspetto che le differenzia dalle tradizioni minoritarie e sotterranee da cui pure traggono spunto o origine, è la comunicazione mass-mediale e la democratizzazione della cultura che ha caratterizzato lo sviluppo dei mercati nel tardo capitalismo. Rispetto al passato, per le MNC è stato possibile prendere la parola nella sfera pubblica in canali e in modi nuovi, non sottoposti al rigido controllo delle istituzioni e dei saperi consacrati.

Al tempo stesso, lo scenario epistemico disegnato dalle comunicazioni di massa ha reso possibile quel processo che i sociologi chiamano di de-differenziazione delle sfere sociali: ambiti che nell'alta modernità erano rigidamente separati sia in senso verticale (registri culturali alti e bassi) che orizzontale (pratiche e discorsi come ad esempio la politica, la scienza, l'arte, lo spettacolo) si fondono in modalità nuove. L'effetto più spettacolare di tale processo consiste probabilmente nella conflazione tra politica, spettacolo e pubblicità, che ha cambiato così a fondo le condizioni della democrazia rappresentativa. Ma anche lo status di altri saperi e discorsi esperti ne risulta mutato. Si registra un generale indebolimento del principio di autorità scientifica, con l'allentamento dei rapporti tra specialismo, divulgazione e movimenti di opinione: i saperi accademici non sono più garantiti, non godono di uno status per così dire extraterritoriale nei confronti del dibattito "profano". Ciò riguarda anche l'ambito medico, nel senso ampio di saperi e pratiche intorno al corpo e alla sua cura. Non è tanto il sistema della ricerca medica a risentirne, trincerato com'è in una comunità scientifica protetta da protocolli epistemologici e relativamente

(solo in parte, certo) impermeabile alle logiche esterne. Ma in quello che potremmo chiamare il sapere medico diffuso la de-differenziazione delle sfere e le dinamiche della cultura di massa agiscono a fondo.

Credo che il “discorso” delle MNC si collochi per l'appunto in questo scenario e ne tragga forza. Con ciò non intendo dire che almeno in alcune MNC non sia presente un base scientifica di spessore, supportata da pratiche rigorose di ricerca, da un approccio sperimentale e critico, da una letteratura internazionale di riferimento, da una formazione di livello accademico (malgrado queste forme di ricerca siano difficilmente integrabili a quelle biomediche, per una sorta di incommensurabilità metodologica sulla quale tornerò oltre). Tuttavia non è sul riconoscimento istituzionale di tali basi scientifiche che si basa il successo del campo complessivo delle MNC. Sembra piuttosto decisiva da un lato la comunicazione mediale, attraverso l'ampia rete di riviste, pubblicazioni e case editrici specializzate, festival e kermesse, e più di recente un'ampia varietà di risorse online (occorre ricordare l'assenza di gerarchie predefinite e istituzionali come peculiarità della comunicazione in Internet). Dall'altro lato, le MNC prosperano per mezzo di reti di relazioni personali, associazioni, gruppi religiosi e culturali, corsi e seminari: un fitto tessuto di relazioni faccia-a-faccia che si collocano sul piano della società civile, ma le cui risorse vengono comunque dalla cultura di massa.

L'apparente “competizione” tra biomedicina e MNC non presenta dunque caratteri di simmetria. Non si tratta cioè di due (o più) teorie rivali all'interno di un medesimo campo scientifico-istituzionale (lo dimostra la grande difficoltà riscontrata in Europa dagli sforzi legislativi per il riconoscimento delle MNC e l'eventuale loro inserimento nei sistemi sanitari pubblici; per un approfondimento di questo punto rimando a DEI 2002). D'altra parte non si tratta neppure di “dislivelli interni” di cultura nel senso più classico del termine, vale a dire di sfere di saperi e pratiche che caratterizzano gruppi sociali relativamente compatti e separati (come accadeva per il folklore contadino). Le MNC si pongono su un livello “terzo” rispetto alla classica dicotomia tra alta e bassa cultura. O, per meglio dire, ridefiniscono lo spazio alto-basso come un continuum con molti gradi intermedi più che come dicotomia. Le differenze che esse mettono in gioco spingono allora l'antropologia e la demologia (in quanto erede della tradizione di studi sulla medicina popolare; SEPPILLI 1983) ad affrontare in modo aperto la questione della cultura di massa e del suo consumo.

Qui ci troviamo però in difficoltà, perché il consumo di massa è un campo che queste discipline hanno per lo più accuratamente evitato.

La tradizione antropologica lo ha spesso considerato non pertinente: tema troppo “sociologico”, “moderno”, espressione di un processo di deculturazione. Così facendo, l’antropologia si è di fatto preclusa la comprensione di quella che in tutto il mondo è oggi la più importante arena della vita sociale e della produzione di significati culturali. Gli studi recenti hanno cercato di colmare questa lacuna in campi come la cultura materiale, rivolgendo l’attenzione non solo agli oggetti autentici della tradizione e delle produzioni artigianali, ma anche alle cose ordinarie – prodotte in serie e distribuite come merci – che popolano la vita quotidiana (per una rassegna in proposito rimando a DEI - MELONI 2015). Nell’antropologia medica, invece, la cultura di massa non è stata finora tematizzata. È su questo punto che vorrei concentrarmi nella parte restante dell’articolo.

