

Per un dizionario enciclopedico di Antropologia medica

Con questo n. 9-10 *AM* dà inizio a una nuova rubrica: *Per un dizionario enciclopedico di Antropologia medica*. In questa rubrica verranno via via proposte, ad un livello di approfondimento che ci è sembrato corrispondere appunto a quello di un dizionario enciclopedico, un certo numero di “voci” esplicative concernenti la definizione e una messa a punto storico-critica dei principali termini utilizzati come concetti-chiave in antropologia medica.

Ciascuna “voce” risulterà articolata, anche per agilità di consultazione, in tre sezioni. Una *prima sezione* [**A. Definizione**] proporrà, ad un livello di prima approssimazione, una sintetica definizione del termine e eventualmente delle diverse accezioni con cui esso è stato utilizzato dai differenti autori, indicando altresì i termini corrispondenti in altre lingue scientifiche. In una *seconda sezione* [**B. Profilo storico**] verrà delineato un quadro degli sviluppi e delle possibili diversificazioni di significato che il termine ha subito da quando esso è entrato in uso in antropologia medica o in generale nelle scienze umane. Sulla base di un bilancio del suo utilizzo o di quanto risulta alla luce di situazioni nuove o di nuove vedute, si tenterà di delineare in una *terza sezione* [**C. Problemi aperti**], non necessariamente presente in tutte le “voci”, ciò che nella definizione usuale del termine o in talune sue implicazioni ci sembra porre qualche problema e richiedere dunque chiarimenti o precisazioni o giungere a mettere in questione lo stesso valore euristico per cui il termine è stato introdotto. Nelle tre sezioni i riferimenti a specifici contributi saranno forniti tra parentesi con la semplice indicazione dell'autore e dell'anno di pubblicazione del lavoro rinviando, per l'informazione completa, a una selezionata bibliografia specifica posta a conclusione della “voce” (per la quale si seguirà la normativa bibliografica adottata da questa rivista e riportata nelle pagine finali del presente volume).

Tutte le “voci” saranno il risultato di un impegno collettivo della intera Redazione di *AM* e, laddove opportuno, di ulteriori collaboratori (in tal caso esplicitamente indicati). In calce a ciascuna “voce” risulteranno i suoi materiali estensori e, parimenti, la data della riunione redazionale in cui essa è stata collegialmente e definitivamente approvata.

Questo impegno – volutamente *collettivo* al fine di garantire all'iniziativa una più ampia piattaforma di esperienze e riferimenti e al tempo stesso una organica coerenza complessiva tra le varie “voci” – ci è sembrato particolarmente opportu-

no in una fase di sviluppo della antropologia medica caratterizzata da notevoli differenze di approccio, nei vari contesti e nelle varie scuole, e dalla conseguente eterogeneità di lingue e di significati in cui la terminologia disciplinare viene usata e si espande nei vari Paesi con una frequente sottovalutazione dei fondamenti e delle implicazioni teorico-metodologiche, e talora ideologiche o “di situazione”, in cui i singoli termini vengono proposti e via via utilizzati. Una situazione, questa, tanto più grave in un Paese come l'Italia in cui l'antropologia medica, almeno nella sua forma contemporanea, è entrata con un certo ritardo e si espande ora in forme non di rado disorganiche e improvvisate: in cui dunque i concetti-chiave sono scarsamente sedimentati e solo parzialmente sottoposti a verifiche critiche alla luce della nostra realtà e della “nostra” tradizione antropologica, spesso veicolati attraverso termini poco univoci e malamente ed eterogeneamente tradotti da altre lingue; e in cui, anche in questo campo, a fronte di un crescente reale bisogno di competenze specialistiche, fa tuttora riscontro una perdurante carenza di luoghi istituzionali di formazione e ricerca.

Sistema medico

[francese: *Système médical* / inglese: *Medical system* / spagnolo: *Sistema médico*]

A. Definizione

Con questo concetto si intende, in prima approssimazione, l'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.

B. Profilo storico

Il concetto di sistema medico è stato introdotto nel dibattito disciplinare dell'antropologia medica a partire dalla metà degli anni '70, anche se esso compare già, seppur in maniera frammentaria e non organicamente strutturato, nella letteratura antropologica dei primi decenni del ventesimo secolo (RIVERS W. H. R. 1924, CLEMENTS F. 1932) e in una serie di monografie

