

07. Schede di lettura

Giancarlo BARONTI, “...né porcherie né acque rie...” *Forme di protezione magico-religiosa contro il fulmine e la grandine dalla collezione di amuleti “Giuseppe Bellucci”. Catalogo della mostra (Perugia, 12 aprile - 14 maggio 1995)*, Volumnia Editrice, Perugia, 1995, 91 pp.

Tra le molte iniziative che l'Istituto di etnologia e antropologia culturale dell'Università di Perugia da anni conduce intorno alla figura di Giuseppe Bellucci – illustre accademico perugino a cavallo dei secoli XIX e XX, poliedrico studioso delle tradizioni popolari, oltre che precursore dell'antropologia medica –, la mostra curata da Giancarlo Baronti ha costituito lo spunto per la pubblicazione di questo volume, che, pur presentandosi come “catalogo” della medesima, è in realtà un accurato studio monografico sugli amuleti raccolti da Bellucci nelle campagne dell'Umbria e dell'Italia centrale. Il volume comprende due saggi e alcuni allegati, oltre a numerose illustrazioni in bianco e nero e a colori. Il primo saggio, di Tullio Seppilli, è una breve ma esauriente presentazione della personalità scientifica di Bellucci e delle vicende attraverso cui nacquero le ricche collezioni di reperti “palenologici ed etnologici”, da lui pazientemente raccolte nel corso di un cinquantennio e dalle quali è tratta la selezione di amuleti esposti nella mostra. Il secondo saggio, di Giancarlo Baronti, ricostruisce ed analizza il contesto culturale cui appartengono le concezioni e le pratiche riguardanti gli amuleti contro il fulmine e la grandine, mettendo in luce come essi «rivestano [...] una fundamenta-

le importanza nel garantire stabilità e certezza all'orizzonte esistenziale dei singoli e dei gruppi» (p. 40). Tra i diversi fenomeni meteorici, i fulmini e la grandine sono avvertiti come i più dannosi – donde la loro denominazione rispettivamente come “porcherie” o “sporchie” e “acque rie, cattive, triste, sporche” – e al contempo come quelli dal comportamento più imprevedibile e capriccioso; il che produce il tentativo di prevenire con strumenti simbolici tradizionalmente collaudati il loro manifestarsi. Per quel che riguarda la protezione dai fulmini, Baronti mostra come essa venga perseguita mediante tecniche di carattere essenzialmente magico, utilizzando a scopo apotropaiico manufatti litici preistorici (quali cuspidi di frecce e lance, lame, asce, etc.), in base alla credenza, diffusa in tutta Europa ed oltre, secondo cui essi sarebbero il residuo materiale della punta del fulmine, che riemerge dopo esser penetrata nel terreno. Attraverso l'esame delle classificazioni popolari delle “pietre del fulmine” (distinte in “calde” e “fredde”) e delle misure per conservarle e utilizzarle a scopo difensivo, emergono anche i loro impieghi nell'ambito della medicina popolare, volti a prevenire e/o curare il morso di serpenti e altri animali velenosi, così come certe malattie infantili e renali, oppure a facilitare il parto e la lattazione. Circa gli oggetti destinati alla prevenzione della grandine, assai meno numerosi, Baronti osserva che essi rientrano tutti nella dimensione religiosa popolare, come rivelano le costanti connessioni con figure e momenti del calendario liturgico cristiano; solo in casi estremi, allorché ogni speranza di aiuto da

parte divina è venuta meno, la disperazione può spingere a varcare la soglia morale del ricorso alle forze del Male, che è possibile manipolare magicamente. Il volume è completato dagli elenchi delle precedenti occasioni in cui furono esposti gli amuleti delle collezioni Bellucci e delle pubblicazioni dedicate all'argomento dallo studioso umbro, nonché dai questionari per mezzo dei quali egli raccolse le informazioni sulle credenze e pratiche popolari intorno ai fulmini e la grandine.

[ALu]

Federico BOZZINI, *L'imperatore e lo speciale. Le vicende sanitarie di un comune veronese nella prima metà dell'Ottocento. Erbè (1817-1847)*, prefazione di Massimo VALSECCHI, Edizioni Lavoro, Roma, 1995, 455 pp.

Gli studi sul processo storico di formazione dei saperi medici si arricchisce con questo volume di un ottimo contributo. Appare efficace la scelta di sperimentare una sorta di "microstoria" sanitaria, scegliendo come luogo Erbè, un piccolo comune del Veronese e come tempo un periodo cruciale per lo studio delle dinamiche dell'incontro-scontro fra medicina popolare e medicine ufficiali in via di definitiva istituzionalizzazione: la prima metà dell'Ottocento. Il lavoro si basa essenzialmente su una ricca serie di documenti provenienti dall'archivio comunale di Erbè, ripercorrendone le vicende sanitarie nell'arco di trenta anni (1817-1847), dall'insediamento dell'amministrazione austriaca fino alla rivoluzione del 1848, vicende che rivelano le strategie di formazione e di controllo della scienza medica italiana e mitteleuropea e l'impatto sociale e culturale di tali scelte sulle classi popolari. Il testo racconta, seguendole minutamente nei documenti, le politiche

sanitarie quotidiane di questo piccolo paese in provincia di Verona, che appaiono caratterizzate da una forte resistenza culturale alla pianificazione che "imperial regio governo, provincia, deputazione comunale, commissari" cercavano di realizzare attraverso il radicamento, sul territorio, delle condotte mediche, veterinarie e ostetriche e la lotta ideologica illuminista contro "ciarlatani, empirici, flebotomi". Il conflitto appare ancora più sproporzionato - a tutto vantaggio della ricostruzione storiografica - poiché gli attori in campo sono da un lato il piccolo comune e dall'altro lo Stato austriaco. Il libro è diviso in tre parti. Nella prima parte, *Il trionfo della medicina*, si entra subito nelle dinamiche di scontro fra le figure della medicina istituzionale e gli operatori locali, sullo sfondo di una ricostruzione storico-sociale delle epidemie di vaiolo e colera che colpirono il territorio. Spesso le dinamiche sociali si incarnano nelle vicende e nel carattere di alcune figure centrali, e in particolare dei medici condotti. Nella seconda parte, *I parti, gli animali, le medicine*, è osservato il mondo culturale locale, l'importanza della presenza degli animali non solo nella vita contadina ma anche nella elaborazione dei saperi medici locali. Ostetriche condotte e comari abusive, maniscalchi e veterinari, speciali e farmacisti sono i protagonisti di una vera e propria lotta fra opposte "professionalità". La terza parte, *L'assistenza e la società*, affronta gli aspetti della vita e della morte anche attraverso una documentazione statistica.

In questo lavoro Federico Bozzini, autore già noto per altre pubblicazioni sulla storia della subalternità nell'Italia dell'Ottocento, sceglie un approccio microstorico e mostra una particolare sensibilità al contesto sociale, qualità che, ai nostri occhi, distinguono il suo libro da tanti altri contributi di storia della medicina e lo avvicinano piuttosto a quei lavori di antropologia e storia delle medicine popolari, condotti sull'Italia pre e

post-unitaria, che a partire dall'analisi delle fonti d'archivio o di quelle provenienti dalle grandi inchieste e statistiche condotte nel nostro paese, hanno cercato di ricostruire la complessa dinamica storico-culturale del rapporto fra egemonia e subalternità.

[GPi]

Roberto CAMPOS (curatore), *La antropología médica en México*, 2 voll., Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1992, vol. I 231 pp., vol. II 224 pp.

I due volumi curati da Campos raccolgono una significativa antologia di saggi già pubblicati in diverse sedi (tranne il secondo di Menéndez, sull'automedicazione), riguardanti la genesi e lo sviluppo dell'antropologia medica in Messico, la strutturazione e la dinamica dei differenti modelli terapeutici ivi compresenti, nonché la loro interazione. Si tratta di contributi abbastanza eterogenei, sia per la data di stesura originaria (dagli anni '60 ad oggi), sia per le prospettive adottate e i temi trattati, sia infine per la stessa loro qualità, ma comunque rappresentativi della produzione messicana in materia. Di particolare interesse per un lettore europeo appaiono gran parte degli articoli del primo volume, di taglio prevalentemente storico-metodologico e dalla portata più generale: attraverso di essi emergono con chiarezza alcune delle problematiche peculiari del caso messicano, riguardanti la formazione e la gestione dei saperi e delle pratiche mediche nelle comunità indigene e nel composito ambiente urbano, oltre che il rapporto fra questi e la medicina scientifica. Il secondo volume, meno omogeneo, comprende testi sia descrittivi di specifiche situazioni etnografiche, sia illustrativi delle questioni inerenti la classificazione e la diagnosi delle

malattie e la scelta terapeutica, che vengono affrontate rappresentando il punto di vista biomedico accanto a quello tradizionale. Stimoli interessanti sono offerti dai contributi conclusivi, sui problemi e le prospettive dell'integrazione fra i diversi modelli medici.