1.4. Il corpo, la cura e il consumo: oltre le teorie apocalittiche

Schematizzando, nella teoria sociale novecentesca vi sono due grandi tendenze nello studio della cultura di massa e del “consumismo”. Secondo la prima, che va almeno dalla Scuola di Francoforte agli studi contemporanei di sociologi come George Ritzer e Zygmunt Bauman, la cultura di massa è uno strumento egemonico così potente da cancellare ogni possibile margine di autonomia simbolica e culturale dei ceti subalterni. Per quanto compatibile con regimi formalmente democratici, rappresenta una modalità totalitaria di dominio, e proiettata su scala globale consente forme senza precedenti di imperialismo culturale. Nelle condizioni del tardo capitalismo consumistico, anzi, le tradizionali classi sociali perderebbero le loro specifiche identità – marcate, in altre fasi storiche, da peculiarità culturali. Si fonderebbero piuttosto in una contrapposizione dualistica tra il potere (élites molto ristrette e sempre più occulte, persino impersonali in alcune versioni foucaultiane della teoria) e una massa indifferenziata di consumatori.

Non mi pare che questi filoni “apocalittici” della teoria critica abbiano interagito con l’antropologia medica. Tuttavia si sono talvolta interessati ai modi in cui i mercati e soprattutto i prodotti dell’industria culturale plasmano le concezioni e le pratiche relative alla cura del corpo, alla forma fisica e al “benessere”. Temi come il fitness, la chirurgia plastica, le diete alimentari e analoghi sono stati discussi come forme di alienazione o colonizzazione commerciale del corpo: il benessere e la salute sarebbero posti al centro di una visione edonistica guidata dalle istanze del profitto, facendosi essi stessi merci in un universo di merci. L’analisi di Bauman degli atteggiamenti contemporanei verso il corpo è esemplare in questo

senso. Per questo autore l'individualismo radicale della società liquida, che postula una totale autonomia del Sé, produce da un lato la crisi della politica e dei valori comuni, dall'altro

«l'ossessione attuale per il corpo, per il suo benessere, per la sua capacità di difendersi, per la sua *integrità* – ossessioni strettamente intrecciate con la vigilanza, altrettanto ossessiva contro minacce o complotti autentici o presunti ai danni di quell'*integrità*» (BAUMAN 1999, p. 49, corsivo nell'originale).

Ciò che nel discorso delle MNC esprime la presa in cura del corpo, le preoccupazioni microecologiche, la "responsabilità per gli stili di vita", la "forma" o l'equilibrio, la sana alimentazione e così via è visto da Bauman come una fobia ossessiva. Si tratta di paure a suo parere originate dalla precarizzazione dell'esistenza nella società liquida, che si orientano tuttavia su bersagli sostitutivi privati e personali: il sistematico sospetto per ciò che entra nel corpo (ciò che si mangia, si beve, si inala), la pulsione a "espellere" dal corpo le sostanze "sbagliate" (i grassi, gli agenti inquinanti etc.). Le angosce esistenziali sono raffigurate esclusivamente nell'orizzonte del Sé corporeo. Il che è per Bauman irrazionale e politicamente regressivo. Irrazionale: poiché «occupati come siamo a difenderci e a tenerci alla larga dalla varietà sempre più ampia di alimenti avvelenati, di sostanze ingrassanti, di esalazioni cancerogene, di regimi di vita insani e dagli innumerevoli acciacchi che minacciano il benessere del corpo, ci resta poco tempo [...] per rimuginare tristemente sulla futilità di tutto ciò» (*Ibidem*, p. 50). Regressivo o antidemocratico: poiché la privatizzazione totale dei problemi impedisce una loro socializzazione e risoluzione politica. Anche quando le persone, apparentemente, si uniscono in relazione alle questioni del benessere corporeo, si tratta di un mero simulacro di comunitarismo. Bauman se la prende ad esempio con la "comunità" dei *Weight Watchers*, che si ritrovano insieme per socializzare le diete e combattere il grasso corporeo. Eseguono i riti di una comunità, e tuttavia

«non sono meno soli per il fatto di essere insieme. Al contrario, dopo ogni incontro sono ancora più consapevoli della propria solitudine, ancora più convinti che qualunque cosa li affligga provenga da loro e che qualsiasi miglioramento della propria dolorosa condizione dipenda solo da loro. L'unico cambiamento prodotto nella loro condizione dalle periodiche magie rituali del comune vangelo è che ora sanno di non essere soli nella propria solitudine...» (*Ibidem*, p. 54).

Posizioni di questo tipo sono abbastanza diffuse, anche se le loro debolezze dal punto di vista delle scienze sociali dovrebbero apparire evidenti. In particolare, colpisce in un autore come Bauman la totale assenza di considerazione per il punto di vista degli attori sociali coinvolti. Quali

significati essi attribuiscono alle proprie pratiche riguardanti il corpo e i benessere? In che modo le preoccupazioni per l' "invasione" di agenti inquinanti o per l'espulsione di sostanze dannose si collocano in un cosmo di classificazioni fondative dell'esperienza sociale? Su quale base si può davvero dire che i *Weight Watchers* sono "realmente" "soli anche quando stanno insieme e si organizzano in modo comunitario? E, soprattutto, come si può dare per scontata la "futilità di tutto ciò"? Si tratta di pratiche e rappresentazioni che le persone collegano profondamente al senso della propria vita, e ciò basta a non renderle "futili" – se non dal punto di vista "esterno" di un intellettuale che le raffronta ai propri ideali alti e rarefatti di ricerca della felicità o di razionalità sociale. Quella di Bauman è una visione aerea del consumismo e della cultura diffusa, che non scalfisce la grana sottile dell'azione sociale di base. Proprio se vogliamo criticare il consumismo, ci serve comprendere i consumatori e non considerarli come soggetti alienati, eterodiretti e racchiusi in una loro angosciosa solitudine.