etnografiche successive (MURDOCK G. P. 1934, REDFIELD R. - VILLA ROJAS A. 1967 [1934], EVANS-PRITCHARD E. E. 1976 [1937]). In questi lavori la focalizzazione tematica riguarda soprattutto aspetti cognitivi e operativi connessi all'interpretazione e alla gestione degli stati di malattia nelle società studiate – prevalentemente quelle extraeuropee o “primitive” – dove la caratterizzazione delle pratiche mediche si configura strettamente connessa alla magia (MAUSS M. 1965 [1950], ACKERKNECHT E. 1971). Talora l'interesse delle ricerche si è rivolto all'analisi delle figure delegate all'interpretazione eziologica e all'applicazione delle terapie (REDFIELD R. - VILLA ROJAS A. 1967 [1934]) oppure si è orientato verso lo studio della razionalità soggiacente alle pratiche magiche (EVANS-PRITCHARD E. E. 1976 [1937]). Alcune ricerche si sono occupate dell'analisi dei rituali terapeutici (TURNER V. 1976 [1967]) e altre della distribuzione geografica delle tipologie classificatorie e delle modalità di intervento in relazione a determinati stati di malattia (MURDOCK G. P. 1934, MURDOCK G. P. - WILSON S. F. - FREDERICK V. 1978). Si tratta, fondamentalmente, di studi in cui sono stati analizzati soltanto alcuni degli aspetti specifici insiti nel quadro generale del sapere e delle pratiche mediche locali, e non di studi che hanno affrontato la complessità di costituzione, strutturazione e funzionamento dei sistemi medici nella loro globalità.

L'utilizzazione del termine “sistema medico” come concetto analitico specifico dell'ambito degli studi in antropologia medica appare connesso, in generale, a una serie di problematiche emergenti dalle ricerche sul funzionamento del sistema sanitario e delle medicine “altre” – sia in ambito occidentale, a proposito della compresenza-coesistenza di una pluralità di risorse di cura, che extraoccidentale, a proposito dei saperi medici locali, delle medicine tradizionali e del loro eventuale ruolo integrativo rispetto all'assistenza di base –. In particolare esso è stato utilizzato rispetto a due tematiche di rilevante importanza: (a) l'individuazione dei processi costitutivi di senso attraverso cui si organizzano l'insieme delle rappresentazioni e dei saperi relativi alla concettualizzazione del rapporto individuo/natura e alla concezione degli stati di malattia, e (b) l'identificazione degli elementi costitutivi delle differenti tipologie di pratiche mediche. Si è trattato, in sostanza, di analisi e di studi compiuti talora sugli aspetti di carattere cognitivo, oppure sugli aspetti operativi e interrelazionali quali componenti condizionali e determinanti di tali pratiche.

Uno dei primi tentativi di definizione e di classificazione dei sistemi medici è stato quello proposto da George Foster (FOSTER G. M. 1976) fondato sulla diversità delle interpretazioni eziologiche. Nel modello analitico in

questione si fa riferimento a *sistemi medici personalistici*, quando la causa di malattia viene individuata in fattori attivi di tipo umano, non umano o sovrannaturale che aggrediscono o puniscono in maniera mirata, non casuale, un individuo o un gruppo, e a *sistemi medici naturalistici*, quando la causa di malattia è impersonale e individuabile in fattori o condizioni naturali quali il caldo, il freddo, i venti e soprattutto l'equilibrio degli elementi corporei. Nella tipologia di sistema medico personalistico la variabile indipendente è costituita dall'eziologia della malattia, mentre risultano, quali variabili dipendenti derivate, la tipologia dei guaritori, la natura del diagnostico e l'eventuale ruolo della magia e della religione quali fattori patogeni o terapeutici. Qualche anno dopo l'autore (FOSTER G. M. - ANDERSON B. G. 1978) propone una definizione di sistema medico come l'insieme delle istituzioni sociali e delle tradizioni culturali legate al perseguimento consapevole di un miglior stato di salute; definizione distinta da quella di etnomedicina, la quale è da lui intesa solo come l'insieme dei saperi e delle pratiche riferite alla malattia prodotte da sviluppi culturali indigeni. Altri tentativi di tipo classificatorio, relativi ai sistemi medici di specifiche popolazioni di vari continenti e fondati sulle differenti interpretazioni eziologiche, erano già presenti nei primi lavori di George Peter Murdock e sono stati da lui puntualizzati successivamente sempre in chiave comparativista (MURDOCK G. P. 1934, MURDOCK G. P. - WILSON S. F. - FREDERICK V. 1978).

Anche Augé indaga la logica che sottende al funzionamento dei sistemi medici tradizionali. Opponendosi alla teoria di Foster (vedi sopra), egli individua tre principali modalità di funzionamento di tali sistemi: la logica delle differenze, attraverso cui i simboli che permettono di ordinare il sociale vengono ordinati per mezzo di relazioni di similarità o di opposizione; la logica dei riferimenti, che permette di stabilire relazioni tra la logica delle differenze e l'ordine sociale; la logica dell'evento, «che sottopone i rapporti di senso stabiliti dalle prime due all'evidenza di un rapporto di forze svelato dalla storia» (AUGÉ M. 1986 [1983]: 53). Più in generale Augé insiste sul profondo significato sociale che la malattia assume nei sistemi medici tradizionali, laddove ogni stato di malattia rimanda ad un più vasto disordine di ordine cosmico o sociale. L'interesse per la logica di funzionamento dei sistemi medici tradizionali è centrale anche nei lavori di Nicole Sindzingre e Andras Zempléni e di Gilles Bibeau. Anche in questo caso l'interesse è centrato principalmente sulle modalità delle interpretazioni eziologiche. Zempléni e Sindzingre (SINDZINGRE N. - ZEMPLÉNI A. 1981) insistono sul carattere circolare delle eziologie nei sistemi medici tradizionali; per questi studiosi in tali sistemi l'individuazione manifesta di