Indice. Volume I. G. Aguirre Beltrán, *Nace la antropología médica* / L.A. Vargas - L.E. Casillas, *La antropología médica en México* / E. Menéndez, *Modelo egemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales* / C. Viesca Treviño, *Veinte años de investigación en medicina tradicional de México* / E. Menéndez, *Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes* / R. Campos Navarro, *Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa* / P. Hersch Martínez, *Algunos elementos para la gestión popular en salud* / **Volume II.** G. Bonfil Batalla, *El diagnóstico del hambre en Sudzal* / M. Arana, *Las fórmulas para la alimentación infantil* / M.E. Módena, *Instituciones, médicos y paramédicos* / C. Zolla - S. del Bosque - V. Mellado - A. Tascón - C. Maqueo, *Medicina tradicional y enfermedad* / A.J. Rubel - C.W. O'Neil - R. Collado Ardón, *Introducción al susto* / L. Alvarez Heydenreich, *Tipos de curanderos en Hueyapan, Morelos* / S. Cosminski, *La atención del parto y la antropología médica* / W. Holland, *La medicina de transición* / M.H. Ruz, *Los profesionales de la medicina* / K. Finkler, *El cuidado de la salud: un problema de relaciones de poder.*

[ALu]

Tiziana CASAGRANDE, *Parto e maternità nel Veneto all'inizio del secolo*, Ghedina & Tassotti Editori, Bassano del Grappa, 1994, 154 pp. (Le giuncate. Collana diretta da Marisa Milani, 3).

La ricerca di Tiziana Casagrande, condotta durante il 1992 sul territorio di Feltre, riassume la sua tesi di laurea che ricostruisce le pratiche e le credenze sul parto e la maternità desunte da fonti orali (22 interviste) le cui registrazioni sono ora depositate presso l'archivio del Centro per la documentazione della cultura popolare di Feltre. La documentazione raccolta copre un arco temporale dall'inizio del secolo fino agli anni '20-'30 ed offre un utile e necessario materiale comparativo con altre zone del Veneto, e rispetto alle opere a stampa dei folkloristi che in tale ambito geografico hanno operato (basti citare Luigi Alpago Novello, *Dei pregiudizi popolari veneti nella mia condotta*, 1879; Angela Nardo Cibele, *Superstizioni bellunesi e cadovine*, "Archivio per lo Studio delle Tradizioni Popolari", 1885; Giambattista Bastanzi, *Le superstizioni nelle Alpi Venete*, 1888).

Oltre alle pratiche popolari, la ricerca documenta lo stato dell'assistenza al parto nel sistema sanitario tra il 1890 e il 1922, la competizione professionale e le reti di clientela delle levatrici diplomate, condotte, libere professioniste ed abusive, con dati riguardanti le malattie puerperali e la mortalità infantile, i rimedi per le patologie dell'allattamento, le pratiche preventive e precognitive, i rituali connessi alla placenta, le principali malattie dell'infanzia e loro rimedi, tra pratiche empiriche, magico-rituali e devozionali (incluso il pellegrinaggio presso la chiesa dedicata a San Mamante, a pochi chilometri da Belluno).

[DCo]

Tiziana CASAGRANDE, *Salute e malattia*, pp. 290-311, in Daniela PERCO (curatore), *La cultura popolare nel Bellunese*, premessa di Mario CORTELAZZO, fotografie di Francesco

DE MELIS, *Cassa di Risparmio di Verona Vicenza Belluno - Ancona Banca, Verona, 1995, 359 pp.*

Inserito nel ricco volume collettaneo curato da Daniela Perco sulla cultura popolare nel Bellunese, il contributo di Tiziana Casagrande offre un panorama generale sui vari temi dell'organizzazione e situazione sanitaria nella provincia di Belluno tra la fine dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento, dell'eziologia folklorica e delle terapie popolari. Ampio spazio viene dedicato alle terapie erboristiche, alcune delle quali non esclusive del Bellunese, altre peculiari della zona, secondo una scelta operata privilegiando le patologie di più larga incidenza, suddivise secondo l'apparato colpito (da quello respiratorio a quello tegumentale).

Da mettere in rilievo, in tutto il volume, la ricchezza iconografica e in modo particolare le splendide fotografie di Francesco De Melis, antropologo con la macchina fotografica, che, attraverso l'impiego della cronofotografia e la scelta di pubblicare sequenze di immagini, fa assumere ad esse, come sottolinea Daniela Perco nell'introduzione al volume, una propria autonomia e specificità all'interno dei vari percorsi di ricerca, unendo all'efficacia narrativa e visiva una forte pregnanza antropologica.

Indice. Manlio Cortelazzo, *Premessa / Daniela Perco, Introduzione / La terra e le risorse*. Daniela Perco, *Il bosco tra realtà e immaginario / Ester Cason Angelini, L'alpeggio in provincia di Belluno. Malgari e pastori / Annamaria Bagatella Seno, L'agricoltura di montagna: cicli, strumenti e tecniche tradizionali / Franca Modesti - Daniella Todesco, L'emigrazione / Gli insediamenti e le relazioni sociali*. Loredana Facchin - Mirco Pollet, *L'architettura rurale / Luciana Palla, La società ladina nei comuni di Livinallongo, Colle S. Lucia e Ampezzo / Giuliana Sellan, Vita e relazioni in famiglia / Le tradizioni orali*. Loredana Corrà, *La situazione linguistica:*

dialetti e gerghi / Manlio Cortelazzo, *Dialetto e letteratura d'oltremare* / Daniela Perco, *Fiabe e leggende di tradizione orale* / Gianluigi Secco, *La "musica" e il canto amoroso* / **Rituali, terapie, cibi e vestiti:** Cristina Iannello, *Carnevali e riti di fine anno* / Lorena Viel, *Culti e santuari* / Tiziana Casagrande, *Salute e malattia* / Tamara Rech, *L'alimentazione tra festa e quotidianità* / Carlo Zoldan, *L'abbigliamento tradizionale*.

[DCo]

Renée CLAISSE-DAUCHY, *Médecine traditionnelle du Maghreb. Rituels d'envoûtement et de guérison au Maroc*, L'Harmattan, Paris, 1996.

L'Autrice è laureata in scienze farmaceutiche e dal 1977 vive e lavora in Marocco. L'oggetto della sua ricerca sono le piante medicinali, ma queste funzionano da "chiave d'ingresso" per l'intero contesto della cura. L'etnofarmacologia appare infatti come una scienza pluridisciplinare: se la domanda sul principio attivo presente nelle piante curative è pertinente, sarebbe un errore fermarsi ad essa, poiché è impossibile isolare la pianta dal rituale in cui si adopera, dalla malattia che cura, dai genii implicati. Oggetto di ricerca dell'etnofarmacologia diviene allora l'intero processo di cura. All'Autrice, in quanto donna, è più facile avvicinarsi all'universo femminile: tutte donne sono le intervistate che si rivolgono alle cure tradizionali, e solo qualche uomo compare fra i guaritori intervistati. Il luogo è Rabat, o meglio le sue *bidonvilles*. Il punto di partenza della ricerca sono le rappresentazioni del corpo, il legame fra atteggiamento corporeo e comunicazione sociale: la malattia che attacca il corpo è già per questo subito sociale nel vissuto e richiede una cura adeguata. Chi vive una malattia

cerca dapprima la cura nel suo ambiente familiare, poi si allarga sempre più, fino ad arrivare al terapeuta. L'attività di questi è sostenuta dal segreto, che è spesso inviolabile proprio perché in esso pare risiedere la cura. Il ricorso dei terapeuti al soprannaturale, è spesso mediato dalla pianta, che congiunge l'uomo alla società ed il visibile all'invisibile. Ai suoi principi attivi si unisce la capacità di sostituire altro, di diventare uno spirito, un elemento magico. Le figure della cura vengono descritte, dai "cherusici" ai veggenti, ai santi musulmani. E vengono descritti anche i luoghi della cura, i mercati dove si possono trovare le erbe ed i santuari dove i pellegrini si addormentano e vengono visitati dal santo e dalla sua benedizione. E si occupa anche della legittimazione dei guaritori, dovuta sì all'apprendimento ma sostenuta essenzialmente dal "dono" della benedizione (*baraka*). Le piante permettono allora la conoscenza dell'intera società tradizionale marocchina. Se la nozione di principio attivo non basta, può servire il concetto di potere: per l'Autrice il sistema tradizionale di cura ha la funzione di mantenere gli equilibri, facendosi carico di ogni genere di perturbazioni dell'armonia (la sterilità come la follia), attraverso l'ascolto attento dei disagi e la loro reimmersione nel tessuto sociale.

Quel mondo che fa da sfondo all'esperienza di Tuhami e si può solo indovinare dal ritratto di Crapanzano, è qui chiaramente delineato, con i limiti del riassunto: la narrazione ha spesso l'aspetto di una classificazione, che però aiuta a definire una terminologia, un'area di esperienze che possiamo chiamare sistema marocchino di cura. Inoltre, molto interessante sarebbe girare il cannocchiale, studiare anche il sistema biomedico con la stessa tecnica: partire dal farmaco non tanto ponendo domande sul suo principio attivo (il punto di discriminare tra ciarlatani e scienziati, come storicamente ci racconta Isabelle Stengers) quanto sulla

sua funzione di "anello" al centro di un campo di forze, che non può essere compreso senza una preliminare indagine della cultura in cui si adopera, degli esseri invisibili che evoca, dei rapporti di potere che crea o sostiene.