La seconda tendenza nell'analisi della cultura di massa considera il consumo come un fenomeno meno univocamente passivo. I prodotti dell'industria, sia materiali che "intangibili", rappresentano una vastissima materia prima che da un lato si impone ai soggetti sociali, ma dall'altro viene da essi culturalmente plasmata e investita di significati. È un approccio che fa riferimento alle prospettive teoriche di autori pur così diversi come – per citare solo i più classici – Mary Douglas, Stuart Hall, Pierre Bourdieu e Michel De Certeau. Il principio cruciale è che il significato della cultura di massa non è predeterminato dalla natura dei prodotti in sé o dal loro status di merce, ma può emergere solo da una attenta etnografia delle pratiche di consumo. Nel rapporto con i beni di consumo possono incarnarsi e diventare visibili le categorie della cultura; possono manifestarsi i processi egemonici così come le tattiche di resistenza dei ceti subalterni: possono dispiegarsi le strategie del gusto e della distinzione sociale. Si può persino sostenere, come ha fatto Daniel Miller, che il consumo sta (antropologicamente) alle società contemporanee come la parentela sta a quelle più tradizionalmente studiate dagli antropologi: poiché è principalmente attraverso il consumo che si definiscono e si alimentano le relazioni sociali primarie, e si oggettivano diversi "progetti di valore" (MILLER 1995, pp. 155-156).

Una conseguenza di questa impostazione metodologica è il riconoscimento che nelle società tardo-capitalistiche le differenze culturali non scompaiono sotto la cappa omologante dell'industria culturale, ma si manifestano e si producono principalmente nell'ambito del consumo. Sono differenze che hanno a che fare (anche se in modo tutt'altro che

meccanico e determinista) con quelle sociali – di classe, di genere, etniche e generazionali. Possiamo dunque chiederci: sono ancora utili le categorie di egemonia e subalternità per comprendere tali differenze? E in che modo queste riflessioni possono esser applicate nell’ambito delle MNC e del pluralismo delle scelte sanitarie?

2. *Egemonia e subalternità nella “critical medical anthropology”*

Noterei intanto che i concetti di egemonia e subalternità sono stati centrali in antropologia medica per gli approcci cosiddetti “critici”, soprattutto nella messa a punto del concetto di “violenza strutturale”. Autori come – fra gli altri – Nancy Sheper-Hughes, Margaret Lock, Paul Farmer o Didier Fassin hanno sottolineato i modi in cui il potere plasma le soggettività dei dominati e il loro corpo, divenendo costitutivo della stessa esperienza di sofferenza e di malattia. Ciò ha consentito di studiare saperi e pratiche “mediche” tradizionali come strettamente legate alla condizione di subalternità socio-politica; e, di conseguenza, di portare in secondo piano le categorie esotizzanti cui l’etnologia si è a lungo appoggiata per dar senso alla diversità medica. La nozione di *culture-bound syndrome*, ad esempio, finisce per apparire come una copertura culturalista (un insieme di credenze localmente diffuse) di più fondamentali squilibri sociali e di una esperienza di “classe” – in un senso ampio di questo termine che include le subalternità etniche e di genere in un contesto di relazioni globali. Il relativismo culturalista (ogni popolo ha le sue peculiari concezioni di corpo, salute, malattia, guarigione) lascia così il passo a una teoria forte del dominio e della incorporazione. Come ha osservato Giovanni PIZZA (2012), un tale approccio critico conduce inoltre a una possibile “disarticolazione” della categoria di medicina popolare. Tale nozione indicherebbe più una invenzione che una scoperta dei folkloristi. Non si tratta di una “medicina altra” che si trova sul campo – compatta, coerente e ben delimitata – ma di una sorta di calco in negativo degli sviluppi della medicina e della cultura egemonica. L’altra faccia della medaglia, dunque, di quel (bio)potere che controlla e disciplina i corpi subalterni attraverso l’alleanza tra amministrazione sanitaria dello stato e biomedicina (si vedano anche i contributi di CHARUTY, 1997 e COMELLES, 1996, per una riflessione sulla “invenzione” della medicina popolare nel folklore e nell’etnologia europea fra Ottocento e Novecento).

Siamo qui di fronte a un nodo teorico importante ma con alcuni elementi di opacità, che vorrei discutere prima di tornare al problema del plura-

lismo. Il superamento di una visione realista o positivista – diciamo pure “culturalista” – delle medicine primitive o popolari è passo decisivo per un’antropologia riflessiva e critica. Tuttavia alcuni esiti di tale passaggio mi sembrano produrre una certa confusione riguardo i concetti di “potere” e “politica” e i rapporti tra cultura e potere (o politica). Si consideri ad esempio il seguente passo, in cui Nancy Scheper-Hughes interpreta la sindrome culturalmente condizionata dei *nervos*, diffusa tra i braccianti nelle baraccopoli brasiliane:

«Il corpo nervoso-affamato, nervoso-arrabbiato del bracciante si offre come metafora e metonimia di un sistema politico nervoso, e della posizione paralizzata del lavoratore rurale nell’attuale dis-ordine economico e politico [...]. La malattia e le sue metafore sono messaggi in codice lanciati in una bottiglia nel mare in tempesta da coloro che soffrono, nella speranza che un navigatore di passaggio li trovi e decifri il significato nascosto, l’SOS che essi contengono» (SCHEPER HUGHES 1994, p. 237).

L’Autrice intende queste affermazioni come superamento del più classico approccio di Kleinman e della scuola di Harvard, rivendicando la natura non solo socio-culturale ma anche politica del corpo. Ciò significa per lei “sottrarre la malattia al dominio individualizzato delle relazioni medico-paziente, comprendendola in termini più collettivi o sociali come narrazione culturale, dramma e performance, rituale di resistenza corporea e di riforma sociale” (*Ibidem*, p. 233). Se il corpo e la malattia sono essenzialmente politici, allora la loro medicalizzazione – non importa se in termini biomedici o in quelli simbolico-rituali della *culture-bound syndrome* – consiste in una neutralizzazione del loro significato sovversivo. «Quando gli specialisti medici e religiosi sono chiamati [...], gli “spiriti della resistenza” evaporano e si disperdono, sostituiti – si sarebbe tentati di dire – dagli “spiriti del capitalismo” [...] Il messaggio nella bottiglia viene curato e messo in sicurezza, e così il suo SOS disperato e socialmente significativo sarà perduto per sempre» (*Ibidem*, pp. 238-239).