una particolare patologia rimanda immediatamente a una causa di ordine diverso, fino a poter coinvolgere un livello sovrannaturale. La circolarità delle interpretazioni eziologiche, oltre a limitare il rischio di fallimenti interpretativi, rende il sistema medico intimamente coerente. Anche Bibeau (BIBEAU G. 1981) insiste sulla coerenza del sistema medico tradizionale degli Agbandi dello Zaire, dove egli ha svolto un lungo lavoro sul campo. Partendo da una analisi di tipo semantico, egli individua un sistema gerarchico di categorie via via più ampio che rivela la profonda coerenza interna di quel sistema.

Oltre alle tipologie classificatorie fondate sulle differenti interpretazioni eziologiche insite in questi studi, si delineano progressivamente ulteriori criteri analitici, ad esempio in chiave epistemologica, per la definizione e per la classificazione dei sistemi medici. Uno dei più interessanti e controversi aspetti caratterizzanti questi lavori è quello riguardante la costituzione e la strutturazione dei modelli di conoscenza o dei paradigmi che, da una parte, danno origine e governano i sistemi medici, e dall'altra possono trovarsi in forte concorrenzialità tra di loro, sia all'interno di uno stesso sistema, sia in una condizione determinata dalla compresenza di una pluralità di sistemi. A proposito dei meccanismi e delle dinamiche relative alla costituzione dei saperi, in generale, e del sapere medico, in particolare, Horacio Fabrega Jr. (FABREGA H. Jr. 1971) segnala attraverso le sue ricerche l'esistenza di repertori cognitivi, localmente determinati e culturalmente condivisi, relativi alla classificazione delle malattie, l'eziologia e le norme di comportamento per la cura proponendo quindi un rapporto univoco tra questi e il sistema medico di riferimento. Nella stessa direzione sembra muovere la definizione di sistema medico proposta da Irwin Press, (PRESS I. 1980) la quale fa riferimento a un insieme di valori e pratiche governate da un singolo paradigma riguardante il significato, l'identificazione, la prevenzione e il trattamento delle malattie; in questo stesso saggio vengono posti in evidenza, quali nodi problematici nello studio dei sistemi medici, le varianti dei sotto-sistemi e la natura dei differenti livelli di legittimità fra i sistemi, considerazioni che evidenziano, da una parte, il problema della coesistenza di diversi sistemi medici all'interno di un ambito sociale e dall'altra, configurano i sistemi medici come costruzioni culturalmente e socialmente determinate.

Un modello interpretativo dei sistemi medici intesi come costruzioni culturali è quello proposto da Arthur Kleinman in un'ottica ermeneutico-interpretativa (KLEINMAN A. 1978, 1980). Per questo autore un sistema medico (*health care system*) risulta costituito – oltre che dall'organizzazione complessiva del sapere, delle tecniche e delle strutture – anche dalle cre-

denze e dai comportamenti individuali e collettivi, socialmente determinati, relativi allo star male o alla malattia. Talché il sistema medico si configura come l'interazione fra differenti livelli e settori: il settore della medicina professionale, il settore della medicina tradizionale o folk e il settore del sapere medico popolare. Questi settori sono «arene» sociali in cui vengono esperite le malattie e si attuano le risposte per risolverle e allo stesso tempo costituiscono un terreno fertile per il rimescolamento e la sintesi dei saperi medici. In questo modello è fondamentale la contestualizzazione sociale e culturale dei livelli locali in cui sono operativi i sistemi medici, in quanto i «modelli esplicativi» – ossia i saperi medici originali dei terapeuti, professionali e tradizionali, e quelli degli utenti-pazienti relativi all'eziologia, alle sintomatologie, alla fisiopatologia, al decorso e al trattamento delle malattie – sono culturalmente determinati. Dal punto di vista metodologico l'interesse di Kleinman si è orientato, inoltre, sulle cosiddette «realità cliniche», contesti legittimati dove le malattie vengono trattate e luogo privilegiato per l'osservazione etnografica; conseguentemente la comparazione fra i sistemi medici può avvenire sulla base di questi elementi: le tipologie di malattie trattate, il rapporto terapeuta/paziente, l'efficacia e infine i meccanismi sottostanti all'efficacia terapeutica.