[C.Ma]

Piero COPPO, *Etnopsichiatria*, in collaborazione con Giuseppe CARDAMONE e Salvatore INGLESE, *Il Saggiatore - Flammarion*, Milano, 1996, 125 pp. (Due Punti).

Donatella COZZI, *La depressione*, *Il Saggiatore - Flammarion*, Milano, 1996, 125 pp. (Due Punti).

Una iniziativa editoriale senza dubbio utile anche all'obiettivo della divulgazione delle linee di indagine della antropologia medica e della loro penetrazione nel sapere e nella pratica sociale è quella promossa dall'accordo di collaborazione tra le case editrici *Il Saggiatore* e *Flammarion*. Ci riferiamo alla pubblicazione della collana "Due Punti", diretta per *Il Saggiatore* da due filosofi della scienza, Giulio Giorello e Marco Mondadori, e per la casa editrice francese dal filosofo Michel Serres, che hanno raccolto la sfida di rendere comprensibile ad un pubblico più ampio possibile un sapere multidisciplinare che ogni giorno diventa più complesso. In questo progetto editoriale trovano spazio alcuni volumi di particolare interesse per la nostra disciplina.

I testi della collana, della dimensione di poco più di 100 pagine, sono strutturati secondo una bipartizione così denominata: *un manuale per capire / un saggio per riflettere*. Tale struttura lascia intendere chiaramente l'intenzionalità editoriale: da un lato un obiettivo descrittivo-informativo di introduzione all'argomento, dall'altro un

obiettivo di problematizzazione critica e propositiva, rispetto ad alcune tematiche di emergente attualità, che lascia spazio alle riflessioni degli Autori. La presenza di un glossario alla fine di ciascun testo completa l'esigenza di fornire uno strumento agile e facilmente consultabile anche da un pubblico non specialistico.

Due, per ora, sono i libri che presentiamo, in quanto strettamente connessi alle direttrici di indagine della antropologia medica attuale.

Nonostante i limiti imposti da un taglio divulgativo, i volumi riescono sinteticamente e in maniera chiara ad offrire gli elementi fondamentali e problematici delle questioni che affrontano.

• Il primo che proponiamo è il testo curato da Piero Coppo, in collaborazione con due psichiatri italiani, Giuseppe Cardamone e Salvatore Inglese, impegnati nel campo della etnopsichiatria. Coppo, psichiatra di formazione, può a tutti gli effetti essere definito con maggiore appropriatezza un etnopsichiatra, in seguito ad una lunga esperienza clinica e di "lavoro sul terreno" in Mali, presso il Centro di medicina tradizionale di Bandiagara dove è stato coordinatore del gruppo di tecnici che, per volontà di diverse istituzioni maliane e internazionali, nel quadro di un progetto di cooperazione tecnica, dovevano realizzare un programma di introduzione della medicina tradizionale nei sistemi sanitari di base. In tale centro le pratiche cliniche erano sviluppate e attuate in stretta collaborazione con i "terapeuti" locali, i custodi del sapere e del saper fare relazionale anche con la "cura" di quegli eventi individuali di disordine psicoaffettivo e comportamentale detti, nel linguaggio della psichiatria occidentale, "disturbi psichici".

In questo testo Piero Coppo evidenzia l'importanza di riconoscere il differenziarsi in ogni società storicamente determinata dei

modelli culturali di salute e malattia, e in particolare l'importanza di prendere atto dell'influenza che essi hanno nella elaborazione delle cause, dei significati e delle strategie di presa in carico e di trattamento del "disagio mentale".

Il testo si apre con una breve sintesi storica relativa ad alcuni dei riferimenti salienti della nascita e allo sviluppo del discorso etnopsichiatrico sottolineandone gli elementi storico-contestuali e le esigenze epistemologiche che ne hanno determinato la definizione come strumento interpretativo e clinico. Il legame con la storia coloniale europea è ben evidenziato, così come il contributo del movimento antipsichiatrico. Altresì Coppo sottolinea la ormai riconosciuta importanza del contributo di Ernesto de Martino alla nascita di un pensiero etnopsichiatrico italiano. Viene inoltre ricordato l'apporto di ampio respiro introdotto dalle riflessioni di Georges Devereux, soprattutto da quelle di taglio metodologico. Non viene dimenticato il significativo contributo di Tobie Nathan, allievo di Devereux, specialmente per quanto riguarda il percorso di decostruzione epistemologica della psichiatria classica diretta ad una rifondazione dei saperi tecnici e ad una ricostruzione della psichiatria sulla base di una nuova considerazione delle "terapeutiche selvagge" (orientamento che da anni segna anche la sua pratica etnoclinica nel contesto del "Centre Georges Devereux. Centre universitaire d'aide psychologique aux familles migrantes").

Coppo affronta poi i nodi fondamentali del discorso etnopsichiatrico: l'ampia diversità nelle differenti culture di verbalizzare e dunque di rappresentarsi il "disagio", la differenza dei modelli esplicativi del disturbo che si mostra assolutamente legata alle diverse concezioni del mondo, la funzione patoplastica e patogena della cultura, l'efficacia delle terapie locali, la strutturazione

del processo del "prendersi cura", il problema delle cosiddette *culture bound-syndromes*.

Nella seconda parte del libro Coppo si muove alla definizione del carattere di sapere transculturale della etnopsichiatria, mettendone in luce il potenziale innovativo e il suo essere non una iperspecializzazione esotica, ma una risorsa transculturale utile ad affrontare tutta la sofferenza umana. Indica pertanto la necessità di rivitalizzare e ampliare l'approccio occidentale alla salute, soprattutto a livello di ricerca scientifica e di gestione istituzionale. Coppo sostiene che non sarà solo con l'arroccarsi sulle presunte certezze del contributo delle neuroscienze che la psichiatria acquisirà scientificità e si rinnoverà; il rinnovamento avverrà se la psichiatria e tutta la biomedicina sapranno ampliare il loro sguardo, cominciando con la restituzione di legittimità alle "credenze", ai saperi altri, alle "terapeutiche selvagge". Dall'interno della ricerca biomedica, del resto, arrivano segnali significativi che impongono un riorientamento di tutto il modello biomedico e della psichiatria stessa: infatti la psiconeuroimmunologia testimonia ormai come i meccanismi che si attuano nel corpo umano, nella sua totalità, non possano che essere compresi nel loro reciproco interagire, in un costante scambio tra sistema nervoso centrale e sistema immunitario. Il "guaritore interno", "scoperto" dalla psiconeuroimmunologia e dalla psicosomatica è di fatto un elemento latente sul quale le terapie altre si imperniano da secoli.

Pertanto l'urgenza di modificare la prospettiva costituisce una necessità imprescindibile e un dovere di fronte alla richiesta di aiuto di un crescente numero di soggetti sofferenti nella società "moderna", globalistica e multiculturale.

- Il secondo volume che presentiamo è quello di Donatella Cozzi, antropologa particolarmente impegnata, tra le altre cose,

nell'approccio antropologico all'assistenza infermieristica [si veda Donatella Cozzi - Daniele Nigris, *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Colibrì, Paderno Dugnano (Milano), 1996]. In questo lavoro il problema della depressione viene affrontato in un'ampia prospettiva volta a recuperare il "lavoro della cultura" nella costruzione di questo linguaggio della sofferenza, contrapponendolo alla sua rappresentazione nosografica propria del paradigma psichiatrico. La storia del definirsi della categoria della depressione viene brevemente ripercorsa, e ne viene evidenziata la sua inscindibilità dal concetto di "melanconia", espressione che prima dell'emergere e affermarsi del termine "depressione" intorno alla fine dell'800 (specie dopo la sistemazione nosografica operata da Kraepelin), occupava quell'area semantica della sofferenza e quell'insieme di sintomi.

Nel riassumere il dibattito contemporaneo sulla depressione all'interno della psichiatria occidentale l'Autrice individua due posizioni: una prima che definisce ogni tipo di esperienza depressiva come una malattia a base organica, che come tale va affrontata, e nella quale gli elementi contestuali vengono considerati solo come fattori scatenanti di una predisposizione organica; una seconda che invece sostiene che l'esperienza depressiva deve essere interpretata come una esperienza globale dell'individuo e pertanto deve essere necessariamente affrontata nella sua complessità biologica, psicologica e sociale.

Obiiettivo della seconda parte del libro è sostenere le motivazioni di questa ultima posizione. L'antropologia medica e l'etnopsichiatria vanno mostrando da anni quanto sia fondamentale comprendere il linguaggio culturale del disagio, senza tuttavia sottovalutare i contributi delle neuroscienze, della biochimica, della genetica etc. alla

ricerca delle componenti biologiche della depressione. Tuttavia l'Autrice indica un errore pericoloso che si presenta recentemente da varie parti: invece di porre su nuove basi lo studio dell'interazione tra sistemi biologici e sistemi culturali e sociali, si torna a separare i primi dai secondi.