Ora, legare la malattia alle condizioni di vita materiale e alle sue basi economico-politiche – sfruttamento, povertà, oppressione – è ovviamente indispensabile (si potrebbe semmai commentare che questo punto è stato sviluppato da una ricca tradizione di epidemiologia e medicina sociale, ben prima di quanto abbia fatto la cosiddetta “antropologia critica”). Ma Scheper-Hughes sembra pensare che ciò significhi disfarsi di tutto quel terreno connettivo o intermedio che collega lo “spirito del capitalismo” con le condizioni del corpo – fatto, in definitiva, di ciò che la nostra disciplina ha sempre chiamato “cultura”. Volendo evitare questo terreno per timore di “culturalismo”, l’autrice non riesce a chiarire che tipo di

rapporto vi sia tra corpo e potere, se non in modi vaghi e ideologici. Afferma che non si tratta di ridurre il problema a un “insipido idioma di somatizzazione da parte del paziente” (*Ibidem*, p. 237), ma propone come alternativa solo alcuni corti circuiti metaforici. Il corpo o la mente sofferenti esprimerebbero, *al di là della coscienza dei soggetti stessi*, una istanza sovversiva in forma metaforica e cifrata: e naturalmente solo l’antropologo critico, implicito e tautologico eroe di questa storia, sarebbe in grado di decifrare il codice e scoprire la vera natura del messaggio nella bottiglia. Il soggetto subalterno sofferente sarebbe un rivoluzionario senza saperlo; e il terapeuta (medico o specialista rituale) che tenta di curare e alleviare tali sofferenze un reazionario sostenitore dell’ordine costituito che attenua la portata sovversiva delle “armi dei deboli”.

Non sempre la strategia del “disvelamento del potere” ha esiti così dubbi e semplificanti. Mi sono soffermato su questo caso per segnalare un modo che mi sembra sbagliato di tematizzare la relazione egemonico-subalterno – vale a dire restaurando un determinismo economico-politico che agisce sul corpo senza mediazioni, sia reprimendolo sia producendo forme di resistenza inconsapevole e somatizzata –. È una semplificazione che possiamo comprendere meglio accostandola alla trattazione di un’altra *culture-bound syndrome*, quella demartiniana del tarantismo. Dove si parte ugualmente dal radicamento politico-economico del fenomeno, vale a dire dalla miseria e dall’oppressione dei contadini pugliesi: ma fra il loro corpo e la condizione sociale si costruisce un tessuto connettivo ampio e complesso. Un tessuto da un lato di ordine esistenziale, costituito da una teoria dell’efficacia simbolico-rituale, della crisi e del riscatto; dall’altro di ordine storico, con la ricostruzione di un complesso e secolare percorso di relazioni alto-basso, di imposizioni e di resistenze, insomma di plasmazione egemonica sia della sindrome che della sua risoluzione culturale.

Il che ci riporta alla tradizione di studi italiana e al progetto, già ricordato nella formulazione di Giovanni Pizza, di “disarticolare” la nozione di medicina popolare: vale a dire di de-essenzializzarla e di riconoscerla come essa stessa portata di processi egemonici. Concordo con questo programma, che per me si colloca in un più ampio quadro di ripensamento della nozione di popolare e dell’intero ambito di quella che un tempo si chiamava demologia (cfr. DEI 2012b). Penso anzi che la capacità di comprendere il “nuovo pluralismo” e le MNC rappresenti un passo cruciale in tale senso. Ancora: condivido la convinzione di Pizza, che radica un simile ripensamento o “disarticolazione” nelle radici gramsciane degli studi italiani e nel modo in cui l’eredità di Gramsci è stata raccolta da studiosi come lo stesso Ernesto de Martino, Alfonso Di Nola e Tullio Seppilli. Solo

che questa linea di pensiero mi appare sostanzialmente distante da quella dell'autoproclamata "antropologia critica" che ho sopra evocato; e ugualmente distante dalle teorizzazioni centrate sul concetto di "biopotere" (cui invece Pizza ritiene di poterla accostare; per una critica all'uso della nozione foucaultiana di biopotere rimando a DEI 2013, 2014).

La differenza, per dirla in breve, sta nel riconoscere che il potere si esercita non tanto per corti circuiti metaforici o misteriosi influssi dello "spirito del capitalismo", quanto attraverso un faticoso processo egemonico che mette in gioco una pluralità di soggetti e "posizioni" sociali. In certa *critical anthropology*, assieme al "culturalismo" scompare di fatto proprio la mediazione egemonica. O meglio, si fraintende il concetto di egemonia – che per Gramsci ovviamente non indicava tanto la pura violenza del dominio ma la sua capacità di radicamento culturale –. Non la forza d'impatto dell'esercito in campo aperto – secondo la nota metafora bellica del pensatore sardo – ma il sistema di fortificazioni, trincee, casematte e depositi che supporta la guerra di posizione, identificato in alcune pagine dei *Quaderni* attraverso il concetto di "società civile".

3. *Estetiche sociali e strategie distintive*

Torniamo dunque al problema da cui siamo partiti: l'interpretazione del nuovo pluralismo medico e delle MNC. Ho cercato di sostenere che:

- a) queste ultime si sviluppano nel quadro di una più generale tendenza alla proliferazione di pratiche e saperi riguardanti il corpo, la salute, la malattia e la guarigione, che per così dire debordano rispetto ai principi di autorevolezza e consacrazione della biomedicina;
- b) ciò avviene nel quadro di una cultura di massa che sembra sfuggire alle classiche dicotomie tra cultura alta e bassa, còlta e popolare, egemonica e subalterna;
- c) il consumo culturale di massa non elimina tuttavia il lavoro delle pratiche egemoniche e delle "resistenze" subalterne – malgrado le teorie apocalittiche del consumismo, che vedono in esso un sistema totalizzante capace di totalizzare senza residui dei soggetti umani inermi e passivi –;
- d) e malgrado, dall'altra parte, le correnti della *critical anthropology* che nella lotta al "culturalismo" finiscono per tornare a un determinismo economico-politico pre-gramsciano, postulando un rapporto fra corpo e potere non-mediato dalle categorie della cultura.

