

# AMM



54 / dicembre 2022

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA  
FONDATA DA TULLIO SEPELLI



*In copertina*

1961: Ernesto de Martino (1908-1965) alla presentazione del suo libro *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano 1961.



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.

# AM

---

Rivista della Società italiana di antropologia medica  
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by  
Tullio Seppilli

*Biannual open access peer-reviewed online Journal*

# 54

dicembre 2022  
December 2022



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

**Direttore**

Giovanni Pizza, Università di Perugia

**Comitato di redazione**

Roberto Beneduce, Università di Torino / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Chiara Moretti, Università di Bologna / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Sapienza Università di Roma / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Torino / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

**Comitato scientifico**

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

**Comitato tecnico**

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

**Editor in chief**

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

**Editorial Board**

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Chiara Moretti, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Sapienza Università di Roma, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Torino, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

**Advisory Board**

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Masseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

**Technical Board**

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia



# AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica  
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology  
Founded by Tullio Seppilli

## Indice Contents



n. 54, dicembre 2022

n. 54, December 2022

---

### *Editoriale*

- 9 Giovanni Pizza  
*AM 54 e il ritorno della sezione monografica*  
*AM 54 and the Return of the Monographic Section*

### *Sezione monografica*

- 11 Roberto Beneduce, Giovanni Pizza  
*“1961 (e dintorni)”*: un tempo-cerniera.  
*Premessa alla sezione monografica*  
*“1961 (and surroundings)”*: a time-hinge.  
*Introduction to the monographic section*
- 21 Roberto Beneduce  
*Frantz Fanon: curare la Storia, disalienare il futuro*  
*Frantz Fanon. Healing History;*  
*Disalienating the Future*
- 71 Didier Fassin  
*L’Histoire de la folie et ses doubles*  
*History of Madness and Its Doubles*
- 87 Giovanni Pizza  
*La formula strutturale dell’équipe.*  
*La terra del rimorso oggi e il metodo etnografico di*  
*Ernesto de Martino*  
*The Structural Formula of the Team.*  
*The Land of Remorse Today and Ernesto de Martino’s*  
*Ethnographic Methodology*
- 111 Massimiliano Minelli  
*Asylum 61. Follia, istituzioni, scritture*  
*Asylum 61. Madness, Institutions, Writings*
- 145 Pino Schirripa  
*La grande festa e i Movimenti religiosi,*  
*una prospettiva materialista nell’antropologia religiosa*  
*The Great Feast and The Religion of the Oppressed,*  
*a Materialist Perspective in the Anthropology of*  
*Religions*

### *Saggi*

- 163 Chiara Moretti  
*Persona, corpo e malattia.*  
*Il contributo dell’antropologia medica allo sviluppo*  
*di una medicina critica e autoriflessiva*  
*The Individual, the Body and the Disease.*  
*The Contribution of Medical Anthropology*  
*to the Development of a Critical and Self-Reflexive*  
*Medicine*

- Saggi*
- 179 Rita Finco, Raúl Zecca Castel  
*Il dispositivo etnoclinico del Centro Fo.R.Me.  
 Tra storia, teoria e metodo  
 The Ethnoclinical Device at Centro Fo.R.Me.  
 Between History, Theory and Method*
- Ricerche*
- 207 Ylenia Baldanza, Marco Bacchella  
*Traiettorie di genere. Legittimazione dell'identità trans  
 tra istituzione biomedica e autocura  
 Gender Trajectories. Legitimation of Trans Identity  
 between Biomedical Institution and  
 Self-Medication*
- 241 Daniela Crocetti, Laura Palareti  
*"Why is it that, more often than not, docs and nurses  
 haven't even heard of us?".  
 Women and Bleeding Disorders in Italy  
 "Perché, il più delle volte, i medici e gli infermieri  
 non hanno nemmeno sentito parlare di noi?".  
 Donne e malattie emorragiche in Italia*
- 271 Federico Divino  
*Alcune note sulla concezione di corpo e di malattia  
 nella medicina buddhista  
 Some Notes on the Conception of Body and 'Disease'  
 in Buddhist Medicine*
- Note, interventi,  
 rassegne*
- 299 Donatella Cozzi  
*«Trasumanar e organizzar».  
 Sulla Nascita ed evoluzione di una psichiatria  
 di comunità in Umbria di Francesco Scotti  
 «Trasumanar e organizzar». Birth and Evolution of a  
 Community Psychiatry in Umbria by Francesco Scotti*
- 327 Fabio Dei  
*Etnografie pandemiche  
 Pandemic Ethnographies*
- Recensioni*
- Francesco Diodati, *La demenza e l'imperativo  
 della prevenzione / Dementia and the Imperative  
 of Prevention* [Annette Leibing, Silke Schicktanz  
 (a cura di), *Preventing Dementia? Critical Perspectives  
 on a New Paradigm of Preparing for Old Age*],  
 p. 345 • Corinna S. Guerzoni, *Part(or)ire altrove / Give  
 Birth Elsewhere* [Chiara Quagliariello, *L'isola dove  
 non si nasce. Lampedusa tra esperienze procreative,  
 genere e migrazioni*], p. 353 • Giovanni Pizza, *Di là  
 dal corpo / Beyond the Body* [Sara Cassandra,  
*La solitudine del cruciverba incompiuto. Storie  
 di tranelli linguistici e disturbi psicosemantici*],  
 p. 358 • Giovanni Pizza, *Politica, poesia e  
 pandemia / Politics, Poetry and the Pandemic*  
 [Gabriele Frasca, *Lettere a Valentinov*], p. 363 •  
 Viviana L. Toro Matuk, *Struttura biopolitica e  
 paradigma immunitario / Biopolitical Structure and  
 Immune Paradigm* [Roberto Esposito, *Immunità  
 comune. Biopolitica all'epoca della pandemia*], p. 370.

## *Editoriale*

### *AM 54 e il ritorno della sezione monografica*

Giovanni Pizza

Università di Perugia

[giovanni.pizza@unipg.it]

Care Lettrici e Cari Lettori,

con questo numero 54 di AM torniamo alle sezioni monografiche. Per la cura di Roberto Beneduce e mia ne produciamo una che celebra l'anno 1961.

Si vuole così ricordare un periodo importante che, a cavallo tra gli anni Cinquanta e i Sessanta del secolo scorso, ha visto il declino del colonialismo e l'avvio, fin da subito intenso, del fenomeno postcoloniale e decoloniale.