Cogliere solo l'aspetto organico e addirittura geneticamente ereditabile della "malattia", come è "di moda" fare da qualche anno a questa parte, non aiuta a comprenderla (peraltro il modello sperimentale su cui poggiano le basi del determinismo biologico della depressione sono ancora controverse). L'Autrice si domanda quali siano i motivi per cui in questo preciso momento storico l'interpretazione biologica della malattia e di conseguenza la considerazione e l'uso dei farmaci antidepressivi stiano ottenendo tanto consenso, consenso che appare eccessivo rispetto agli attuali progressi della medicina. Probabilmente collocare nel corpo l'origine e il luogo della sofferenza depressiva, e dunque avere la possibilità di "curarla come tutte le altre malattie", ha certamente una funzione rassicurante, si ricollega all'incapacità moderna di gestire esperienze di infelicità "normale", di elaborare strategie di gestione sociali e simboliche della sofferenza, e con la ricerca di soluzioni "veloci". Pur evidenziando la funzione di supporto del farmaco, l'Autrice ricorda quanto il lavoro psicoterapeutico, ben più lungo e difficoltoso, sia un sostegno ben più duraturo e profondo.

Il «recente *flirt* tra psichiatria e biologia» viene letto dalla Cozzi non solo come una tendenza alla svalutazione della visione antropologica dell'esperienza depressiva, ma anche come espressione di una «resistenza sistematica a rapportarsi con le fonti sociali della depressione e di altre patologie mentali». Forse anche perché è più difficile e costoso, in tempi di gravi tagli all'assistenza sanitaria, lavorare in termini di prevenzione e solidarietà sociale sulle fonti della

sofferenza, e inoltre una prospettiva del genere si pone in contrapposizione con gli interessi economici delle case farmaceutiche. La psichiatria, inoltre, sostiene Donatella Cozzi, attraverso la soluzione farmacologica sembra "finalmente" potersi liberare dalle accuse di non essere abbastanza interna alle scienze mediche. E tra l'altro, infine, in quanto forma di disagio espresso individualmente, la depressione richiede un intervento mirato al singolo individuo e non alle dinamiche complesse che creano e potenziano il disagio: pertanto sembra prestarsi anche ad essere una forma di sofferenza funzionale al controllo sociale.

Che «il dramma individuale venga inserito in un racconto comune, quello della nostra società e della nostra cultura», che la relazione terapeutica si apra ad un ragionamento sul linguaggio del dolore e diventi uno sul nostro tempo, che il dolore della depressione possa diventare «tappa di reintegrazione, evento produttivo di senso sociale, oltre la solitudine individuale»: un auspicio che condividiamo con l'Autrice e che l'antropologia medica già si impegna a sostenere attraverso la sua ricerca e il suo intervento nel sociale.

[LLe]

Georges DUBY con Michel FAURE e François CLAUSS, *Mille e non più mille. Cinque conversazioni sulle paure di fine millennio*, traduz. dal francese di Sergio LUZZATTO, Rizzoli, Milano, 1994, 91 pp. (I Torchi) / in particolare: III. *La paura delle epidemie*, pp. 53-64.

Come viene precisato in apertura del volume, esso raccoglie i testi di cinque interviste rilasciate dal grande storico francese Georges Duby a Michel Faure (del settimanale "L'Express") e a François Clauss (dell'emittente radiofonica "Europe 1"), pub-

blicate tutte da "L'Express" sotto il titolo complessivo *De l'an 1000 à l'an 2000* tra marzo e aprile del 1994: *Quand la famine annonçait le progrès* (10 marzo), *Les invasions, notre richesse* (17 marzo), *La peste, vengeance divine* (24 marzo), *Gens d'armes et voleurs* (31 marzo), *Un banquet avant l'enfer* (7 aprile). La raccolta delle cinque interviste in unico volume appare una iniziativa editoriale italiana di prima mano, senza cioè riscontro in una analoga edizione francese. Si tratta, in sostanza, del confronto (riferito all'Europa) tra le difficoltà e le paure dell'uomo alla fine del primo millennio e quelle che si manifestano oggi alle soglie del 2000: un confronto – che peraltro deborda qua e là anche abbastanza largamente dalle due date emblematiche – il quale consente a Duby di sottolineare, al di là delle tante differenze, la comune natura e i comuni problemi che uniscono generazioni umane storicamente così distanti. Peraltro, la individuazione di alcune "paure" come leit-motiv unitario del confronto è sottolineata, nell'edizione italiana, non solo nel sottotitolo del volume ma anche nella titolazione di ciascuna delle cinque "conversazioni": I. *La paura della miseria*, II. *La paura dello straniero*, III. *La paura delle epidemie*, IV. *La paura della violenza*, V. *La paura della fine del mondo*, cinque grandi paure che si propongono di nuovo oggi seppur con differenti valenze. È della terza conversazione (III. *La paura delle epidemie*, pp. 53-64), naturalmente, che intendiamo dare qui brevemente conto, seguendo lo sviluppo del ragionamento di Duby via via stimolato dal procedere delle domande.

Il discorso viene anzitutto focalizzato, intorno all'anno 1000, su ciò che i cronachisti del tempo descrivono come una epidemia, l'*herpes zoster*, volgarmente chiamato "fuoco di Sant'Antonio", una malattia che Duby attribuisce a una carenza alimentare derivata dall'ingestione di farina di segale colpita dallo sclerozio [segale cornuta] (tacen-

do invece della sua origine virale e del suo rapporto, semmai, con situazioni di immuno-deficienza). Egli cita in **proposito** un cronachista del 997 che così **la descrive**: «È un fuoco nascosto che colpisce una parte del corpo, la consuma e la stacca dal resto. Nello spazio di una notte i più fra gli ammalati vengono completamente divorati da questa orrenda combustione» (p. 55). E poiché non se ne conoscevano né causa né rimedio si ricorreva al soprannaturale, come testimonia quello stesso cronachista raccontando di come «i vescovi di Aquitania si riunirono in una prateria presso Limoges, con tanto di reliquie di santi e spoglie di san Marziale [...] e di come, improvvisamente, il contagio spari» (p. 56).

Di autentiche catastrofi sanitarie, per quanto riguarda l'Europa, sarebbe però eccessivo parlare, secondo Duby, fino al secolo XIV, quando fece il suo ingresso la "peste nera", trasmessa in particolare dalle pulci dei ratti, la quale venne dall'Asia e trovò completamente indifesi gli organismi degli Europei: talché nella sola estate del 1348 «l'Europa vide soccombere un terzo dei propri abitanti» (p. 57). E tuttavia, la peste costituì in certo senso un effetto della crescita economica del nostro continente, giacché essa vi giunse dal lontano Oriente attraverso la Via della seta, dopo che «negozianti genovesi e veneziani avevano spinto i propri traffici fino ai confini del Mar Nero, entrando in contatto, laggiù, con mercanti venuti dall'Asia», talché «uno o più bastimenti provenienti dalla Crimea trasportarono il germe della peste nel Mediterraneo», e dalla Sicilia l'epidemia si estese all'Italia meridionale (1347) e tramite Marsiglia giunse ad Avignone, residenza dei papi, e dilagò poi in tutta Europa a una spaventosa velocità (p. 57).

Duby sottolinea come apparisse già allora abbastanza chiaro che alla base della diffusione della peste stava una qualche forma di contagio, di cui si ignorava però il reale

meccanismo. «Al tempo della peste nera non si sapeva più dove mettere i morti, né si sapeva come seppellirli, visto che la legna non bastava più per le bare». Così, ad esempio, si bruciavano «erbe aromatiche per le strade, come rimedio al vago sospetto che l'aria viziata contribuisse a propagare il contagio» (pp. 57-58). Ma soprattutto – poiché le notizie dell'avvicinarsi dell'epidemia si diffondevano assai rapidamente – il provvedimento-chiave sistematicamente adottato per prevenire in tempo un contagio incombente fu la chiusura delle porte delle città: un provvedimento atto a bloccare ogni forestiero, sospetto portatore dell'epidemia, che per quanto riguarda le epidemie di colera rimase in effetti in auge fino agli inizi del secolo XIX.

Ma se la peste costituì un effetto indesiderato della dilatazione dei traffici e della connessa crescita economica, la fortissima rarefazione demografica che ne conseguì, ricorda Duby, «rimediando a un eccesso di popolazione, ebbe [a sua volta] per effetto un rialzo del tenore generale di vita» (p. 58).

Significative conseguenze della peste si manifestarono inoltre sul terreno del costume e della cultura. «Per mezzo secolo dopo il 1348 la peste continuò a serpeggiare allo stato endemico, con ritorni di fiamma ogni quattro o cinque anni [...]. Ogni volta che la peste concedeva una tregua la vita riprendeva il sopravvento, salvo tornare a inchinarsi alle ragioni della morte. Negli anni di peste gli archivi sono straripanti di testamenti; negli anni di tregua traboccano di contratti di matrimonio» (pp. 58-59). Duby sottolinea, ancora, l'emergere, come conseguenza della peste, di «qualche passo avanti nelle conoscenze mediche» e, da parte di molti, di una volontà nuova, a rischio della vita, di prestare soccorso ai sofferenti, con un conseguente rinsaldarsi dei legami di solidarietà (p. 60). E le ripercussioni nella letteratura e nell'arte: «A partire dal 1348 il macabro prese definitivamente piede [...]. Si moltiplicarono i segni di

un'iconografia tragica, dominata dal tema della danza della morte. Insomma la morte si fece onnipresente» (p. 59).