I sistemi medici sono stati studiati anche in base alle loro caratteristiche sul terreno operativo, lo stesso Arthur Kleinman (KLEINMAN A. 1980) ha individuato «cinque attività cliniche universali» svolte dai sistemi medici, che vanno dalla costruzione culturale della malattia e dei suoi vissuti psicosociali alla gestione dei risultati terapeutici. Il modello interpretativo proposto da Arthur Kleinman per l'analisi dei sistemi medici fondato sull'intreccio dei settori della medicina viene in qualche modo ripreso da Allan Young (YOUNG A. 1990), per il quale un sistema medico consiste di un insieme di tradizioni mediche e di settori medici – intesi questi ultimi, sia come ambiti cognitivi ed esperienziali della malattia, sia come ambiti operativi della diagnosi e della terapia – che vengono utilizzati da gruppi comunitari o sociali specifici. Secondo l'impostazione dell'autore, a proposito dei paradigmi che costituiscono i quadri interpretativi di riferimento che caratterizzano e determinano un sistema medico, «un numero svariato di tradizioni mediche eterogenee può far parte di un unico sistema medico, e una singola tradizione medica può essere rintracciata all'interno di più sistemi; i punti di contatto fra i sistemi e le tradizioni mediche posti allo stesso livello di astrazione, definiscono e identificano i settori medici». Le dinamiche descritte, articolate in qualità di strategie di ricorso orientate verso un determinato settore o tradizione medica renderebbero signifi-

cative le credenze mediche degli individui (YOUNG A. 1990, GOOD B. J. 1999 [1994]).

Ulteriori approcci proposti per la definizione e la classificazione dei sistemi medici si fondano sull'individuazione dei loro elementi costitutivi o componenti elementari indispensabili. Per quanto attiene al modello del sistema medico fondato sulla biomedicina, esso implica, da una parte, l'organizzazione complessiva del sapere e delle tecniche in una rete istituzionale e strutturale complessiva, e dall'altra, la normativa sul funzionamento del sistema e i ruoli del personale, nonché la codificazione del sapere e le strutture per la sua trasmissione. Per quanto attiene invece i sistemi medici "altri" risulta abbastanza complesso individuare un gruppo omogeneo di componenti elementari indispensabili: sicuramente, però, fanno parte di tutti i sistemi medici un insieme di saperi e pratiche relative alle malattie, ai trattamenti e alla materia medica, una o più categorie di operatori, una base cognitiva o modello di conoscenza – seppur sovente non organicamente strutturato o codificato – e una utenza o domanda di prestazioni. È quanto ad esempio fa l'antropologo francese François Laplantine (LAPLANTINE F., 1988 [1986], 1990) che identifica alcune caratteristiche comuni che distinguono i sistemi medici tradizionali da quelli "ufficiali": le modalità formative degli operatori tradizionali, per trasmissione orale o anche scritta, senza però l'intermediazione istituzionale, l'individuazione del contatto e la prossimità fisica insita nel rapporto terapeuta/paziente, l'intreccio di pratiche di carattere magico e rimedi di tipo empirico, l'intreccio fra ambiti medico, religioso e della salute. Sempre sul terreno dell'operatività è di particolare importanza, inoltre, l'aspetto della legittimità o del riconoscimento istituzionale per cui è possibile far riferimento a sistemi medici "ufficiali" e "non ufficiali". Altro aspetto dell'operatività è costituito dalla tipologia delle prescrizioni o dei trattamenti, siano essi improntati su «effetti farmacologici specifici, non specifici o simbolici» (MICOZZI M. 1983, ETKIN N. 1988).

Altri parametri individuati per la definizione e la classificazione dei sistemi medici si configurano attorno all'asse tradizionale/moderno (CAMAZINE S. M. 1980, SINGER M. 1990) o alle condizioni di egemonia/subalternità (MENÉNDEZ E. 1981), oppure alla contrapposizione tra medicina cosmopolita/medicina indigena (CAI J. 1987); questi studi implicano un approccio teorico e metodologico che rende conto della compresenza di una pluralità di sistemi medici all'interno di uno stesso ambito sociale. Una suddivisione classificatoria di questo tipo, in parte derivata da configurazioni culturali oggettive, e in parte determinata da fattori organizzativi, amministrativi e politici, è stata elaborata dal antropologo messicano Gonzalo

Aguirre Beltrán (AGUIRRE BELTRÁN G. 1986) il quale evidenzia la seguente strutturazione dei sistemi curativi: medicina etnica e folk, medicina privata, medicina pubblica e medicina socializzata o sociale; sempre in ambito messicano Eduardo Menéndez (MENÉNDEZ E. 1981) propone una classificazione tipologica degli operatori dei sistemi medici fondata sul loro ruolo e sulla loro funzione, in termini integrativi e/o alternativi, che vanno dal gruppo tecnico comprendente i guaritori erboristici, i conciaossa e le ostetriche empiriche, all'ambito domestico dell'autocura, dalle pratiche magico-religiose all'efficacia simbolica.