Il discorso "postcoloniale" ci sembra fondamentale anche per l'antropologia medica. Esso cerca di andare ben oltre la Grande Separazione della salute, quel *Great Divide* tra l'Occidente e gli Altri che a lungo aveva caratterizzato anche tale branca di studi (che, per esempio, in precedenza non teneva conto delle ineguaglianze). Si cominciano a decostruire tematiche e relazioni importanti, tra le quali malessere, potere, identità. In antropologia medica è il tema del corpo e della follia ad essere esplorato attraverso lo studio di altre culture e/o di dislivelli interni alla cultura occidentale nel tempo e nello spazio, cioè sia nella profondità storica sia nel comparativismo geografico.

In tale quadro generale, abbiamo chiesto una riflessione a studiosi e ricercatori esperti, italiani e no, per rievocare quel periodo e le sue promesse. Tutti lo hanno interrogato alla luce del presente.

AM, però, non finisce qui.

Vi è una sezione non monografica con due saggi, di cui uno complementare a uno scritto che apparirà nel numero successivo, tre ricerche, due

note (una sul nostro fondatore e il suo amore per le questioni della salute mentale e un'altra sull'antropologia della pandemia da Covid-19) e infine cinque recensioni.

Questo è quanto siamo riusciti a fare per questo numero 54.

A Voi un caro saluto e un duplice augurio di buona lettura e di sereno giudizio.

## *Persona, corpo e malattia*

### *Il contributo dell'antropologia medica allo sviluppo di una medicina critica e autoriflessiva*

Chiara Moretti

Università di Parma  
[chiara.moretti@unipr.it]

#### Abstract

*The Individual, the Body and the Disease. The Contribution of Medical Anthropology to the Development of a Critical and Self-Reflexive Medicine*

This article aims to highlighting the contribution of medical anthropology to the development of a critical and self-reflexive medicine, able to consider health/disease processes in terms of complex biological and historical/social phenomena and, consequently, to place the person at the centre of the healing processes. The article has been conceived and written for readers who do not necessarily have a background in anthropology with the aim of offering some points of reflection, promoting a debate outside disciplinary and academic boundaries, and strengthening a discussion and exchange with healthcare professionals.

*Keywords:* Medical system, body, disease, healing, co-disciplinarity

#### *La via mediana*

In questo contributo cercherò di mettere in luce come l'antropologia medica, una delle specializzazioni maggiormente vitali e sperimentali nel campo delle discipline antropologiche, possa offrire un significativo apporto allo sviluppo di una medicina critica e integrata, attenta alla persona e capace di ripensare la cura nei termini di un processo relazionale, plasmato da e vissuto in relazione a una molteplicità di fattori.

Per farlo mi soffermerò dapprima su alcune questioni che emergono esaminando le pratiche di difesa della salute messe in atto dal "sistema medico" occidentale e, in particolare, dalle modalità di concepire il corpo e la malattia. Si tratta di concetti imprescindibili per la prassi clinica, resi consolidati e assodati – se non "ovvi" – delle consuetudini operative che

prendono vita negli spazi sanitari e nei contesti di cura. Il corpo e la malattia tuttavia, da una prospettiva antropologica, si delineano come fenomeni complessi poiché volta a volta storicamente, socialmente e culturalmente informati, “naturalizzati” piuttosto che “naturali”.

Entrerò nello specifico di tali questioni tornando su alcuni temi di cui mi occupo da tempo<sup>1</sup> e che caratterizzano la gestione medica e terapeutica delle sindromi dolorose croniche complesse e nello specifico di una di queste, ossia la fibromialgia. Il dolore offre certamente un'eccellente occasione per analizzare alcune criticità che caratterizzano il paradigma costitutivo della medicina occidentale ma mostra, al contempo, le possibilità di superarle attraverso il rafforzamento di uno sguardo capace di osservare l'esperienza di sofferenza nella sua multidimensionalità. Non si tratta tanto di inquadrare tale rafforzamento nell'ottica di una “umanizzazione” della medicina, termine spesso inflazionato nel dare quasi per implicito che la medicina sia qualcosa di non compiutamente “umano” (LUPO 2014). Si tratta piuttosto di adottare una visione capace di rintracciare, monitorare e intervenire su quei processi che tendono a disumanizzarla, che la conducono cioè a rinunciare alla propria umanità seguendo un esclusivo principio (o criterio) di “oggettività” (PIZZA 2020). Questi processi informano le prassi cliniche e spingono la medicina a indagare le ragioni della sofferenza focalizzandosi primariamente sulla dimensione fisiologica del dolore, adottando cioè una prospettiva mirata a rintracciare esclusivamente ciò che accade nell'*organismo* e nel suo funzionamento. Tale prospettiva non tiene conto della *persona* che soffre e la esclude così dalla relazione di cura, trascurando i fattori che, oltre a quelli biologici, contraddistinguono l'esperienza di malattia.

Il dolore, come oggetto di analisi, permette allora di riflettere sull'importanza di sviluppare una visione e gestione sistemiche della malattia, capaci di offrire risposte di cura maggiormente efficaci. Medicina e antropologia medica possono a tale scopo divenire solide alleate proprio in quanto *scienze umane e dell'uomo*, finalizzate cioè a una piena conoscenza della condizione umana. Si tratta di sviluppare un dialogo che può rendersi proficuo riconoscendo come l'esperienza corporea e quella di malattia possano essere comprese tenendo conto di due livelli costitutivi essenziali e in rapporto di integrazione: quello *biologico* e quello *storico-sociale* (SEPPILLI 2008a). Ne consegue che considerare i soli fattori biologici o, al contrario, quelli esclusivamente storico-sociali, rischia di restituire una indagine molto parziale di tali esperienze<sup>2</sup>. La specificità della condizione umana consiste infatti proprio nel porsi come:

prodotto di *determinazioni e correlazioni naturalistico-biologiche* e come espressione dell'esistenza di una *organizzazione sociale* che trascende gli individui singoli [...] e tuttavia li condiziona radicalmente secondo la propria "logica" relativamente autonoma e qualitativamente diversa rispetto a quella che regola i processi in cui si manifesta la loro costituzione biologica. (*ivi*: 131, corsivo nell'originale)