La conversazione di Duby si sposta poi sulla lebbra, precisando peraltro che sotto questo nome venivano allora comprese insieme ad essa tutta una serie di altre infezioni cutanee. «Della lebbra si aveva un terrore sacro, perché gli uomini del Medioevo erano convinti che il corpo fosse lo specchio dell'anima. Così, agli occhi dei contemporanei, un lebbroso diventava automaticamente, in ragione del suo aspetto fisico, un peccatore: qualcuno talmente sgradito a Dio che la sua anima peccaminosa straripava dalla pelle» (p. 63). Ma a proposito della lebbra Duby ricorda anche che a quel tempo era convinzione diffusa che i lebbrosi fossero divorati dagli appetiti sessuali, e perciò ritenuti doppiamente pericolosi. Così, la malattia veniva connotata sotto «il segno distintivo della devianza sessuale: l'analogo di certi odierni discorsi sull'Aids» (p. 63). «Di fatto si recludevano i lebbrosi allo stesso modo in cui Jean-Marie Le Pen suggerisce oggi di recludere i malati di Aids» (p. 63).

Lo stigma della colpa – la concezione cioè della malattia come castigo divino per i peccati commessi – unisce, come modello largamente diffuso, l'atteggiamento medioevale verso appestati e lebbrosi e quello attuale verso i malati di Aids. I meccanismi di colpevolizzazione moralistica, di fronte all'insorgere delle epidemie, e la stessa frequenza della loro attribuzione al terreno della devianza sessuale, costituiscono infatti, secondo Duby, i più evidenti nodi di analogia fra le due epoche poste a confronto. «Nel contesto di un discorso comparativo sulle paure di ieri e le paure di oggi, questo è probabilmente l'ambito entro il quale la corrispondenza tra il Medioevo e il presente si rivela più stretta» (pp. 59-60). Tale è, in sostanza, la conclusione della intervista.

Anton ERKOREKA, *Begizkoa. El mal de ojo entre los vascos*, Ekain, Bilbao, 1995, 167 pp.

Quest'opera di Erkoreka, medico e studioso di storia della medicina, è il suo più recente contributo all'approfondimento dell'etnomedicina basca, trattata con la penetrazione e la partecipazione possibili a chi è nativo della regione e può dunque osservare dall'interno, in maniera partecipante, il sistema diagnostico e curativo tradizionale. L'Autore riprende qui uno dei temi esaminati in un precedente volume (*Análisis de la medicina popular vasca*, Bilbao, 1985), il malocchio (*begizkoa*), ripercorrendone le vicende storiche e fornendone una dettagliata descrizione etnografica. La prima parte del volume esamina, anche seguendo una prospettiva diacronica (e dunque effettuando una ricognizione generale che va dai testi dell'antichità classica fino a fonti storiche moderne), i criteri in base ai quali questa categoria diagnostica è stata individuata e concepita nelle diverse culture, offrendo inoltre una rapida ma ampia panoramica sulla letteratura antropologica sull'argomento. I successivi capitoli, dedicati a una più circoscritta etnografia del Paese basco, presentano l'accurata descrizione e l'esame degli strumenti e dei rituali apotropici, delle procedure terapeutiche seguite per annullare gli effetti nefasti della fascinazione e, infine, delle misure preventive che vengono adottate per tutelare dal malocchio cose o animali. Nel complesso, il volume unisce il pregio dell'interesse per la qualità del materiale originale che presenta a quello dell'utilità degli spunti offerti sul piano documentale e comparativo.

[ALu]

[TS]

Fiorella GIACALONE, *Il corpo e la roccia. Storia e simboli nel culto di santa Rita*, Meltemi, Roma, 1996, 166 pp.

«Il culto di Santa Rita [...]» dice l'Autrice in premessa: «[...] appare adattabile a più stagioni del cattolicesimo e si propone oggi come una delle devozioni di massa più articolate che ci siano in Italia».

Coerente con questa affermazione, il libro si concentra sulle modalità di diffusione del culto, particolarmente vivaci negli ultimi quaranta anni. Risolta con pochi tratti la questione della collocazione di Santa Rita nella Cascia quattrocentesca, ampio spazio è invece concesso alla festa e al pellegrinaggio attuali. Proposto il tutto come un "sistema santuario" da intendere come fatto sociale totale, divengono oggetto d'indagine sia le forme devozionali profonde che consentono, attraverso processi identificativi con la santa, il recupero di una identità di genere, sia il ruolo degli enti locali nel favorire il fenomeno del turismo religioso, sia le forme inconsuete della processione motorizzata e della benedizione delle automobili. I media della fama del santo, racconti a fumetti, fotoromanzi, audio e video cassette, sono considerate nella loro funzionalità comunicativa in relazione al target di riferimento e trovano un tentativo efficace di interpretazione nel concettualizzato kitsch cristiano che piega a nuove interpretazioni l'uso del souvenir.

Per ciò che concerne l'antropologia medica, si segnalano i paragrafi *Rita taumaturga* e *Donna, guaritrice e santa*, che propongono una etnografia della terapia sacra.

Robert A. HAHN, *Sickness and healing. An anthropological perspective*, Yale University Press, New Haven, 1995, 327 pp.

L'Autore, antropologo ed epidemiologo, affronta, in questa raccolta di saggi in parte già precedentemente pubblicati, diversi aspetti riguardanti il rapporto salute malattia, sia nella società occidentale che in società non-occidentali. Dopo una analisi di come la malattia sia determinata socialmente e culturalmente, Hahn affronta criticamente il problema delle *culture-bound syndromes*, affermando che il concetto dovrebbe essere abbandonato in quanto tutte le malattie hanno una base culturale e non solo alcune, come sostenuto da taluni autori.

Nei capitoli successivi propone un modello socio-culturale della malattia posto come complementare al modello biomedico e non in forma antagonica o sostitutiva. Affronta pure il rapporto tra antropologia ed epidemiologia, cercando di illustrare forme di possibile collaborazione tra le due discipline.

Nella seconda parte del volume analizza la biomedicina da un punto di vista socio-culturale concentrando l'attenzione soprattutto sulla pratica clinica, analizzando diversi aspetti quali il modo con cui i medici descrivono il proprio lavoro, il concetto di corpo, la pratica medica osservata attraverso una etnografia attenta del lavoro quotidiano di un clinico. Il capitolo 9, che, a mio parere, è il più interessante del libro, esplora il rapporto medico-paziente esaminando l'esperienza di una ventina di medici ammalatisi, che descrivono il loro vissuto, la presa di coscienza della distanza che separa la pratica medica dalla realtà dei malati.

Nell'ultimo capitolo, intitolato *Dall'antropologia medica alla medicina antropologica*, propone un approccio antropologico della pratica medica in cui tenta di superare gli scetticismi, le false aspettative, le insoddisfazioni, che insorgono nell'incontro tra

[EPe]

l'universo dei malati, l'esperienza della malattia e la pratica clinica.

[ACa]

Robert R. HOLT - Horst KÄCHELE - Gianni VATTIMO, *Psicoanalisi ed ermeneutica*, a cura di Paolo MIGONE, Métis, Chieti, 1995, 115 pp.

Il testo consiste nella trascrizione semiletturale di quanto detto ad un seminario omonimo svoltosi a Bologna. Ad organizzarlo è stato un gruppo di studio che da dieci anni, coordinato da Paolo Migone, si riunisce in questa città per affrontare temi legati alla psicoterapia. Ai tre invitati, e al pubblico, sono proposti due documenti, come guida degli interventi: una "bozza" di possibili problemi e domande legati al tema, ed un caso clinico. Quale scegliere tra una posizione neoclassica in psicoanalisi (sostenuta ad esempio da Grünbaum, che cerca la ricostruzione della realtà (psichica) nella storia di vita di un paziente); ed una posizione ermeneutica (quella ad esempio di Schafer e Spence), per cui è la stessa pratica terapeutica a costruire, nel dialogo paziente-analista, una nuova storia di vita? Se nel primo caso si rischia di considerare neutrale una relazione a due, nel secondo ci si espone ai rischi dell'idiografia, del localismo, dell'incapacità a generalizzare. La posta in gioco è l'inserimento della psicoanalisi tra le scienze naturali o le scienze dello spirito. Ma questa distinzione è ancora epistemologicamente attuale? Siccome la questione è endemica alla psicoanalisi fin dalle origini, non è forse malposta? E, anche accettando la posizione ermeneutica, qual è il criterio per discriminare tra le narrative? Sono queste le medesime domande che l'antropologia medica si pone, nell'attenzione a quelle che, dopo Kleinman, si possono chiamare *illness*

narratives, quando si tenta di fare etnografia e di teorizzare a partire da queste storie. In che modo si inseriscono nella "Storia"? Qual è il loro criterio di verità? Il primo a parlare è Robert Holt, psicoanalista (sostanzialmente teorico) della scuola di Rapaport. Ricostruisce il suo percorso intellettuale e si ritiene deluso dall'ermeneutica per almeno due motivi: innanzitutto non propone una serie di regole definite a guida dell'interpretazione; poi, mentre il relativismo nelle scienze "dure" è stato superato da Einstein, che ha trovato delle leggi fondamentali che permettono una ricerca generalizzata, e qualcosa di simile ha fatto Chomski in linguistica (e, aggiungerei, Lévi-Strauss in antropologia), gli ermeneuti non fanno che dare rispettabilità a chi non riesce a fare lo stesso in psicoanalisi. Gianni Vattimo, filosofo italiano tra i massimi interpreti della tradizione ermeneutica, ricorda come questa indicava in passato una tecnica per avvicinarsi a testi difficili ma autorevoli (la bibbia, i classici). Quando, con Schleiermacher e poi con Heidegger, diventa filosofia, il suo punto di forza è la considerazione che noi "esistiamo interpretando". Dalla storicità di ogni scienza, la speculazione di Vattimo si dirige verso la negazione di ogni oggettività, ogni pensiero forte. Horst Kächele, psicoanalista clinico tedesco e studioso della relazione terapeutica, ricorda che i pazienti, diversamente dai documenti scritti su cui storicamente l'ermeneutica si è esercitata, reagiscono, prendono posizione pro o contro l'interprete. La psicoanalisi consiste di interrelazioni sociali asimmetriche (la coppia analitica ha diverso potere) che possono venire studiate, ma ha il suo fine nel cambiamento in una specifica direzione di queste interazioni. Ed è lo stesso Kächele a sospendere la domanda: che differenza c'è tra uno stregone e uno psicoanalista? Il caso clinico che viene poi presentato permette di osservare diverse impostazioni teoriche alle prese con la concretezza della domanda terapeutica.