Il motivo per cui in prima istanza le MNC (come la cultura di massa più in generale) sembrano sfuggire a un'analisi in termini di pratiche egemoniche, o meglio di tensione tra dimensione egemonica e subalterna, è il contesto sociale in cui si collocano. Non più quello fortemente dicotomico della Lucania demartiniana, delle piantagioni brasiliane studiate da Scheper-Hughes o della Haiti postcoloniale di Paul Farmer – dove si contrappongono gruppi sociali che detengono in modo assoluto il potere economico, politico e culturale, e gruppi che ne sono radicalmente privi –. Qui la “cultura subalterna” sembra cristallizzarsi in una sfera compatta e distintiva, separata da quella “alta” (l’“invenzione” intellettuale di una “cultura popolare” e di una “medicina popolare” è consentita appunto dalla percezione di una simile netta separazione). I contesti in cui prosperano le MNC, invece, sono per lo più caratterizzati da: a) una frammentazione delle appartenenze di classe, con la dilatazione dei ceti medi e una più forte mobilità sociale; b) la democratizzazione di alcuni ambiti della vita sociale, che si accompagna d'altra parte a una sempre maggiore impersonalità e invisibilità del potere – raramente identificabile in persone o gruppi direttamente riconoscibili nell'esperienza degli attori sociali –; c) la almeno parziale disgiunzione fra il capitale economico e quello culturale, con la circolazione consentita dai media di una grande quantità di risorse culturali a tutti i livelli della gerarchia sociale. Dunque, come identificare la produzione di egemonia in un simile quadro? Come identificare gli scarti della subalternità (le “tattiche”, nel senso di De Certeau) che si manifestano nel consumo di un'ampia gamma di risorse culturali più che nella chiusura in cerchie ristrette e compatte di folklore o cultura popolare?

Siamo di fronte a una complessa stratificazione di segmenti relativamente mobili, per i quali le risorse culturali e i comportamenti di consumo rappresentano strumenti di costruzione differenziale delle identità sociali. La maggiore labilità e mobilità dei confini di classe, nonché l'accessibilità di ogni ceto a un'ampia gamma di prodotti culturali, non rende meno importanti le identificazioni distintive: al contrario, le pone al centro della consapevolezza e delle preoccupazioni degli attori sociali. Per i braccianti salentini di de Martino l'appartenenza di classe non è mai in dubbio: non sono preoccupati di dimostrare qualcosa attraverso i loro comportamenti culturali. I ceti medi della società di massa sono invece costantemente investiti da tale preoccupazione, che si riflette nelle loro scelte di stili di vita e di consumo. Come ha ben mostrato BOURDIEU (1979), non si può dire che le scelte o i “gusti” riflettano la condizione sociale: al contrario, sono armi strategiche messe in gioco per *costruire* quella condizione, per

tracciare linee di distinzione in un'arena pubblica sempre più fluida e incerta. Linee che difendono soprattutto, sostiene il grande sociologo francese, i confini verso il basso: da qui una estetica dei gusti e dei disgusti, del raffinato e del volgare, del buon gusto e del kitsch, che domina i principali campi del consumo.

Ora, i comportamenti in campo "sanitario" (in un senso ampio che include gli atteggiamenti nei confronti del corpo, l'alimentazione, gli stili di vita oltre che la concezione della malattia e le risposte ad essa) sono messi pienamente in gioco nell'arena delle strategie distintive, ne rappresentano anzi una componente cruciale. Bourdieu stesso, pur non tematizzando questo aspetto, vi si approssima quando discute le preferenze alimentari e i modi in cui le tematiche salutiste si collocano nella tensione fra componenti di capitale economico e capitale culturale che caratterizzano i vari ceti nella Francia degli anni '60 (*Ibidem*, p. 196 sgg.). Più diretta è Mary Douglas, in un importante articolo dedicato proprio alle MNC, che riprende la tematica della distinzione pur collocandola in una visione socio-strutturale più ampia. «Bourdieu ci ha fornito – scrive DOUGLAS (1994, p. 29) – una sorta di epidemiologia sociale che mostra dove, in un certo tipo di società, possiamo aspettarci di trovare la richiesta di una medicina più spirituale. [... Per lui] il gusto va sempre legato alla lotta per l'egemonia in una determinata comunità». Nella Francia di Bourdieu, la preferenza per le MNC (dolci, "gentili", non intrusive, spirituali) caratterizzerebbe i ceti ad alto capitale culturale e basso capitale economico. Douglas ritiene di non poter generalizzare questa affermazione, che dovrebbe esser calibrata a seconda della "scala di spiritualità" adottata in diversi contesti culturali e della forza-debolezza delle relazioni griglia-gruppo che caratterizzano società specifiche. La sua passione per le schematizzazioni macro-sociologiche la conduce a conclusioni (*Ibidem*, pp. 38-40) forse, a loro volta, un po' troppo generiche. È un tema che l'autrice non riprenderà in modo più sistematico, pur essendo implicito in alcune delle sue monografie più importanti, come quella sulle regole della purezza e sulla percezione sociale del corpo (DOUGLAS 1970). Ma ciò che conta è la decisione con cui colloca la questione delle scelte e del pluralismo medico nell'ambito di una lotta per l'egemonia (lotta peraltro mediata da sistemi cosmologici e classificatori culturalmente variabili, senza i quali non sarebbe pensabile il rapporto tra corpo e potere); in un contesto, come quello che chiama tardo-industriale e recessivo, che fa emergere una critica diffusa al principio di autorità e ai valori "materialisti" da parte di individui isolati o gruppi separati (*enclaves*) che si sentono marginalizzati ed esclusi dal potere.