Se è vero che ogni società umana è composta da individui biologicamente costituiti e non può perciò non rapportarsi alle loro necessità e potenzialità "naturali", altrettanto vero è che la "naturalità" degli individui è irrimediabilmente condizionata dal vivere in società (*ivi*: 129). Alla luce di tale relazione e reciproca autonomia si rende dunque possibile l'integrazione tra la componente *bio* e quella *socio*. In un'ottica antropologica, tale integrazione non si limita certamente ad "aggiungere" alla prospettiva medica alcuni elementi "accessori" o "secondari" talvolta mancanti. Al contrario, essa si rende possibile muovendo da una premessa, ossia che gli aspetti biologici sono comprensibili *soltanto* alla luce di quelli storico-sociali e viceversa. La critica antropologica non si sostanzia dunque in una "troppa" scientificità causata dal riduzionismo biologico, elemento che di fatto ha permesso al paradigma medico occidentale di produrre, nel corso degli ultimi due secoli, elevati livelli di efficacia difficilmente eguagliabili; pensiamo per esempio alle conseguenze di tale approccio sui tassi di mortalità nella popolazione nettamente diminuiti, o anche solo alla rapidità con cui è stato possibile fronteggiare e prevenire le forme di malattia grave causate dal virus SARS-CoV-2 attraverso la creazione di vaccini efficaci e in tempi molto rapidi. La critica è piuttosto diretta a una mancanza di "totale" scientificità comportata dal *solo* determinismo biologico, un fattore che conduce la medicina a limitarsi a essere esclusivamente una *bio*-medicina e a disconoscere, così, le componenti soggettive e storicosociali dei processi che esamina e sui quali interviene attraverso il suo approccio conoscitivo e operativo (SEPPILLI 2006, 2014). Ora, una tale critica non può che configurarsi come propositiva e fattiva proprio poiché mira a un progresso, cioè a rendere lo stesso paradigma biomedico *più* scientifico di quanto lo sia ora (*ibid.*). Questa evoluzione non corrisponde dunque a ciò che viene generalmente definito come "progresso biomedico": non si ottiene attraverso un'iperspecializzazione o una tecnologizzazione della medicina, elementi che portano piuttosto questa scienza a perdere di vista la persona che soffre, sviluppando solo una competenza tecnica sul suo organismo. Al contrario, essa porterebbe la medicina a potenziare una visione più globale, riposizionando la persona nella sua complessità al centro del processo di cura.

La ricerca umanistica e sociale non può considerare la biomedicina nei termini di una controparte monolitica ma, al contrario, come una realtà eterogenea all'interno della quale poter individuare alleati con cui edificare un campo scientifico unitario (PIZZA 2020). Si tratta naturalmente di un processo che reclama anche un possibile "compromesso storico" tra scienze umane e scienze biologiche affinché oltre l'alternativa fra lo "sbagliare" insieme o "avere ragione" da soli, possa essere indagata una via mediana che consente di cercare un po' di ragione per metterla in atto (PIZZA 2020, cfr. SEPPILLI 2008b).

Questa strada implica volontà, curiosità e umiltà, poiché non può vederci tanto militanti ognuno della propria disciplina quanto al contrario *illimitants*, tesi verso lo sviluppo di una *indisciplina rigorosa* (SIMONNET, LAURENT, LE BRETON 2018) mirata a offrire risposte più efficaci ai bisogni umani di salute. Chiaramente le condizioni, i benefici e i rischi di una tale co-disciplinarietà conducono a interrogarsi attentamente sulle modalità mirate a garantire le rispettive specificità disciplinari (FAINZANG 2006). L'antropologia non può rischiare di trasformarsi in biomedicina e viceversa; essa può tuttavia costituire per quest'ultima una coscienza storico-critica, svolgendo una funzione di vigilanza etica (SEPPILLI 2006; BIBEAU 2010).

Riconoscendo il valore di peculiarità e reciproche prospettive si rende così possibile praticare insieme, con maturo senso critico, la scienza. Una scienza che non si adagia nelle consuetudini, che mette in discussione apparenti certezze acquisite, che è capace di intravedere nei limiti delle alternative, che sa riconoscere nell'incertezza un fondamentale segno di vitalità. Il dubbio, infatti, è di per sé un valore per la scienza e dovrebbe essere sempre contemplato: apre la porta all'ignoto, ma è ciò che ci spinge a seguire nuove direzioni, a sperimentare, in breve a progredire (FEYNMAN 1999).

### *Ripensare il corpo e la malattia*

L'antropologia propone un'esplorazione dell'invisibile e dell'ordinario, di ciò a cui si finisce per non prestare più attenzione. Attraverso una pratica descrittiva e non prescrittiva, non dice mai ciò che vorremmo sentirci dire ma scardina piuttosto i fondamenti di quello che pensavamo già (FASSIN 2014a, 2014b; INGOLD 2020). Per queste ragioni può edificare assieme alla biomedicina un terreno comune per ripensare il *corpo* e la *malattia* nei termini di processi complessi.

Porre il corpo e la malattia sotto una lente analitica non equivale qui soltanto a recuperare l'intero versante individuale, sociale, politico, storico

e culturale che li caratterizza e li plasma, ma conduce anche a riconoscere come a essere socialmente, storicamente, politicante e culturalmente informate siano anche le modalità biomediche stesse di concepire e rappresentare tali fenomeni. Ciò conduce a precisare diverse cose: la prima, che la biomedicina non può che essere un “prodotto” storico in quanto radicata in una specifica tipologia di società, vale a dire quella occidentale tecnologicamente avanzata. Ne consegue che le modalità di rappresentare il corpo e il suo funzionamento – così come quelle di classificare e diagnosticare le malattie o di pensare la relazione di cura ecc. – non possono dirsi totalmente libere da specifiche connotazioni storicosociali in virtù della loro scientificità. O, per dirla diversamente, il carattere scientifico della medicina può essere pensato solo all’interno di uno specifico contesto storico-sociale per il fatto stesso che il corpo e la malattia sono, in un certo senso, “costruzioni sociali”. Tali modalità seguono infatti una logica coerente a una precisa cosmovisione, risentono cioè degli orientamenti propri di una concezione del mondo, veicolandoli e riproducendoli al contempo.