Non si tratta di un'opera sistematica: il punto di forza di questo libretto è senz'altro la "freschezza", la chiarezza con cui, nel dibattito, emergono i temi e girano le idee. Ed i temi sono gli stessi che impegnano o hanno per tempo impegnato l'antropologia medica, che si trova ad essere interpretativa, relativista o emancipativa, e abbisogna di chiarimento in merito ai benefici di ogni alternativa. Se l'antropologo medico non ha responsabilità terapeutica, anch'egli lavora con le storie di vita e con i contesti in cui si sviluppano.

[CMa]

David LE BRETON, *Anthropologie de la douleur*, Éditions Métailié, Paris, 1995, 234 pp.

Con questo libro David Le Breton, professore alla Université des sciences humaines, Strasbourg, aggiunge un nuovo elemento alla costruzione di una "antropologia del corpo" che nel corso degli ultimi dieci anni si è scandita in lavori come *Corps et sociétés. Essai d'anthropologie et de sociologie du corps* (1985), *Anthropologie du corps et modernité* (1990), *Des visages. Essai d'anthropologie* (1992), *La chair à vif. Usages médicaux et mondains du corps humain* (1993).

L'idea di base, che l'Autore esplicita nell'introduzione, è che «nella costituzione di un mondo umano, cioè di un mondo di significati accessibili all'azione dell'uomo, il dolore è senza dubbio un dato fondante» (p. 15); con tale premessa lo scopo del libro è quello di «affrontare il dolore su un piano antropologico, di analizzare la relazione dell'uomo con il suo dolore, domandandosi come la trama sociale e culturale in cui esso è immerso influisce sui suoi comportamenti e sui suoi valori» (p. 20).

Esperienza al tempo stesso universale e profondamente individuale, il dolore (con-

viene dire subito che l'Autore intende riferirsi soltanto al dolore fisico) è inevitabilmente modellato dalla cultura e intimamente intrecciato con l'assetto delle relazioni sociali.

Nei sei capitoli in cui il testo è articolato, queste tre polarità del dolore (universalità, individualità, socialità) costituiscono lo sfondo su cui si snoda un complesso percorso di riflessione e di analisi che tenta di attraversarne la molteplicità delle espressioni e la polivalenza dei significati.

Pur radicato profondamente nella corporeità, il dolore è assolutamente irriducibile alla nudità di un semplice fatto biologico: esso propone alla coscienza dell'uomo l'eterno problema del significato del male ed è per questo che tutte le culture e le società si impossessano di questa esperienza ineluttabile integrandola nella propria visione del mondo, attribuendole un significato, elaborando misure simboliche e pratiche per attenuarne il potenziale di distruttività o addirittura per trasformarla in una prova vitale e creativa. Ne è un esempio il cristianesimo che, come altri sistemi religiosi, riconduce la sofferenza umana - caricandola così di senso - a un disegno divino a cui l'uomo non può che sottostare: i patimenti di Cristo sulla croce indicano ai fedeli la strada della purificazione e della redenzione dal peccato. La sofferenza estrema, la tribolazione della carne, in questo quadro, diventano segno di elezione, un modo privilegiato di accedere alla vita eterna, trasformandosi, come testimoniano le vite dei santi, in godimento ed estasi.

Su una valenza "positiva" e vitale del dolore si fondano anche i riti di iniziazione delle società tradizionali: qui la sofferenza fisica, imposta e ritualizzata, ha lo scopo di generare negli individui quelle risorse morali e fisiche indispensabili per sopportare le vicissitudini personali dell'esistenza e, nello stesso tempo, per contribuire alla sopravvivenza del gruppo.

Questi ed altri "usi sociali" del dolore su cui l'Autore si sofferma (per esempio il dolore "educativo" amministrato con le punizioni corporali, o la tortura inflitta come manifestazione esemplare del dominio, o anche il dolore consentito e previsto in alcune pratiche sportive come il pugilato) costituiscono una ulteriore riprova del fatto che il dolore è una costruzione sociale che risponde a un insieme complesso di determinazioni storiche e culturali.

Ma oggi, via via che la biomedicina si appropria del dolore come oggetto di sua esclusiva competenza, il rapporto degli individui con la sofferenza fisica si va profondamente modificando: il dolore perde progressivamente ogni significato morale o culturale mentre declina vistosamente il valore un tempo attribuito alla capacità personale di sopportarlo, e nella misura in cui la domanda crescente di anestesia consegna alla medicina un potere sempre più assoluto sui corpi, il dolore si avvia a diventare un non senso, una tortura incomprensibile e intollerabile.

La gestione monopolistica del dolore di cui si incarica la biomedicina fa sì che questa esperienza sia percepita come un problema tecnico di pertinenza specialistica: in tal modo entrano in crisi le competenze e i valori tradizionali degli attori sociali che sempre meno possono contare sulle proprie risorse morali e culturali per fare fronte alla sofferenza. E d'altra parte visto che la medicina moderna, nonostante le pretese e le attese di onnipotenza che riposano su di essa, appare ancora incapace di trattare un gran numero di dolori gravi e invalidanti, rimane aperto ed attuale il problema di riconoscere nel dolore un aspetto vitale e incoercibile legato alla sua capacità di dare all'individuo la piena misura del valore della vita. «C'è in potenza in ogni dolore» - è questa la conclusione dell'Autore - «una dimensione iniziatica, una sollecitazione a vivere più intensamen-

te la coscienza di esistere. Poiché esso rappresenta uno sradicamento da se stessi, uno sconvolgimento della tranquillità in cui si radicava l'antico sentimento di identità, il dolore subito è antropologicamente un principio radicale di metamorfosi, di accesso a una identità rinnovata. Esso è uno strumento di conoscenza, un modo di pensare ai propri limiti, e di ampliare la conoscenza degli altri, [...] una chiave per radicare nell'uomo, una volta che si è risollevato dal suo male, il sentimento del valore della vita».

[PBa]

Marco MARGNELLI, *L'estasi, Sensibili alle Foglie*, Roma, 1996, 141 pp. (Risorse vitali, 3).

Il lavoro di Marco Margnelli propone un sintetico tentativo di analisi neurofisiologica dello stato estatico.

Dopo aver ripercorso velocemente le principali posizioni relative al fenomeno dell'estasi nella storia degli studi dall'800 ad oggi, per analizzare empiricamente il fenomeno Margnelli propone alcuni dati raccolti sul campo a partire dal 1985 relativi alle apparizioni mariane di Medjugorje.

L'Autore ribadisce la natura non psicopatologica dell'estasi, la necessità del suo studio nel quadro della neurofisiologia degli stati di coscienza, la similitudine, ma non riconducibilità, ad altri stati come la trance e l'ipnosi.

In questo lavoro tuttavia la lettura interpretativa dell'estasi non sembra definirsi chiaramente se non per brevi cenni e per opposizione a posizioni precedentemente avanzate da altri studiosi.

[LLe]

Eduardo L. MENÉNDEZ - Renée B. DI PARDO,
De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización, CIESAS (Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social), México, 1996, 328 pp. (Colección Miguel Othón de Mendizábal).

Questo testo – l'ultimo di una lunga serie di lavori che Eduardo Menéndez ha dedicato al tema dell'alcolismo – presenta e analizza un vasto materiale etnografico riguardante le rappresentazioni e le pratiche di alcuni gruppi di operatori sanitari concernenti i problemi correlati al consumo di bevande alcoliche in Messico.

La ricerca sul campo – condotta attraverso interviste individuali ma anche attraverso l'osservazione diretta negli ambulatori – ha riguardato nove gruppi di medici che operano in diversi servizi di assistenza di base (*atención primaria*) nella zona sud di Città del Messico ed è stata realizzata negli anni 1980-1984.