Charles Leslie (LESLIE C. 1980, 1992, LESLIE C. - YOUNG A. 1992) ha utilizzato la denominazione medicina cosmopolita per riferirsi al sistema medico occidentale, ma in altri contesti dove è vigente una condizione di pluralismo medico, sostiene l'autore, anche la medicina tradizionale cinese e la medicina ayurvedica sono da considerarsi come medicine cosmopolite. Altri autori (WHITE K. 1977, COSMINSKY S. - SCRIMSHAW M. 1980, BASTIEN J. W. 1992) a proposito di contesti sociali dove hanno individuato una condizione di compresenza di differenti sistemi medici, nonostante ancora informale o ufficialmente non riconosciuta, al posto della denominazione di "pluralismo medico" hanno adottato quella di "pluralità di risorse mediche". Questa ulteriore catalogazione, significativa di una percezione e di una valutazione relativamente positiva delle pratiche mediche differenti dalla biomedicina occidentale, ha in parte costituito uno degli elementi della piattaforma politica che ha dato luogo a nuove direttive e priorità nell'ambito d'interventi nel settore della salute, soprattutto, nei contesti dei cosiddetti Paesi in via di sviluppo (BANNERMAN R. H. - BURTON J. - WENCHIEH C. *curr.* 1983). Paesi dove, appunto, per la maggior parte della popolazione, in qualità di utenza, la biomedicina occidentale e le altre risorse mediche o sistemi medici disponibili si combinano e funzionano come un unico sistema di risorse e ricorsi, e dove il condizionamento economico e/o sociale comporta l'attuazione di strategie di salute, da parte dell'utenza, fondamentalmente pragmatiche che evidenziano non soltanto le carenze strutturali delle reti assistenziali e sanitarie ufficiali, ma anche la necessità di una legittimazione delle risorse di salute locali (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ 1978).

Nel corso degli ultimi due decenni molte analisi hanno messo profondamente in discussione il concetto di sistema medico. Diversi i fattori che hanno condotto a questa profonda revisione teorica. Da una parte gli studi sui contesti di pluralismo medico, ricordati più sopra, che hanno messo in luce zone di interpenetrazione e di confluenza tra tradizioni terapeutiche differenti; dall'altra una maggiore attenzione verso le concrete azioni de-

gli attori sociali – ad esempio attraverso l'analisi dei percorsi terapeutici dei pazienti o delle figure dei guaritori – che ha evidenziato come le terapie tradizionali siano dotate di un alto grado di asistematicità, e come in esse coabitino logiche differenti. Infine non è estranea a tale revisione teorica la “svolta interpretativa” di carattere postmoderno – che ha influenzato molte delle antropologie contemporanee, soprattutto nordamericane –, la quale ha spostato l'attenzione sui processi negoziali di costituzione del senso. In tal modo le terapie tradizionali, ma anche la biomedicina, non rivelano più un carattere di coerenza interna o di sistematicità, ma sono viste come arene in cui la ricerca del senso è un continuo processo di negoziazione tra gli attori sociali, in una transazione che ridefinisce ogni volta teorie eziologiche, saperi e pratiche.

Già nei primi anni '80 Murray Last partendo dalla sua esperienza sul campo, sottolinea come la nozione di sistema medico sia difficilmente applicabile a molte tradizioni terapeutiche (LAST M. 1981). Egli sostiene che i criteri che permettono ad un insieme di pratiche terapeutiche di essere percepite come sistema dai pazienti e dai suoi “professionisti” sono essenzialmente: «a) L'esistenza di un gruppo di professionisti che, tutti, aderiscono in modo chiaro ad un comune e coerente corpo di teorie e che basano la loro pratica su una logica che deriva da quelle teorie. b) I pazienti riconoscono l'esistenza di questo gruppo di professionisti e di un corpo di teorie coerente e, benché essi non siano in grado di dar conto della teorie, ne accettano la loro logica come valida. c) La teoria è in grado di spiegare e trattare la maggior parte delle malattie di cui la gente fa esperienza» (LAST M. 1981: 389). Tali caratteristiche, che sono facilmente riscontrabili nella biomedicina, raramente si ritrovano in altre tradizioni terapeutiche. Certamente i pazienti riconoscono che esiste un gruppo di professionisti in grado di intervenire nella maggior parte dei casi di malattia, e di risolverne molti in maniera positiva. Quel che è meno certo è che esista una teoria o un corpo di teorie coerenti, oltretutto accettate da tutti, da cui si possa derivare il sapere e la pratica dei guaritori.

Per Didier Fassin (FASSIN D. 1987, 1992, FASSIN D - FASSIN E. 1988) la nozione di sistema medico non può, da un punto di vista euristico, dar conto di realtà complesse in cui convivono diverse tradizioni di cura. Partendo dalla sua ricerca sul campo in una *banlieue* di Dakar, Fassin (FASSIN D. 1992) mette in discussione un tentativo di classificazione dei sistemi medici basati sull'asse tradizionale/moderno, così come anche rende più sfumate la differenze tra i diversi sistemi medici, mettendo in luce come vi siano zone di convergenza e sincretismi. Partendo dal punto di vista degli attori sociali, in particolar modo dei terapeuti, egli sottolinea come in situazioni di

pluralismo medico – marcate anche dai processi di legittimazione della medicina tradizionale (vedi sopra) – si assista ad una continua rinegoziazione del ruolo sociale dei terapeuti che li riposiziona continuamente su diversi livelli del campo complessivo dell'offerta terapeutica.