4. L'antropologia di fronte al pluralismo delle culture mediche

Ciò spiega il ben noto fenomeno della diffusione delle MNC tra segmenti di ceto medio caratterizzati da alto capitale culturale: gruppi che sono critici da un lato verso il potere economico e politico da cui si sentono esclusi, e dall'altro (la linea tracciata verso il basso) verso ceti popolari percepiti come convenzionali, conformisti, di "cattivo gusto". In una simile cornice si può anche chiarire una delle caratteristiche più importanti del "pluralismo medico" indotto dalle MNC: vale a dire un certo grado di permeabilità tra i due campi. Sul piano scientifico, non vi è di solito compatibilità fra l'approccio biomedico e quello delle MNC. I rispettivi sistemi implicano diverse metafisiche, concezioni della realtà incommensurabili – anche se indirizzi come quello della "medicina integrata" e della PNEI (psiconeuroendocrinoimmunologia; BOTTACCIOLI 1995) si sforzano di trovare un terreno scientifico comune. Ma per praticanti e pazienti, sul piano pratico, la scelta fra medicina ufficiale e non convenzionale non è necessariamente esclusiva: vi sono varie strategie di intreccio delle rispettive potenzialità e risorse. Molto spesso i pazienti-consumatori ricorrono in modi personalizzati ad entrambi i sistemi, intrecciandoli in talvolta bizzarri sincretismi: guidati, evidentemente, da logiche "estetiche" più che strettamente epistemiche.

Ancora più interessanti sono i sincretismi che talvolta si addensano nel rapporto tra MNC e saperi-pratiche folkloriche tradizionali. Non è raro, ad esempio, imbattersi in forme di rilettura delle pratiche popolari di guarigione magico-religiosa che tentano di adeguarle al nuovo linguaggio e alla nuova sensibilità "alternativa", e di renderle così più presentabili. Il campo della cosiddetta pranoterapia presenta appunto queste caratteristiche. Abbiamo qui spesso a che fare con terapeuti collocati in reti di relazioni locali, eredi di funzioni svolte un tempo dai guaritori magico-religiosi; coinvolti, per di più, in una fenomenologia della conquista delle facoltà, della diagnosi e della guarigione che ha molti punti in comune rispetto a quella tradizionale (il potere delle mani, la sua conquista dopo una crisi personale, gli episodi di guarigioni inaspettate e meravigliose, etc.). Tuttavia, tali figure cercano legittimazione nell'adesione almeno di superficie a un nuovo linguaggio e a nuove fonti di autorità: così il "malocchio" viene ribattezzato "negatività", i poteri spirituali sono "scientificamente" documentati dalle foto Kirlian che rappresentano l'"aura", etc. E "pranoterapia" diviene il contenitore che conferisce rispettabilità a queste antiche pratiche, depurandole del carattere "arcaico" e presentandole addirittura come moderne e alternative.

La sistematica infiltrazione tra questi due livelli, e tra essi e la medicina ufficiale (con la quale i pranoterapeuti intrattengono una fitta rete di rapporti), mostra che lo studio della “medicina popolare” e quello delle MNC non sono affatto separati e separabili. In questo articolo ho cercato appunto di delineare alcuni contorni di una teoria in grado di tenerli insieme, di comprendere entrambi all’interno di un unico processo di trasformazione storica; una teoria che intende mantenersi vicina ai concetti gramsciani di egemonia e subalternità, declinandoli – non senza difficoltà – nel contesto di una società e di una cultura di massa.

Ciò mi porta a un’ultima osservazione, che mi sembra importante per dissipare alcuni correnti equivoci sul rapporto tra le MNC, le loro richieste di riconoscimento e legittimazione e l’antropologia medica. Tra i due campi vi sono elementi in comune, in particolare la condivisione di rilievi critici nei confronti della biomedicina, e la sottolineatura di aspetti della relazione terapeutica che quest’ultima ha storicamente trascurato (il rapporto medico-paziente, gli aspetti sociali, simbolici e rituali etc.). Tuttavia sarebbe un errore pensare che la prospettiva antropologica equivalga a un “appoggio” alle MNC. La svolta decisiva dell’antropologia medica moderna è consistita nella capacità di comprendere criticamente in modo *simmetrico* la biomedicina occidentale e le pratiche di guarigione delle culture tradizionali (senza cioè assumere la visione biomedica quale assunto o risorsa interpretativa, come accaduto nella stagione positivista). Sarebbe ben strano rinunciare a questo principio di simmetria nell’analisi del rapporto tra la biomedicina e le MNC.

Probabilmente (se Mary Douglas ha ragione), in quanto intellettuali operanti in un campo “debole” come le scienze umane, e dunque ricchi di capitale simbolico ma marginali rispetto al potere e alla ricchezza, siamo attratti dallo stile “spirituale” o “dolce” che è il punto di forza delle MNC. Ma occorre saper oggettivare riflessivamente questo nostro posizionamento, pena l’opacità del sapere che siamo in grado di produrre. Se abbiamo imparato ad analizzare la biomedicina in termini di dispositivi di potere-sapere legati a forme del dominio economico e politico, dobbiamo usare la stessa rigorosa analisi anche per tutti gli altri settori del moderno (pluralistico) campo medico. Il principio di simmetria non significa necessariamente sottrarre l’antropologia a una presa di posizione pubblica sulle politiche sanitarie. Al contrario. Ma questa presa di posizione non può certo consistere in un approccio che presenti la biomedicina come bieco strumento del capitalismo o del biopotere e le MNC come pratiche di resistenza. Si tratta piuttosto di sostenere con forza una certa idea di razionalità scientifica come guida del pensiero medico: una razionalità

certamente più ampia e comprensiva rispetto al naturalismo biomedico (la scienza dell'uomo integrata che propugna Tullio Seppilli), ma al tempo stesso attenta a non sciogliersi in ideologia o in trend commerciale.