Se la biomedicina è un prodotto storico che rispecchia un sistema di pensiero, essa è anche un sistema culturale, oltre che tecnico e politico, in quanto insieme:

delle rappresentazioni, dei saperi, delle pratiche e delle risorse, nonché le relazioni sociali, gli assetti organizzativi e normativi, le professionalità e le forme di trasmissione delle competenze, che in un determinato contesto storico-sociale sono finalizzate a individuare, interpretare, prevenire e fronteggiare ciò che viene considerato come “malattia” o comunque compromissione di un “normale” stato di salute. (SCHIRRIPA 2012: 269)

Come apparato organizzativo, ha dunque elaborato nel tempo una visione del corpo umano e del suo funzionamento che non che può rivelarsi come una tra le diverse rappresentazioni articolate dai molteplici sistemi medici che si sono succeduti nella storia dell’umanità (SEPPILLI 2006). Il lavoro scientifico, in questo senso, non consiste tanto nel decrittaggio di fenomeni naturali ma piuttosto in una loro specifica lettura che determina una produzione di conoscenze all’interno di un contesto storico, materiale e ideologico circoscritto. Affermare questo non equivale a dubitare della scientificità della visione biomedica. Al contrario, conduce a sviluppare un atteggiamento autoriflessivo attraverso cui poter ragionare diversamente sui propri saperi e consuetudini operative riconoscendone la natura culturale e dunque necessariamente parziale (QUARANTA 2012). Ciò permette di denaturalizzare i modi stessi di concepire il corpo, la salute e la malattia, di pensarli come fenomeni che possono assumere significati diversi alla

luce di vissuti, prospettive ed aspettative differenti, come per esempio quelli del professionista sanitario e quelli del paziente che a questo si rivolge.

L'antropologia medica, in particolare quella critica e con impostazione fenomenologica, ha mostrato in questo senso come se la visione biomedica considera il corpo come una sorta di "dotazione" che il soggetto *ha* – tendendo a basarsi su un'antropologia residuale e guardando all'organismo come un alter ego dell'individuo (LE BRETON 2021) –, dalla prospettiva della persona che soffre il corpo è qualcosa che *si è*, vale a dire il vero soggetto che conosce il mondo (PIZZA 2005). Inteso in questo senso, esso emerge come un "artefatto" fisico e simbolico, prodotto sia naturalmente che culturalmente e saldamente presente in momento storico particolare. Fenomeno complesso, il corpo rimanda dunque alle sue multiple e compresenti dimensioni: individuale, in quanto corpo-sé in un senso fenomenologico, e sociale, poiché simbolo naturale e sede di rappresentazioni attraverso cui pensare la società. Inoltre politico, poiché plasmato da relazioni di potere, gestito a più livelli da biopolitiche, esposto a processi storici, sociali e istituzionali attivi che hanno un impatto sul suo stesso funzionamento biologico (SCHEPER-HUGHES, LOCK 1987). Come prodotto storico e primo strumento attraverso cui fare esperienza *del* e *nel* mondo, il corpo si fa dunque plurale e diventa comprensibile solo alla luce di tale pluralità; se infatti i nostri corpi biologici funzionano secondo le stesse leggi fisiche e chimiche, la nostra dotazione genetica non sarà concepita, percepita e utilizzata negli stessi modi e certamente non determinerà ciò che ognuno di noi diventerà, quale *mindul body* (*ibid.*) – o "corpo pensante" – sarà (LUPO 2014).

In questo senso, lo stesso funzionamento interno dell'organismo non può che essere comprensibile se non guardando alla storia della persona (in quella interazione tra biologia, ambiente, società, valori culturali, rapporti di potere, biografia individuale) ma al contempo alle modalità stesse attraverso cui *quel* corpo, plasmato da rappresentazioni e pratiche sociali, si iscrive in uno spazio di interazione agendo nella realtà, diventando cioè protagonista attivo di quelle stesse *pratiche* a cui partecipa nel quotidiano. Il corpo infatti mostra costantemente la complicità ontologica tra soggetto e mondo (QUARANTA 2012) poiché la nostra esperienza corporea (e incorporata [CSORDAS 1994]) non è solo socialmente prodotta ma produce a sua volta i saperi e i significati socioculturali a cui partecipa. La corporeità stessa cioè è un processo in cui «si intrecciano in maniera inseparabile il pensiero e la vita, il senso e l'azione» (PIZZA 1997: 49).

Se il corpo è dunque il luogo dell'identità, portatore e produttore di senso, di storia e di cultura, analizzarlo equivale a osservare *l'esperienza che*

*del mondo viene fatta attraverso il corpo*, una esperienza che necessariamente cambia quando quel corpo si ammala. In altre parole, la malattia “avviene” non solo nel corpo che abbiamo ma anche nel corpo che siamo, e di conseguenza “accade” anche *al di fuori* del corpo stesso: essa si presenta nel mondo vissuto attraverso il corpo poiché determina un cambiamento di quei rapporti intersoggettivi che rendono implicitamente possibile i processi di incorporazione della realtà storico-sociale. In biomedicina la malattia è tuttavia concepita oggettivamente: ciò che avviene nella materialità organica del corpo può essere osservato e compreso attraverso mezzi e tecnologie, pratiche che consentono di sviluppare conoscenze sempre più approfondite e tecniche, ma che rischiano di osservare e “gestire” la patologia come un evento isolabile dalla persona che la vive. In tale processo interpretativo e operativo la malattia non viene così indagata in quanto fenomeno composto da dimensioni interagenti che la definiscono nella sua pienezza multidimensionale come complessità biologica, esistenziale, sociale, cioè come una condizione clinica e di disagio vissuto, con tutte le ricadute che ne derivano.

Per recuperare tale complessità, l’antropologia medica anglosassone ha proposto di considerare la malattia nelle sue tre dimensioni, ossia la *disease*, la *illness* e la *sickness*, indicando con il primo termine la condizione patologica oggettivata come alterazione dell’organismo e nominata attraverso specifiche etichette nosologiche; con il secondo, il vissuto soggettivo del disagio mediato da modelli culturali, dalla rete dei rapporti sociali, dalla storia individuale. Infine, il terzo inteso come processo di socializzazione e plasmazione tanto della *disease* quanto della *illness*, (EISENBERG 1977; KLEINMAN, EISENBERG, GOOD 1978; EISENBERG, KLEINMAN 1981; YOUNG 1982) come significato sociale dello *star male*, laddove la malattia è il risultato tanto di una produzione quanto di una costruzione sociopolitiche. Quest’ultimo punto conduce a evidenziare diverse cose: la prima, che la malattia può emergere come il prodotto ultimo di micro/macro processi storici, economici, politici che determinano asimmetrie di potere e rapporti sociali inegualitari che impattano, a loro volta, sulle condizioni di vita delle singole persone, incidendo sul loro stato di salute<sup>3</sup>; la seconda, che essa è “luogo” di rappresentazioni simboliche e di costruzione sociale, poiché le forme di malessere diventano sintomi e segni di malattia in quanto ricevono significato, vengono cioè interpretati come tali nel quadro di contesti storici e socioculturali circoscritti (COZZI, NIGRIS 2003).