Abbracciando una posizione di tipo dialogico e postmoderno Robert Pool (POOL R. 1994) mette decisamente in crisi l'idea stessa di sistema medico. L'universo medico che egli ci presenta è ad un tempo multiforme e sfumato. Attraverso una tecnica di scrittura innovativa, basata principalmente sulla presentazione e il commento dei dialoghi svolti sul campo, egli fa emergere come diversi guaritori diano differenti significati a gruppi di sintomi simili, così come anche le stesse categorie diagnostiche assumano per diversi guaritori contenuti spesso differenti. Ma anche come il medesimo guaritore usi concetti e categorie nosologici in modo diverso a seconda dei contesti e dei momenti: a volte nel leggere lo stesso episodio di malattia vi è un continuo scivolamento di significati e di categorie. Il carattere multiforme e sfumato del campo nosologico delle terapie tradizionali, determinato dallo scambio dialogico tra il paziente e il terapeuta e dal continuo aggiustamento delle interpretazioni al contesto, non presenterebbe dunque quei caratteri di sistematicità che invece erano sottolineati dalla letteratura antropologica dei decenni precedenti.

Jean Benoist (BENOIST J. cur. 1996) ha concentrato, in questi ultimi anni, il suo interesse sui sistemi medici in contesti creoli, dove appunto esiste una pluralità di sistemi in concorrenza tra di loro (vedi sopra). La metafora analitica utilizzata da Benoist è quella dell'incrocio, del crocicchio; di un luogo in cui diverse tradizioni terapeutiche (tra cui va catalogata anche la biomedicina) si incontrano. Da una parte ciò dà vita ad interessanti "incroci" di pratiche terapeutiche che rendono sempre più impure le singole tradizioni. Dall'altra essi permettono agli individui di muoversi da un sistema all'altro, poiché la pluralità di regole, di logiche e di pratiche terapeutiche, viene attraversata dagli individui che nel loro percorso di cura si rivolgono a più risorse terapeutiche. Ma se questa dimensione di pluralità era già stata indagata da Kleinman, Benoist insiste invece sulla necessità di esaminare le ragioni del pluralismo medico, non tanto ricercando una quanto improbabile logica regolatrice degli atteggiamenti, ma analizzando le dimensioni del politico e del potere.

Raymond Massé (MASSÉ R. 1997), infine, insiste sul carattere non sistematico delle medicine e sulla indeterminazione dei saperi e delle pratiche che le costituiscono. In questa visione il processo di significazione messo in moto da uno specifico episodio di malattia non riposa su un coerente sistema eziologico, ma rimanda a una molteplicità di forme e di livelli del sape-

re. Ancora una volta, dunque, le tradizioni terapeutiche assumono la forma di modelli frammentati, incompleti e non sistematici.

C. Problemi aperti

Il concetto di sistema medico ha consentito di guardare alle tradizioni terapeutiche “altre” non già come insiemi giustapposti di pratiche erboristiche e manipolative – empiricamente rivelatesi più o meno efficaci – e di concezioni della malattia e interventi magici di più dubbio carattere operativo, ma invece come sistemi integrati e coerenti in cui la dimensione empirica discende, ed è fortemente correlata, ad un più vasto ordine di carattere simbolico e cognitivo. Di più tali sistemi, oltre a manifestare un buon grado di coerenza interna, operano non soltanto al livello della eziologia e della cura dello stato di malattia, ma si pongono su una dimensione più globale in cui anche la prevenzione della malattia ed il mantenimento dello stato di salute giocano un ruolo fondamentale (JANZEN J. 1978, 1979). Le ricerche degli ultimi due decenni hanno fortemente messo in discussione il carattere di coerenza interna dei sistemi medici, proponendo modelli di lettura ad un tempo più sfumati e complessi. Resta il problema di indagare più a fondo le situazioni creole, quelle in cui diversi sistemi coesistono, e nelle quali le pratiche terapeutiche si presentano sempre più con un carattere impuro, sincretico. Non sono solo gli attori sociali ad attraversare il crocicchio in diverse direzioni, per usare la metafora di Benoist, ma sono anche i terapeuti a porsi all'incrocio tra diversi sistemi. Pluralità di pratiche, e dunque di logiche e di simboli, che si incontrano. Se tutto ciò consente un ampliamento del quadro teorico ed analitico, va ribadito che le indagini, a questo proposito, non possono eludere le stringenti questioni del costituirsi delle realtà creole come esiti di processi storici, indagando le dinamiche egemoniche, le pratiche di resistenza e, dunque, i reali rapporti di potere tra gruppi sociali determinati.