Il motivo della scelta di lavorare al livello di base della struttura sanitaria è duplice. Da una parte questo rappresenta il momento prioritario e decisivo per individuare e diagnosticare i casi di alcolismo, per prestare le prime cure e per promuovere attività di prevenzione fondate sulla partecipazione della comunità. Dall'altra è su questo terreno che si colgono con più chiarezza gli elementi sociali, economici, istituzionali che saturano l'attività tecnica del medico, e il fatto che nel contatto con i soggetti e i gruppi sociali il lavoro del medico «si ideologizza» (p. 57), nel senso di assumere criteri interpretativi e operativi che la razionalità biomedica tende a non riconoscere come propri. In questa prospettiva, sostengono gli Autori, il sapere medico sull'alcolismo si è costituito in Messico a partire da un sistema culturale che considera come normale il consumo anche eccessivo di bevande alcoliche e che produce rappresentazioni e pratiche sociali rispetto alle

quali la professione medica deve differenziarsi; e tuttavia tale necessità di differenziazione tecnica non impedisce che le stesse rappresentazioni e pratiche sociali, trasformate in sapere professionale, operino all'interno dell'attività di diagnosi e di cura del medico.

L'obbiettivo dell'indagine non è dunque quello di valutare le conoscenze dei medici in termini di vero/falso o l'efficacia dei trattamenti che pongono in essere ma invece quello di tentare di comprendere la struttura e la dinamica della razionalità tecnica che opera a livello di ciascuno dei gruppi di medici intervistati.

Più specificamente le domande a cui questa indagine cerca di rispondere sono di due ordini: uno, più empirico, riguarda il lavoro dei medici di base rispetto all'alcolismo (come definiscono il problema, come lo individuano e lo diagnosticano, come ne spiegano le cause, quali tipi di alcolisti riconoscono come tali, su quali intervengono e con quale trattamento, che conoscenza hanno delle rappresentazioni e pratiche della comunità e delle risorse locali), l'altro, più teorico, tenta di discriminare in ciascun gruppo di medici e nel loro insieme il tipo di razionalità tecnica che guida il loro lavoro, il rapporto che esiste tra rappresentazioni e pratiche, il tipo di assistenza che prestano a livello di base.

Sullo sfondo di questa ricerca si profila una specifica e documentata inefficacia del sapere medico rispetto a sofferenze che non è in grado di definire con precisione e che non può controllare e risolvere in termini tecnici come sono appunto quelle correlate all'alcolismo; l'intervento medico ha ripetutamente dimostrato di avere grandi difficoltà o di non essere capace di curare, prevenire e financo diagnosticare l'alcolismo, nonostante che gli specialisti lo riconoscano come la più importante malattia mentale in Messico e come una delle prime cause dirette o indirette di morte nello stes-

so Paese e in molti altri dell'America Latina.

Il fatto che nella società messicana il consumo di alcol rappresenti un valore culturale costituisce un ostacolo alla possibilità di definire e di intervenire tecnicamente sull'alcolismo e la sua stessa "normalità" rende molto difficile la individuazione medica del problema non solo nell'*altro* ma nello stesso operatore sanitario.

In questo quadro i risultati della ricerca, che qui possono essere solo molto sommariamente riassunti, evidenziano una situazione estremamente contraddittoria: i medici *pensano* l'alcolismo come un problema ma non prioritario; lo *pensano* tecnicamente in termini di malattia ma non possono intervenire in modo efficace; lo *pensano* come problema le cui cause e la cui soluzione sono economiche e sociali ma non possono intervenire a questo livello; riconoscono la propria mancanza di formazione tecnica ma né le facoltà di medicina né le istituzioni in cui lavorano modificano in modo significativo questa situazione; *pensano* che l'alcolismo riguardi tutte le classi sociali ma in pratica lo pensano come specifico degli strati più poveri ed emarginati.

[PBa]

Raphael PATAI, *The Jewish alchemists: a history and source book*, Princeton University Press, Princeton, 1994, XIV+ 617 pp.

Il monumentale testo di Patai, che presto uscirà in italiano nella collana "Judaica" delle edizioni ECG di Genova, ha un duplice valore: da una parte è un saggio che ricostruisce la storia dell'alchimia ebraica dall'Antichità all'Ottocento e i suoi rapporti con gli alchimisti non ebrei e gli Ebrei non alchimisti; dall'altra raccoglie, annota e presenta i testi di questa tradizione.

L'opera dell'ottantasettenne studioso di ebraismo, di origine ungherese, si pone quindi come punto di riferimento e pietra miliare per l'alchimia. Egli compie un'operazione simile a quella di Scholem per la *Qabbalà*: entrambi si prendono la responsabilità di uno studio scientifico di qualcosa che l'illuminismo ebraico ottocentesco (l'*haskalà*) aveva preferito tacere, o relegare fra le stranezze. È vero anche che gli alchimisti cristiani e musulmani guardavano agli Ebrei come detentori di un segreto, di qualcosa passato di bocca in bocca fin dai patriarchi e mai svelato dagli attuali discendenti, che tengono per sé questo immenso potere. Inoltre a molti alchimisti viene attribuito un inesistente ebraismo, al fine di accrescerne la fama e l'autorevolezza. Forse per difendersi da questo volto dell'antemitismo, da questa sovradeterminazione accusatrice tanto comune, il contributo ebraico reale venne screditato anch'esso. Contributo che però in effetti c'è stato, ed è testimoniato. Patai cerca di ricostruirne la storia. Partendo dall'Egitto, dove nel secondo secolo dell'era volgare una certa Maria l'Ebraica è considerata la fondatrice di questa scienza; fino al mondo islamico, dove un certo Jacob l'Ebreo pare essere stato maestro di Ibn Sina (Avicenna). Dal Medioevo, quando i centri del sapere alchemico si spostano verso l'Occidente cristiano, fino all'Ottocento quando, sconfitta dalla chimica, resiste tra le comunità del Nordafrica, facendo luce sulla sua persistenza in ambito islamico nei cinque secoli che la separano dal periodo "classico" del suo splendore. Il libro dimostra quindi, a partire da materiale pressoché inesplorato, che l'alchimia fu un vero e proprio campo del sapere ebraico nei secoli, sullo stesso piano della medicina. Questo sapere si è pian piano trasformato nella chimica moderna, con processo che Patai tenta di sbanalizzare ed indagare. L'alchimia non è una pseudoscienza scomparsa con Lavoisier, né solamente un modo di elevare

l'imperfetta natura umana: il fatto è che essa si può definire solo dalle azioni dei suoi praticanti, spesso divisi in gruppi contrastanti. Essenzialmente comprende nella sua definizione: la trasformazione dei metalli in oro ed argento; la manifattura di pietre preziose; la produzione di tinture; la creazione di rimedi per alleviare qualsiasi tipo di sofferenza umana; la ricerca dell'elisir di lunga vita. Diverse pagine del libro, pullulante di temi, sono dedicate alla relazione tra medicina ed alchimia. Molti alchimisti ebrei erano anche medici, e consideravano questo una parte dell'aspetto "pratico" dell'alchimia, e viceversa, così che chi accedeva all'una completava la sua preparazione con l'altra: fra gli altri il caso di Chaim Vital nel XVI secolo, di origini calabresi, qabbalista allievo di Luria a Safed e grande medico, che non distingueva la teoria alchemica dalle sue applicazioni per curare la sofferenza fisica e psichica degli uomini. È questa un'importante caratteristica dell'alchimia ebraica: un approccio tecnico, che misura la scienza sull'efficacia (nel caso terapeutica) e non sulla costruzione teorica, indispensabile ma che non deve bastare a sé stessa. Un carattere teoretico pressoché unificante di ogni tradizione alchemica è la credenza nell'unità di tutte le cose, fisiche e diverse manifestazioni di un'unica essenza: così un metallo può trasformarsi in un altro, e il corpo umano essere curato da un vegetale. In questo medicina e alchimia sono identiche: se da un metallo impuro si giunge all'oro, da un corpo malato si può giungere a un corpo sano. Alla fine Patai sostiene che l'alchimia occupava per gli Ebrei un posto mediano tra la filosofia e la medicina, presentando le costruzioni concettuali della prima (la maggior parte degli alchimisti erano osservanti e i suoi rapporti con la mistica sono analizzati da Scholem) unita alla tensione all'efficacia della seconda.

[CMa]

Giovanna PETRILLO (curatore), *Psicologia sociale della salute. Salute e malattia come costruzione sociale*, Liguori, Napoli, 1996, XVI+434 pp. (Biblioteca. Mente e società. Collana diretta da Guglielmo Bellelli, 11).

Questo testo ricco e stimolante comprende una serie di saggi di esperti di differenti Paesi e si presenta come un valido contributo agli studi nel settore della psicologia sociale della salute, di cui consente di individuare modelli e linee di ricerca relativi ad aree teoriche e ad ambiti di applicazione.

È interessante notare come già nel titolo sia espressa l'intenzione di porre l'accento sulla definizione e costruzione del concetto di salute più che su quello di malattia, privilegiando perciò la prevenzione e l'educazione alla salute e considerando in questa prospettiva di fondamentale rilevanza l'interazione tra figure professionali diverse. I vari saggi sono accomunati non soltanto dalla scelta di considerare la salute/malattia secondo un'ottica autonoma dalla prospettiva esclusivamente medica ma soprattutto dalla scelta epistemologica di fondo: il sociale non è inteso come sfondo per l'agire umano ma «in quanto ci fornisce un sistema interpretativo generale del mondo, che comprende le problematiche della salute e della malattia, e in cui noi stessi, anche in quanto sani/malati, troviamo una nostra collocazione», come sottolinea Giovanna Petrillo nel capitolo introduttivo (p. 7).