Recuperare tale multidimensionalità permette di pensare malattia e salute in una continuità dinamica: in primo luogo, perché il confine tra queste

due condizioni è mobile, muta nel tempo e nello spazio, si rende leggibile alla luce della peculiarità di ogni *realtà storica*; in secondo luogo, perché le soglie di separazione tra i due stati si rendono elastiche nel confronto che vede, da una parte, la sfera del vissuto di malattia e, dall'altra, la teorizzazione biomedica. Spostando lo sguardo dall'organismo alla persona è infatti possibile constatare quanto spesso possa esserci salute nella malattia e viceversa; oppure, ci si possa sentire soggettivamente sani anche in presenza di indagini cliniche che rilevano nell'organismo l'esistenza "oggettiva" di disfunzioni patologiche o, ancora, percepirsi soggettivamente malati in assenza di tali disfunzioni fisiologiche oggettivate. Per esempio, una persona può ricevere una diagnosi di diabete per via dei valori riscontrati tramite analisi del sangue ed essere così considerata come un paziente diabetico da un punto di vista medico, pur continuando tuttavia a percepirsi in salute non accusando alcun tipo di sintomo che impatta, in qualche maniera, sulla vita di tutti i giorni. Al contrario, una persona che soffre di dolore cronico – o come si vedrà di fibromialgia – può percepirsi malata nonostante le indagini cliniche riscontrino uno stato di totale "normalità" biologica. Questo perché la sofferenza, nella sua invisibilità, non è solo presente nell'organismo ma impatta sull'esperienza di vita che viene fatta attraverso il corpo. Tuttavia, in quanto sintomo di malattia, la sofferenza può portare con sé anche una certa "forma" di salute. Infatti, se è vero che il dolore modifica violentemente il rapporto tra sé e gli altri, tra la sfera privata e quella pubblica, è altrettanto vero che può diventare un elemento attorno al quale l'esperienza individuale si trasforma e, spesso, si rigenera. Nella sua cronicità, il dolore assume un senso attraverso un processo di significazione: può portare la persona a concentrarsi su se stessa, a riappropriarsi del proprio tempo per utilizzarlo in modo diverso, a stabilire nuove regole di negoziazione con il mondo esterno, tra l'individuale e il sociale. A seconda della situazione, il dolore può assumere una valenza positiva quando è accettato, "agito" "praticato" – come attivatore dei processi di trasformazione di sé e della propria identità – o una valenza negativa quando è sofferto, privato di ogni senso e significato. Sfuggendo al determinismo naturalistico, il dolore è plasmato da processi di *semantizzazione* (LE BRETON 2017), dai modi in cui viene vissuto in specifici momenti della vita; superando i confini della materialità biologica, prende vita nelle relazioni intersoggettive, nell'esperienza personale e storico-sociale di un corpo pensante. Per questi motivi, i modi di pensare e rappresentare il proprio dolore non coincidono necessariamente con le teorie biomediche che si concentrano piuttosto sulla sola dimensione della *disease*.

La biomedicina, intesa come *evidence based medicine*, si confronta con l'imprevedibilità di un dolore che trascende le leggi e va oltre le previsioni, che non è incasellabile in classificazioni nosologiche ma che soprattutto non può essere compreso alla luce di una teoria "positivista" e unifattoriale della malattia. Il dolore si situa infatti tra il corpo e il sé, tra la carne e la psiche senza essere né in uno né nell'altro quanto nell'unità della persona, non nell'organismo ma nell'esistenza (SIMONNET, LAURENT, LE BRETON 2018).

Esso è pensabile nel gioco delle relazioni. Per questa ragione è precisamente la relazione ad assumere un ruolo preponderante per immaginare risposte di cura maggiormente efficaci.

### *La cura come relazione: il caso della fibromialgia*

La fibromialgia è una sindrome caratterizzata da dolore cronico e diffuso, associato ad astenia, parestesie, mialgie, cefalee, disturbi del sonno, problemi gastrointestinali e dermatologici, disturbi cognitivi, della memoria e dell'umore. Questa sintomatologia non sembra essere causata da alterazioni organiche o lesioni che possano essere verificate e rintracciate per mezzo di accertamenti medici specifici. La diagnosi è posta per esclusione, ossia quando i sintomi che la persona presenta non sono riconducibili ad altri quadri patologici<sup>4</sup>. L'eziopatogenesi della sindrome è incerta e in parte ancora sconosciuta; nonostante le opinioni discordanti, oggi si tende a inquadrare la fibromialgia come una sindrome da "sensibilizzazione centrale" causata da alterazioni del sistema di regolazione, sensibilizzazione e percezione del dolore. Attualmente non è stata identificata una strategia terapeutica efficace per il trattamento; solitamente vengono prescritti farmaci (antinfiammatori, analgesici, ansiolitici e antidepressivi), viene consigliato di intraprendere una terapia cognitivo-comportamentale e una terapia fisico-riabilitativa. La combinazione di queste tecniche non garantisce tuttavia un miglioramento dei sintomi.

Nella fibromialgia il dolore è il primo problema da trattare. Un dolore tuttavia "anormale" perché, come gli altri sintomi, non causato e giustificato da particolari alterazioni organiche e fisiologiche. Esso diventa così incomprensibile a un modello diagnostico e terapeutico che – centrato prevalentemente sulla rilevazione "tecnica" della lesione nell'organismo – fa dipendere sempre meno la sofferenza «da ciò che l'occhio può cogliere sul corpo altrui dei segni del male e dalla necessità di ascoltare ciò che l'altro può dire a proposito dei propri sintomi» (COZZI, NIGRIS 2003: 162).

Eppure è solo ascoltando i sintomi, così come sono soggettivamente percepiti e riportati dalla persona, che questi diventano osservabili e presenti, non solo nell'organismo ma nel corpo individuale e sociale di chi li sperimenta. Nella fibromialgia, il dolore, la stanchezza e la fatica, cancellano la linea di demarcazione tra segno (evidenza oggettivabile di una disfunzione) e sintomo (evidenza soggettiva di una malattia come è percepita da chi ne soffre) poiché, non potendo essere visivamente rintracciati, si manifestano nel momento in cui vengono enunciati, nell'attimo in cui la persona narra dell'esperienza che di tali sintomi sta facendo. Questi si mostrano ma in modalità differenti, resistendo così al progressivo "spogliarello" che svela tessuti, cellule e illumina l'opacità del corpo per mezzo delle tecniche di indagine diagnostica (LE BRETON 2021). Per rivelarsi necessitano dunque dell'apertura, nel quadro della relazione clinica, di uno spazio di confronto tra saperi ed esperienze, vale a dire quelli dello specialista che indaga la sofferenza e quelli del paziente che la vive.