Bibliografia

- ACKERKNECHT Erwin (1971), *Medicine and ethnology. Selected essays*, Verlag Hans Huber, Bern.
- AGUIRRE BELTRÁN Gonzalo (1986 [1994]), *Antropología médica*, SEP-CIESAS, México D. F. [II ediz.: Fondo de Cultura Económica, México D. F., 1994].
- AUGÉ Marc (1986 [1983]), *Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell'avvenimento*, pp. 33-85, in AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine (curatori), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, traduz. dal francese di Annick WOUTERS e Lietta FERRI, ediz. italiana a cura di Francesco MAIELLO, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie*

de la maladie, Editions des Archives Contemporaines, Luxembourg (Overseas Publishers Association, Amsterdam), 1983].

BANNERMAN Robert H. - BURTON John - WEN-CHIEH Ch'en (curatori) (1983 [1984]), *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé. Textes choisis à l'intention des amministrateurs de la santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève [ediz. italiana : ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Il ruolo delle medicine tradizionali nel sistema sanitario. Valutazioni scientifiche e antropologiche*, Red Edizioni, Como, 1984].

BASTIEN Joseph W. (1992), *Drum and stethoscope: integrating ethnomedicine and biomedicine in Bolivia*, University of Utah Press, Salt Lake City.

BENOIST Jean (curatore) (1996), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Editions Karthala, Paris (Collection Médecines du monde. Anthropologie comparée de la maladie).

BIBEAU Gilles (1981), *The circular semantic network in Ngbandi disease nosology*, "Social Science and Medicine", vol. 15B, 1981, pp. 295-307.

CAI Jingfeng (1987), *Toward a comprehensive evaluation of alternative medicine*, "Social Science and Medicine", vol. 25, n. 6, 1987, pp. 179-187.

CAMAZINE Scott M. (1980), *Traditional and Western health care among the Zuni Indians of New Mexico*, "Social Science and Medicine", vol. 14B, 1980, pp. 73-80.

CLEMENTS Forrest, (1932), *Primitive concepts of disease*, "Publications in American Archaeology and Ethnology" (University of California), vol. 32, part 2, pp. 185-252.

COSMINSKY S. - SCRIMSHAW M. (1980), *Medical pluralism in a Guatemalan plantation*, "Social Science and Medicine", vol. 14B, 1980, pp. 267-278.

ETKIN Nina (1988), *Ethnopharmacology: biobehavioral approaches in the anthropological study of indigenous medicines*, "Annual Review of Anthropology", vol. 17, 1988, pp. 23-42.

EVANS-PRITCHARD Edward E. (1976 [1937]), *Stregoneria, oracoli e magia tra gli Azande*, traduz. dall'inglese di Bernardo BERNARDI, Franco Angeli Editore, Milano [ediz. orig.: *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, Oxford University Press, Oxford, 1937].

FABREGA Horacio Jr. (1971), *Some features of Zinacantan medical knowledge*, "Ethnology", vol. X, n. 1, 1971, pp. 25-43.

FASSIN Didier (1987), *La santé, un enjeu politique quotidien*, "Politique Africaine", vol. 28, 1987, pp. 2-8.

FASSIN Didier (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Presses Universitaires de France, Paris.

FASSIN Didier - FASSIN Eric (1988), *Traditional medicine and the states of legitimacy in Senegal*, "Social Science and Medicine", vol. 27, n. 4, 1988, pp. 353-357.

FOSTER George M. (1976), *Diseases aetiologies in non-Western medical systems*, "American Anthropologist", vol. 78, 1976, pp. 773-782.

FOSTER George M. - ANDERSON B. G. (1978), *Medical anthropology*, John Wiley, New York.

GOOD Byron J. (1999 [1994]), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, traduz. dall'inglese di Silvio FERRARESI, Edizioni di Comunità, Torino [ediz. orig.: *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994].

JANZEN John M. (1978), *The comparative study of medical systems as changing social systems*, "Social Science and Medicine", vol. 12, 1978, pp. 121-129.

JANZEN John M. (1979), *Pluralistic legitimation of therapy systems in contemporary Zaire*, pp. 208-216, in ADEM UWAGUN Z. A. - AYOADE J. A. A. - HARRISON I. E. - WARREN D. M. (curatori), *African therapeutic systems*, Cross Road Press, Waltham (Massachusetts).

KLEINMAN Arthur (1978), *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*, "Social Science and Medicine", vol. 12, 1978, pp. 85-93.

KLEINMAN Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London, (Comparative studies of health systems and medical care, n. 3).

LAPLANTINE François (1988 [1986]), *Antropologia della malattia*, traduz. dal francese di Antonella BIONDI FELICI, Sansoni, Firenze [ediz. orig.: *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 1986].