Riferimenti bibliografici

- BAUMAN Z. (1999), *In search of politics*, Polity Press, Cambridge (traduz. dall'inglese: *La solitudine del cittadino globale*, Feltrinelli, Milano, 2008).
- BOTTACCIOLI F. (1995), *Psiconeuroendocrinoimmunologia*, RED, Como.
- BOURDIEU P. (1979), *La distinction. Critique sociale du jugement*, Minuit, Paris (traduz. dal francese: *La distinzione. Critica sociale del gusto*, Il Mulino, Bologna, 1983).
- CANT S. - SHARMA U. (1999), *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the State*, Routledge, London.
- CHARUTY G. (1997), *L'invention de la médecine populaire*, «Gradhiva», 22, 1997, pp. 45-57.
- COLOMBO E. - REBUGHINI P. (curatori) (2003), *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- COLOMBO E. - REBUGHINI P. (2006), *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Carocci, Roma.
- COMELLES J.M. (1996), *Da superstizione a medicina popolare. La transizione da un concetto religioso a un concetto medico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 57-88.
- DE MARTINO E. (1959), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.
- DE MARTINO E. (1961), *La terra del rimorso*, Il Saggiatore, Milano.
- DEI F. (2002), *Normative europee sulle medicine non convenzionali: uno sguardo antropologico*, http://www.fareantropologia.it/sitoweb/index.php?option=com_content&view=article&id=101:normative-europee-sulle-medicine-non-convenzionali-uno-sguardo-antropologico-&catid=53:antropologia-medica&Itemid=66
- DEI F. (2012a), *Medicine non convenzionali: una prospettiva antropologica*, pp. 157-180, in Cozzi D. (curatrice), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.
- DEI F. (2012b), *L'antropologia italiana e il destino della lettera D*, "L'Uomo. Società tradizione sviluppo", n. 1-2, 2012, pp. 97-114.
- DEI F. (2013), *Spettri del biopotere*, in Bachis A. - Pusceddu F.M. (curatori), *Storie di un altro mondo*, Cisu, Roma.
- DEI F. (2014), *La grana sottile della violenza*, pp. 7-37, in DEI F. - DI PASQUALE C. (curatori), *Grammatiche della violenza. Esplorazioni etnografiche in guerra e in pace*, Pacini, Pisa.
- DEI F. - MELONI P. (2015), *Antropologia della cultura materiale*, Carocci, Roma.
- DOUGLAS M. (1970), *Natural symbols. Explorations in cosmology*, Penguin Books, Harmondsworth (traduz. dall'inglese: *I simboli naturali*, Einaudi, Torino, 1979).
- DOUGLAS M. (1994), *The construction of the physician: A cultural approach to medical fashions*, pp. 23-41, in BUDD S. - SHARMA U. (curatori), *The Healing Bond*, Routledge, London.
- KLEINMAN A. (1980), *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley.
- MILLER D. (1995), *Consumption and commodities*, "Annual Review of Anthropology", n. 24, 1995, pp. 141-161.

PIZZA G. (2012), *Medicina popolare: una riflessione*, pp. 181-204, in COZZI D. (curatrice), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.

POOL R. - GEISSLER W. (2005), *Medical anthropology*, Open University Press, Maidenhead.

SCHEPER-HUGHES N. (1994), *Embodied knowledge. Thinking with the body in critical medical anthropology*, pp. 229-242, in BOROFKY R. (curatore), *Assessing cultural anthropology*, McGraw-Hill, New York.

SEPPILLI T. (curatore) (1983), *La medicina popolare in Italia*, "La Ricerca Folklorica", n. 8, 1983 (numero monografico).

Scheda sull'Autore

Fabio Dei insegna Antropologia culturale presso l'Università di Pisa. Nel campo dell'antropologia medica ha conseguito il suo dottorato di ricerca negli anni '90, con uno studio sulla pratica popolare della pranoterapia (*Oggi si chiama negatività. Pranoterapia e medicine alternative fra tradizione e modernità*, inedito, tutor Tullio Seppilli). Fa parte del Consiglio direttivo della SIAM e del Comitato di redazione di "AM". Si è inoltre occupato di storia ed epistemologia degli studi etnoantropologici, di antropologia della violenza di massa nel XX secolo e di problemi concernenti la cultura popolare in Italia. Fra le sue pubblicazioni degli ultimi dieci anni: *Antropologia della violenza* (Meltemi, Roma, 2005); *Poetiche e politiche del ricordo* (con P. CLEMENTE, Carocci, Roma, 2005); *Culture del dono* (con M. ARIA, Meltemi, Roma, 2008); *Il dono del sangue. Per un'antropologia dell'altruismo* (con M. ARIA - G.L. MANCINI, Pacini, Pisa, 2008); *La materia del quotidiano. Per un'antropologia degli oggetti ordinari* (con S. BERNARDI - P. MELONI, Pacini, Pisa, 2011); *Antropologia culturale* (Il Mulino, Bologna, 2012); *Grammatiche della violenza. Esplorazioni etnografiche tra guerra e pace* (con C. DI PASQUALE, Pacini, Pisa, 2014); *Antropologia della cultura materiale* (con P. MELONI, Carocci, Roma, 2015). Fa parte del Comitato direttivo delle riviste "Studi Culturali" e "Lares. Quadrimestrale di studi demoetnoantropologici".