La fibromialgia permette allora di constatare quanto la consapevolezza autoriflessiva della natura storico-culturale del sapere e delle pratiche biomediche – intesa come prerequisito per ripensare il corpo e la malattia – diventi uno strumento prezioso capace di garantire non solo un dialogo tra diverse rappresentazioni del dolore, ma anche di facilitare i possibili immaginari connessi alla cura intesa come un processo intersoggettivo e di co-costruzione che agisce a partire dalla perdita di senso causata dalla malattia.

Un processo di questo tipo non può che prendere vita all'interno di una relazione terapeutica che, per essere efficace, dovrebbe essere anzitutto *umana*. Una relazione che genera fiducia, che è paritetica poiché riconosce la legittimità di codici di lettura differenti su uno stesso fenomeno e li pone in comunicazione, livellando l'asimmetria che, normalmente, caratterizza le relazioni che prendono vita nel setting clinico; che considera quindi la persona che soffre come prima esperta del proprio dolore, poiché lo conosce bene sperimentandolo in prima persona, e che sappia reintegrare tale conoscenza nell'incontro terapeutico. Una gestione monopolistica della sofferenza da parte della biomedicina, che trasforma il dolore in un problema tecnico di pertinenza specialistica, sottrae infatti *competenza* al paziente.

Pensare la cura in questi termini equivale allora a considerare l'importanza di porre attenzione a ciò che accade nell'incontro e in una pratica partecipativa che produce conoscenza a partire dal coinvolgimento con l'altro. Un "altro" non ridotto a mero oggetto di indagine, non colonizzato con il

proprio sguardo, non assegnato a concetti già collaudati dalla consuetudine cliniche e operative. Ciò è ancor più vero proprio alla luce del fatto che il dolore, in particolare quello fibromialgico, sfugge totalmente a questo genere di assegnazione e per di più è refrattario, non risponde cioè alla terapia farmacologica, come ho già avuto occasione di mostrare (MORETTI 2019, 2022). Farmaci quali analgesici e antidolorifici lavorano infatti sul momento e vengono impiegati in un percorso terapeutico che spesso non è in grado di guardare al dolore né nella sua continuità nel tempo, né calato in una precisa traiettoria di vita, né plasmato alla luce di specifici significati. E tuttavia proprio la carica semantica del dolore è capace di agire e di ridurre l'effetto stesso di una analgesia "istantanea" e di per sé già poco efficace, poiché interviene sul sintomo ma non sulle cause della sofferenza e perché separa quest'ultima dal senso che gli viene attribuito dalla persona (SIMONNET, LAURENT, LE BRETON 2018). Recuperarla è un passaggio necessario poiché questa, al contrario, alimenta l'apparato simbolico di alcune prassi e "tecniche" messe in atto dal paziente in risposta al dolore che possono avere effetti analgesici agendo sui meccanismi endogeni nel corpo, inibendo di fatto la sensazione dolorosa stessa (SIMONNET, LAURENT, LE BRETON 2018; LE BRETON 2017) e rendendo, dunque, lo stesso incontro terapeutico più efficace.

In una prospettiva capace di immaginare la relazione clinica nei termini di un processo intersoggettivo è così possibile cogliere la differenza tra una pratica medica che "cura" (*cures*) l'organismo infermo, e una che "risana" (*heals*) riuscendo a collocare la malattia in una generale cornice di significato (LUPO 1999). Tale processo comporta una ricostruzione del dolore che coinvolge necessariamente la persona che soffre e che in questo modo si rivela già *in sé* terapeutico, perché capace di accogliere bisogni e aspettative di cura a partire da specifiche *rappresentazioni* sviluppate attraverso la quotidiana convivenza con la sofferenza.

L'antropologia medica ha, in questo senso, mostrato in più occasioni come la distinzione tra il momento della diagnosi e quello del trattamento, decade quando vengono presi in analisi sistemi terapeutici non biomedici, dove il momento di identificazione del problema e delle sue cause coincide già con la formulazione di una risposta attiva e con la ricerca di soluzioni (CSORDAS, KLEINMAN 1998). In questa ricerca la dimensione emozionale-simbolica nel rapporto fra operatore e paziente assume un ruolo preponderante; è grazie a essa che è possibile costruire fiducia nella terapia, rendere operante una attesa psicologica positiva nei confronti della cura che già in sé agisce sullo stato di malattia (SEPPILLI 2004). Ciò accade per esempio

nel caso delle terapie rituali, processi in grado di offrire una funzionale cornice di senso che permette – attraverso un richiamo a specifici riferimenti e codici simbolici condivisi da terapeuta e paziente – di ricostruire le cause di malattia e di attivare meccanismi endogeni di guarigione. Ora, se la buona riuscita di tali processi terapeutici si rende possibile facendo ricorso a stimoli comunicativi ad alta pregnanza simbolica ed emozionale poiché radicati in un comune humus culturale (CSORDAS, KLEINMAN 1998; LUPO 1999; SEPELLI 2004, 2006, 2008a), la relazione clinica in ambito biomedico vede spesso al contrario uno scontro tra due culture diverse – quella del paziente e quella del medico – intente a ricostruire lo stesso fenomeno. Tale scontro può tuttavia trasformarsi in un reciproco confronto riconoscendo le soggettività e dando valore all’intersoggettività intesa come ciò che consente di costruire un sapere comune alla cui luce poter tracciare congiuntamente gli itinerari di cura da seguire.

L’antropologia intesa come scienza delle relazioni – che le studia ma che al contempo le produce nell’atto stesso della sua “inquieta” pratica etnografica (PALUMBO 2021) – si configura qui nuovamente come una solida alleata della biomedicina nel richiamare alla mente quanto non possa esserci conoscenza se non quella che nasce dal nostro coinvolgimento con gli altri e non possa esserci progresso senza prima dubitare delle proprie certezze.

## Note

<sup>(1)</sup> Le argomentazioni proposte in questo articolo si basano su riflessioni sviluppate nel corso di una lunga ricerca etnografica (iniziata nel 2011 e terminata nel 2018) volta ad analizzare il dolore cronico e la sindrome fibromialgica come entità definite, rappresentate e “gestite” dalla medicina occidentale. I risultati di questa ricerca sono confluiti in due monografie (MORETTI 2013, 2019) e in diversi articoli (MORETTI 2014, 2015, 2017, 2021, 2022).