LAPLANTINE François (1990), *Médecines traditionnelles et médecine officielle dans le Brésil contemporain. Le double éclairage de l'anthropologie médicale et de l'anthropologie religieuse*, "Santé Culture Health", vol. VII, n. 1, 1990, pp. 5-19.

LAST Murray (1981), *The importance of knowing about not knowing*, "Social Science and Medicine", vol. 15B, 1981, pp. 387-392.

LESLIE Charles (1980), *Medical pluralism in a world perspective*, "Social Science and Medicine", vol. 14B, 1980, pp. 191-195.

LESLIE Charles (1992), *Interpretations of illness: syncretism in modern Ayurveda*, pp. 177-208, in LESLIE Charles - YOUNG Allan (curatori), *Paths to Asian medical knowledge*, University of California Press, Oxford.

MASSÉ Raymond (1997), *Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux*, "Anthropologie et Société", vol. 21, n. 1, 1997, pp. 53-72.

MAUSS Marcel (1965 [1950]), *Saggio di una teoria generale della magia*, pp. 3-152, in MAUSS Marcel, *Teoria generale della magia e altri saggi*, avvertenza di Georges GURVITCH, *Introduzione all'opera di Marcel Mauss* di Claude LÉVI-STRAUSS, traduz. dal francese di Franco ZANNINO, presentazione di Ernesto DE MARTINO, Einaudi, Torino [ediz. orig. del saggio in collaborazione con Henri Hubert: *Esquisse d'une théorie générale de la magie*, "L'Année Sociologique", 1902-1903, ediz. orig. del volume: *Sociologie et anthropologie*, avvertenza di Georges GURVITCH, *Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss* di Claude LÉVI-STRAUSS, Presses Universitaires de France, Paris, 1950].

MENÉNDEZ Eduardo (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata, México D.F..

MICOZZI Marc (1983), *Anthropological study of health beliefs, behaviors and outcomes: traditional folk medicine and ethnopharmacology*, "Human Organization. Journal of the Society for applied anthropology", vol. 42, n. 4, inverno 1983, pp. 351-353.

MURDOCK George P. (1934), *Our primitive contemporaries*, The Macmillan Company, New York.

MURDOCK George P. - WILSON Suzanne F. - FREDERICK Violetta (1978), *World distribution of theories of illness*, "Ethnology", vol. XVII, n. 4, ottobre 1978, pp. 449-469.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1978), *Promotion et développement de la médecine traditionnelle. Rapport d'une réunion de l'OMS*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève (Série de Rapports techniques, 622).

POOL Robert (1994), *Dialogue and the interpretation of illness. Conversations in a Cameroon village*, Berg, Oxford - Providence.

PRESS Irwin (1980), *Problems in the definition and classification of medical systems*, "Social Science and Medicine", vol. 14B, 1980, pp. 45-57.

REDFIELD R. - VILLA ROJAS A. (1967 [1934]), *Chan-Kom a Maya village. A classic study of the basic folk culture in a village in eastern Yucatan*, The University of Chicago Press, Chicago, [I ediz.: Carnegie Institution of Washington, 1934].

RIVERS William H. R. (1924), *Medicine, magic, and religion*, Harcourt & Brace, New York.

SINDZINGRE Nicole - ZEMPLÉNI Andras (1981), *Modèles et pragmatique, activation et répétition. Réflexion sur la causalité de la maladie chez les Sénoufo de Côte d'Ivoire*, "Social Science and Medicine", vol. 15B, n. 3, 1981, pp. 279-293.

SINGER Merrill (1990), *Reinventing medical anthropology: toward a critical realignment*, "Social Science and Medicine", vol. 30, n. 2, 1990, pp. 179-187.

TURNER Victor (1976 [1967]), *La foresta dei simboli. Aspetti del rituale ndembu*, traduz. dall'inglese di Nicoletta GREPPI COLLU, Morcelliana, Brescia [ediz. orig.: *The forest of symbols. Aspects of Ndembu ritual*, Cornell University Press, Ithaca, 1967].

WHITE KERR (1977), *Confronti internazionali dei sistemi di tutela della salute*, traduz. dall'inglese, pp. 71-81, in *Medicina e società. Letture da "Le Scienze. Edizione italiana di Scientific American"*, presentazione di Giovanni BERLINGUER, Le Scienze SpA Editore, Milano (I ediz. italiana del saggio: "Le Scienze. Edizione italiana di Scientific American", n. 88, dicembre 1975).

WORSLEY Peter (1982), *Non-Western medical systems*, "Annual Review of Anthropology", vol. 11, 1982, pp. 315-348.

YOUNG Allan (1982), *The anthropologies of illness and sickness*, "Annual Review of Anthropology", vol. 11, 1982, pp. 257-285.

YOUNG Allan (1990), *(Mis)applying medical anthropology in multicultural settings*. "Santé Culture Health", vol. VII, n. 2-3, 1990, pp. 197-208.

Pino Schirripa - César Zúniga Valle