Riassunto

Antropologia medica e pluralismo delle cure

L'antropologia classica ha usato la nozione di pluralismo medico in relazione a contesti coloniali o post-coloniali, caratterizzati dalla coesistenza tra una biomedicina ancora imperfettamente diffusa e un persistente radicamento di pratiche diagnostiche e terapeutiche tradizionali. Nei paesi occidentali, la persistenza della medicina tradizionale è stata pensata in termini di residuo folklorico. Ma la diffusione delle medicine non convenzionali (o "complementari e alternative"), negli ultimi decenni del '900, pro-

pone uno scenario diverso, non più pensabile attraverso il dualismo colto/popolare, scientifico/tradizionale, egemonico/subalterno. Le MNC non sono certo folkloriche: sono semmai “popolari” nel senso del termine inglese *popular* (contrapposto a *folk*): sono sostenute dalla cultura di massa e la loro diffusione segue i percorsi e le logiche delle scelte di consumo. In particolare, esse si diffondono in contesti caratterizzati da: a) una frammentazione delle appartenenze di classe, con la dilatazione dei ceti medi e una più forte mobilità sociale; b) la democratizzazione di alcuni ambiti della vita sociale; c) la almeno parziale disgiunzione fra il capitale economico e quello culturale, con la circolazione consentita dai media di una grande quantità di risorse culturali a tutti i livelli della gerarchia sociale. Questo articolo sostiene che per comprendere le MNC l’antropologia deve affrontare in modo aperto la questione della cultura di massa, e ripensare di conseguenza le categorie gramsciane di egemonia e subalternità.

Parole chiave: pluralismo medico, medicine non convenzionali, cultura di massa, egemonia/subalternità, stili di consumo.

Resumé

Anthropologie médicale et pluralisme thérapeutique

Dans l’ethnologie classique, la notion de «pluralisme médical» a été principalement appliquée dans des contextes coloniaux ou post-coloniaux, où la biomédecine occidentale et les pratiques traditionnelles et rituelles de guérison coexistent. Dans les pays occidentaux, la persistance de la médecine traditionnelle a été interprétée en termes de *survival* folklorique. Mais à la fin du XX siècle, le succès de les MNC (Médecines non conventionnelles) ouvre une nouvelle scène épistémique, bien au-delà de vieilles dichotomies comme scientifique/traditionnelle, civilisé/populaire, hégémonique/subalterne. Il n’y a rien de «populaire» dans les MNC: ils sont en effet «populaire», mais dans le sens de «pop», c’est-à-dire en référence à la culture de masse. Les MNC sont principalement utilisés dans des contextes caractérisés par a) la fragmentation de l’appartenance de classe sociale, avec l’expansion de la classe moyenne et une mobilité sociale plus forte; b) la démocratisation de certains domaines de la vie sociale; c) la disjonction entre le capital économique et le capital culturel, avec les médias permettant l’accès à une masse de ressources culturelles à tous les niveaux de la hiérarchie sociale. Cet article soutient que l’ethnologie, afin de comprendre les MNC, doit aborder ouvertement la question de la culture de masse, et par conséquent repenser les notions gramsciennes de l’hégémonie et de la subalternité.

Mots-clés: pluralisme médical, médecine non conventionnelle, culture de masse, hégémonie/subalternité, styles de consommation.

Resumen

Antropología médica y pluralismo terapéutico

En la antropología social clásica, la noción de «pluralismo médico» se aplica principalmente en contextos coloniales o postcoloniales, incluyendo lado a lado los servicios occidentales biomédicos y las prácticas rituales de los curanderos. En los países occidentales, la persistencia de la medicina tradicional fue interpretada en términos de supervivencia folklórica. Pero al final del siglo XX, el éxito de las MNC (Medicinas Non Conventionales) abre un nuevo escenario epistémico, mucho más allá de viejas dicotomías como científico / tradicional, civilizado / popular, hegemónico / subalterno. No hay nada de «popular» en las MNC: son de hecho «popular» en el sentido del “pop”, es decir, de la cultura de masas. Les MNC se utilizan principalmente en un contexto caracterizado por a) la fragmentación de la afiliación de la clase social, con la expansión de la clase media y una movilidad social más fuerte; b) la democratización de algunas áreas de la vida social; c) una disyunción entre el capital económico y el capital cultural, con los medios de comunicación que permiten el acceso a una masa de recursos culturales en todas las etapas de la jerarquía social. Este ensayo sostiene que la antropología social, a fin de comprender les MNC, tiene que abordar abiertamente el tema de la cultura de masas, y en consecuencia repensar las categorías gramscianas de la hegemonía y subalternidad.

Palabras clave: pluralismo médico, medicinas non convencionales, cultura de masas, hegemonía/subalternidad, estilos de consumo.

Abstract

Medical anthropology and healing pluralism

In classical social anthropology, the notion of “medical pluralism” was mainly applied in colonial or postcolonial contexts, including side by side biomedical Western services and traditional ritual healing practices. In Western countries, the persistence of traditional medicine was interpreted in terms of folkloric survivals. But at the end of XX century, the success of CAM (Complementary and Alternative Medicines) opens a new epistemic scenario, far beyond old dichotomies like scientific/traditional, learned/popular, hegemonic/subaltern. There is nothing of “folk” in CAM: they are indeed “popular”, but in the sense of mass culture. CAM are mainly used in contexts with a) fragmentation of social class affiliation, with the expansion of the middle class and a stronger social mobility; b) democratization of some areas of social life; c) a divorce between economic and cultural capital, with the media allowing access to a mass of cultural resources at every stage of social hierarchy. This paper argues that

social anthropology, in order to understand CAM, needs to address openly the issue of mass culture, and consequently rethink the Gramscian categories of hegemony and subalternity.

Keywords: medical pluralism, complementary and alternative medicines, mass culture, hegemonic/subaltern, consumption styles.