<sup>(2)</sup> Questa integrazione dovrebbe essere riconosciuta come centrale nella relazione di cura. Dal punto di vista della persona che si rivolge al professionista sanitario, il corpo e la malattia non sono considerati alla luce della sola dimensione biologica. Come si vedrà in seguito, si tratta di fenomeni più complessi in quanto soggetti a elaborazione individuale e culturale, influenzati da processi di educazione e socializzazione, plasmati da forze storiche e politiche che incidono sui percorsi biografici con ripercussioni sugli stati di salute. In questo senso, i modi in cui il corpo e la malattia vengono rappresentati e vissuti, o manifestati e comunicati nel setting clinico-assistenziale, rimandano sempre alla relazione tra individuo e contesto storico-sociale circostante. È questa relazione che sarebbe importante considerare al fine di poter formulare una risposta clinica e terapeutica più efficace e “personalizzata”, cioè attenta alla dimensione esperienziale e quindi alle peculiarità di ogni singola persona.

<sup>(3)</sup> Come è stato più volte illustrato in antropologia medica dal dibattito sulla sofferenza sociale e sulla violenza strutturale e dalle analisi incentrate sulle eziologie socio-bio-politiche delle malattie (YOUNG 1982; KLEINMAN, DAS, LOCK 1997; DAS *et al.* 2000; NGUYEN, PESCHARD 2003; FARMER 2003, 2004; FASSIN 2006, 2014b).

<sup>(4)</sup> La diagnosi di fibromialgia è di tipo clinico poiché attualmente non esistono biomarcatori che possano essere rintracciati con test specifici. Inoltre, i criteri diagnostici sono stati modificati nel tempo. Secondo i primi criteri stabiliti nel 1990 dall'ACR (*American College of Rheumatology*), la fibromialgia viene diagnosticata in seguito a una valutazione clinica e quando sono riscontrati due elementi principali: dolore cronico da almeno tre mesi che si manifesta in modo diffuso e generalizzato, e forte reazione dolorosa alla digitopressione su almeno 11 dei 18 *tender points* (punti mialgici) distribuiti su tutto il corpo. Nei criteri diagnostici ACR del 2011, i *tender points* sono stati sostituiti da aree di dolore più diffuse e sono stati aggiunti parametri che misurano quantitativamente il dolore (utilizzando il *Widespread Pain Index* (WPI) e la *SS-Severity Scale*). Gli ultimi criteri ACR stabiliti nel 2016 hanno infine abbandonato la valutazione dei *tender points* e definito la fibromialgia come una sindrome polisintomatica, considerando la presenza di ulteriori sintomi quali disturbi del sonno, affaticamento e disfunzioni cognitive. Gli attuali criteri utilizzati per stabilire la diagnosi sono: sintomi presenti da almeno tre mesi; indice di dolore diffuso (WPI  $\geq 7$ ) e scala di gravità dei sintomi (SS  $\geq 9$ ); dolore generalizzato, presente in almeno quattro delle cinque aree algiche del corpo (quadrante superiore sinistro, quadrante superiore destro, quadrante inferiore sinistro, quadrante inferiore destro, regione assiale).

## Bibliografia

- BIBEAU G. (1998), *L'attivazione dei meccanismi endogeni di autoguarigione nei trattamenti rituali degli Angbandi*, pp. 131-158, in LANTERNARI V., CIMINELLI M.L. (a cura di), *Medicina, magia, religione, valori. II. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori, Napoli.
- BIBEAU G. (2010), *Quel humanisme pour notre âge bio-technologique ?*, "Anthropologie & Santé", 1, <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.91>.
- CONRAD P. (2007), *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- COZZI D., NIGRIS D. (2003), *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Colibri, Torino.
- CSORDAS T. (1994), *Embodiment and Experience: the Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge University Press, Cambridge.
- CSORDAS T., KLEINMAN A. (1998), *Il processo terapeutico*, pp. 109-129, in LANTERNARI V., CIMINELLI M.L. (a cura di), *Medicina, magia, religione, valori. II. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori, Napoli.
- DAS V. *et al.* (a cura di) (2000), *Violence and Subjectivity*, University of California Press, Berkeley.
- EISENBERG L. (1977), *Disease and Illness. Distinction between Professional and Popular Ideas of Sickness*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Vol. 1: 9-23.
- EISENBERG L., KLEINMAN A. (1981), *Clinical Social Science*, pp. 1-23, in EISENBERG L., KLEINMAN A. (a cura di), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht.

- FAINZANG S. (2006), *Antropologia e medicina: riflessioni epistemologiche sulla co-disciplinarietà nella ricerca*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 21-26: 11-24.
- FARMER P. (2003), *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, Berkeley.
- FARMER P. (2004), *An Anthropology of Structural Violence*, "Current Anthropology", Vol. 45 (3): 305-325.
- FASSIN D. (2014a), *Cinque tesi per un'antropologia medica critica*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37: 33-50.
- FASSIN D. (2014b), *Ripolitizzare il mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*, Ombre Corte, Verona.
- FASSIN D. (2006), *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, La Découverte, Paris.
- FEYNMAN R. (1999), *Il senso delle cose*, Adelphi, Milano.
- INGOLD T. (2020), *Antropologia. Ripensare il mondo*, Meltemi, Milano.
- KLEINMAN A., DAS V., LOCK M. (a cura di) (1997), *Social Suffering*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN A., ESENBERG L., GOOD B. (1978), *Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research*, "Annals of Internal Medicine", Vol. 88: 251-258.
- LE BRETON D. (2017), *Tenir. Douleur chronique et réinvention de soi*, Editions Méteilié, Paris.
- LE BRETON D. (2021), *Antropologia del corpo*. Meltemi, Milano.
- LUPO A. (1999), *Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta fra dialogo e azione*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 7-8: 53-92.
- LUPO A. (2014), *Antropologia medica e umanizzazione delle cure*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37: 105-126.
- MORETTI C. (2103), *A nervi tesi. Un'analisi antropologica della sindrome fibromialgica*, Aracne, Roma.
- MORETTI C. (2014), *Ricostruire un sapere: Quando con SF si intende Solo Fantasia e Solo Femminile*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37-38: 457-471.
- MORETTI C. (2015), *Maladie, ou pour le dire mieux, le mal a dit. Racontez - moi comment tout a commence*, "Revue des Sciences Sociales", 53: 58-65.
- MORETTI C. (2017), *Sympathetic Character. La retorica dell'inefficacia nei processi diagnostici della Sindrome Fibromialgica*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 43-46: 177-200.
- MORETTI C. (2019), *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*, ETS, Pisa.
- MORETTI C. (2021) *Sfidare i confini della normalità: la fibromialgia tra il reale e l'irreale, il visibile e l'invisibile*, pp. 173-184, in GRASSI P., ZAMMIT R. (a cura di), *La bioetica e i cinque sensi tra pratica clinica e metafore*, Tau editrice, Todi.
- MORETTI C. (2022), *"Con le mani nude sull'anima". Processi terapeutici e gestione autonoma della cura negli stati dolorosi cronici complessi*, "Etnografia e Ricerca Qualitativa", in corso di pubblicazione.
- NGUYEN V.K., PESCHARD K. (2003), *Anthropology, Inequality, and Disease: A Review*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 32: 447-474.
- PALUMBO B. (2021), *Lo sguardo inquieto. Etnografia tra scienza e narrazione*, Marietti, Bologna.
- PIZZA G. (1997), *Corpi e antropologia: l'irriducibile naturalezza della natura*, "Aperture. Rivista di cultura, arte e filosofia", 3: 45-46.

- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- PIZZA G. (2020), *L'antropologia di Gramsci. Corpo, natura, mutazione*, Carocci, Roma.
- QUARANTA I. (2012), *La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura*, "Antropologia e teatro", 3: 1-31.
- SCHIRRIPA P. (2012), *Sistema medico. Campo politico, istituzioni sanitarie e processi di medicalizzazione tra egemonia e resistenza*, pp. 269-284, in COZZI D. (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.
- SCHEPER-HUGHES N., LOCK M. (1987), *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 1 (1): 6-41.
- SEPPILLI T. (2004), *La questione dell'efficacia delle terapie sacrali e lo stato della ricerca nelle scienze umane. Dialogo a cura di Pino Schirripa*, "Religion e Società. Rivista di scienze sociali della religione", 48: 75-85.
- SEPPILLI T. (2006), *Etnomedicina e Antropologia medica: un approccio storico-critico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 11: 21-26.
- SEPPILLI T. (2008a), *Scritti di antropologia culturale*, MINELLI M., PAPA C. (a cura di), volume I, Leo S. Olschki Editore, Firenze.
- SEPPILLI T. (2008b), *Scritti di antropologia culturale*, MINELLI M., PAPA C. (a cura di), volume II, Leo S. Olschki Editore, Firenze.
- SEPPILLI T. (2014), *Antropologia medica e strategia per la salute. Relazione introduttiva al convegno*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 37: 17-31.
- SEPPILLI T. (2018), *Introduzione*, pp. 5-25, in CHARCOT J.M., *La fede che guarisce*, a cura di Y. Celso, ETS, Pisa.
- SIMONNET G., LAURENT B., LE BRETON D. (2018), *L'Homme Dououreux*, Odile Jacob, Paris.
- YOUNG A. (1982), *The Anthropologies of Illness and Sickness*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 11: 257-285.

## Scheda sull'Autrice

Chiara Moretti è nata a Atessa (CH) il 17 febbraio 1983. È assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma, docente a contratto di Antropologia Medica presso il Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale dell'Università di Bologna e di Discipline Demoeoantropologiche presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Tor Vergata (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù). Nel 2018 ha conseguito il Dottorato di Ricerca presso l'Università di Strasburgo in co-tutela con l'Università degli Studi di Perugia. Negli ultimi anni ha condotto una indagine etnografica di lungo periodo, sia in Italia che all'estero, sull'approccio biomedico alle condizioni dolorose croniche e, in particolare, alla sindrome fibromialgica. Dal 2020 è membro del consiglio direttivo della Società italiana di antropologia medica (SIAM) e della redazione per la rivista "AM Rivista della società italiana di antropologia medica fondata da Tullio Seppilli". I suoi maggiori interessi di ricerca sono: genere, cultura e salute; antropologia medica e storia dei saperi medici; dolore cronico e sindromi medicalmente inspiegabili; accesso ai servizi sociosanitari e promozione della salute.

## Riassunto

*Persona, corpo e malattia. Il contributo dell'antropologia medica allo sviluppo di una medicina critica e autoriflessiva*

Questo contributo vuole mettere in luce l'apporto dell'antropologia medica allo sviluppo di una medicina critica e autoriflessiva, capace di considerare i processi di salute/malattia nei termini di fenomeni biologici e storico-sociali complessi e di riposizionare, conseguentemente, la persona al centro dei processi di cura. L'articolo è stato pensato e scritto per lettori e lettrici che non hanno necessariamente una formazione in ambito antropologico con lo scopo di offrire alcuni spunti di riflessione, promuovere un dibattito anche al di fuori degli steccati disciplinari o dei confini accademici e rafforzare il confronto e lo scambio con i/le professionisti della salute.

*Parole chiave:* Sistema medico, corpo, malattia, cura, co-disciplinarietà

## Resumen

*Sujeto, cuerpo y enfermedad. La contribución de la antropología médica al avance de una medicina crítica y autorreflexiva*

Esta contribución se propone evidenciar la aportación de la antropología médica al avance de una medicina crítica y autorreflexiva, capaz de considerar los procesos de salud/enfermedad en términos de fenómenos biológicos y socio históricos complejos y, en consecuencia, de reposicionar a la persona en el centro de los procesos asistenciales. El artículo ha sido concebido y escrito para lectores que no tienen necesariamente una formación en antropología, con el objetivo de ofrecer elementos de reflexión, promover un debate también fuera de las vallas disciplinarias o las fronteras académicas y reforzar la interpelación y el intercambio con los profesionales de la salud.

*Palabras clave:* Sistema médico, cuerpo, enfermedad, cura, co-disciplinarietà

## Résumé

*Sujet, corps et maladie. L'apport de l'anthropologie médicale au développement d'une médecine critique et autoréflexive*

Cette contribution vise à montrer l'apport de l'anthropologie médicale au développement d'une médecine critique et autoréflexive, capable de considérer les processus de santé/maladie en termes de phénomènes biologiques et socio-historiques complexes et, par conséquent, de repositionner la personne au centre des processus de soins. L'article a été conçu et rédigé pour des lecteurs et des lectrices qui n'ont pas nécessairement une formation en anthropologie, afin d'offrir des pistes de réflexion, de promouvoir un débat également en dehors des barrières disciplinaires ou des frontières académiques et de renforcer la discussion et l'échange avec les professionnels de la santé.

*Mots clés:* Système médical, corps, maladie, soins, co-disciplinarietà