La salute e la malattia vengono pertanto analizzate come costruzioni sociali, considerando i processi di tipo sociale e culturale che intervengono nella produzione dei significati della malattia.

Perciò, pur nella diversità delle impostazioni e degli ambiti considerati, stanno alla base dei vari contributi sia la concezione della salute come costruzione sia l'intento di ridefinire chi sono i costruttori di significato nella vita quotidiana e come tali

significati vengano costruiti.

Nella sua stimolante introduzione Giovanna Petrillo pone in evidenza come si sia rilevata utile l'applicazione della teoria delle rappresentazioni sociali al campo della salute, ambito nel quale è particolarmente evidente come le rappresentazioni sociali siano radicate nella vita sociale e come condizionino l'individuo.

Il testo è organizzato in sezioni per far compiere al lettore un percorso ideale che va dal campo delle percezioni del malato colpito da AIDS o da handicap, alle spiegazioni della salute/malattia in termini di rappresentazioni sociali, come dimostra la ricerca sull'allattamento «quale pratica sanitaria tra natura e cultura», agli studi sui pregiudizi relativi all'AIDS, ai modelli di prevenzione nella gestione della salute.

Il volume si presenta particolarmente stimolante per i contributi e per i dati di ricerca che presenta e dimostra come nell'ambito della problematica salute-malattia la psicologia sociale fornisca notevoli e originali apporti.

Indice. Serge Moscovici, *Prefazione* / Giovanna Petrillo, *La psicologia sociale della salute tra teoria e applicazione: un inquadramento generale* / *Parte prima. Percezioni del malato e della malattia:* Ivana Marková - K.G. Power, *Le percezioni ingenuie del rischio di AIDS/HIV* / Carmencita Serino, *Somiglianza e differenza nella rappresentazione sociale dell'handicap* / *Parte seconda. Spiegazioni e rappresentazioni della salute e della malattia:* George D. Bishop, *Prototipi della malattia: natura e funzioni* / Jean Claude Deschamps - Loraine Comby - Thierry Devos, *Attribuzioni di responsabilità e AIDS* / Denise Jodelet - Joseline Ohana, *Rappresentazioni sociali dell'allattamento materno: una pratica sanitaria tra natura e cultura* / Alan Radley - Michael Billig, *Spiegazioni della salute e della malattia: dilemmi e rappresentazioni* / *Parte terza. Stabilità e cambiamento sociale nell'inte-*

razione con il malato e con la malattia: Michel Morin - Jean-Paul Moatti, *Le inchieste sui pregiudizi e i processi di stigmatizzazione: il caso AIDS* / Giovanna Petrillo, *Influenza sociale, comunicazione persuasiva e rappresentazioni sociali della salute e della malattia* / *Parte quarta. Modelli di azione e comportamenti sanitari:* Robert V. Joule - François Peyrolle, *Impegno e comportamenti sanitari: la prevenzione contro l'AIDS* / Dario Paez Rovisa - Silvia Ubbillo Landa, *Aspetti psicosociali del comportamento sessuale* / Ricardo Usieto - Julia Sastre, *Comportamento sessuale e trasmissione del virus di immunodeficienza umana* / *Parte quinta. Salute e malattia: articolazioni interdisciplinari:* Geneviève Paicheler, *La prevenzione: l'articolazione tra individuo e società nella gestione della salute* / Marie-Noëlle Schurmans, *La malattia mentale dal punto di vista della sociologia della conoscenza: concezioni antropologiche, socio-storiche e psicosociali* / Bruna Zani, *Psicologia di comunità e gestione sociale della salute.*

[GRa]

Robert POOL, *Dialogue and the interpretation of illness. Conversation in a Cameroon village*, Berg Publishers, Oxford - Providence (Rhode Island), 1994, XII+286 pp. (Explorations in anthropology. A University College London series).

Esistono tendenze e idee che esplodendo in modo dirompente sulla scena intellettuale o all'interno di una disciplina particolare sembrano in grado, almeno per un certo periodo di tempo, di risolvere in un sol colpo una vasta serie di problemi fondamentali. Questo è stato il caso, secondo un discreto numero di antropologi di lingua inglese, tra i quali annovererei Robert Pool, per alcune delle idee ("la scienza è una vasta epistemologia metanarrativa", "il

mondo postmoderno è un mondo post-scientifico”, “un’etnografia postmoderna è frammentaria” (“i nativi devono far sentire la loro voce”) espresse nell’influente testo della metà degli anni ‘80, *Writing culture: the poetics of ethnography* (1986), i cui autori (James Clifford, Renato Rosaldo, George Marcus, Vincent Crapanzano, Steven Tyler, per citarne alcuni) sono stati percepiti, proprio per il diffondersi di certi loro concetti, come avanguardia del postmoderno in antropologia.

Robert Pool è dunque quello che potremmo definire all’interno dell’antropologia, a seconda delle terminologie, un antropologo letterato o un postmoderno. Certamente quest’ultima è la cornice teorica all’interno della quale s’inserisce il contributo medico-antropologico di questo suo piacevole libro.

Di lineare lettura, il racconto di Pool è frutto di un lavoro sul campo durato quasi due anni, allontanatosi immediatamente da quello che per ragioni di finanziamento era l’obbiettivo prioritario imposto alla ricerca, e cioè di scoprire in che misura i fattori culturali fossero legati a Tabeken (un villaggio dei Wimbum nei Grassfields occidentali del Cameroun) alla nutrizione ed alle malattie infantili, in particolar modo a quella malattia conosciuta con termine biomedico come “kwashiorkor”. Esso ci porta immediatamente ad esplorare sia i concetti di *bfaa* e *ngang*, reputati equivalenti al sopracitato termine biomedico, sia le tipiche realtà e frustrazioni provate durante il lavoro sul campo dagli antropologi. Muovendosi infatti dall’iniziale investigazione dei concetti di malattia nutrizionale ai concetti, formulati nella lingua locale limbum, di *bfaa* e *ngang*, Pool ci fa progressivamente prendere consapevolezza di come questi termini siano in modo inadeguato, genericamente stati tradotti come malattia, stregoneria, cannibalismo ecc. e di come un’interpretazione lineare e strati-

ficata che vede sovrapporre i lessemi locali con quelli biomedici, non possa essere considerata da un punto di vista antropologico soddisfacente. I capitoli centrali del libro si sviluppano intorno a questi termini limbum ed intorno al fatto che essi assumono nei dialoghi presentati un significato che dipende sia dal contesto in cui vengono utilizzati sia da chi li sta usando, tanto da far dire a Pool che «le interpretazioni cambiavano per me costantemente, come risultato delle mie conversazioni con gli informatori, ma esse cambiavano anche per questi informatori come risultato delle loro conversazioni con me, e tra noi tutti. Gradualmente creammo tra noi una figura (instabile, indeterminata, contraddittoria) di come le cose stavano». Secondo Pool non si può parlare di un sistema medico wimbium, piuttosto, per ciò che riguarda la malattia e la salute, di una costellazione di significati instabili.

Gli affollati dialoghi di cui il testo è ricco, dimostrazione dell’intenso lavoro di ricerca svolto da parte di Pool, ci conducono allo stesso tempo verso una più profonda ed impegnativa riflessione di carattere teorico. Quale è il ruolo della moderna etnologia?

Lo studio etnografico, secondo Pool, «non è un modo neutrale di presentazione del lavoro; e non registra la realtà esterna; [esso] è parte del processo che costituisce quella realtà», «la “reale” cultura nativa non esiste là fuori in una forma pura o pristina in attesa di essere scoperta e rappresentata dall’etnografo, ma l’etnografia è soprattutto, prassi condivisa, dialogo, performance e produzione» e ancora «fluttuazione, frammentazione ed indeterminazione sono solo un problema fintanto che noi continuiamo a credere che la preesistenza di una realtà esterna oggettiva o un ordine nascosto sono in grado di essere gradualmente rivelate attraverso l’applicazione di una metodologia adeguata».

Malgrado quest’ingombrante implicazione

teorica i nove capitoli del libro restano altamente leggibili eleganti e lucidi. Se si può muovere un appunto credo esso debba essere rivolto alle riduttive generalizzazioni che, a mio parere, fanno riferimento sia alle fatiche degli antropologi del passato, ai quali Pool rimprovera di aver fatto tanti sforzi «per provare che gli Africani spiegano tradizionalmente la maggior parte delle malattie attraverso modi naturalistici» sia ai lavori di molti antropologi attuali che, sempre secondo Pool, utilizzerebbero nelle loro ricerche un approccio ormai superato («il classico approccio etnoscientifico [...] sembra essersi estinto nel grande flusso dell'antropologia»). In conclusione, a parte questo limite – che Pool avrebbe potuto colmare attraverso un più umile atteggiamento verso molti colleghi, il che gli avrebbe peraltro consentito di constatare come da molti dei lavori criticati fosse emerso che diversi gruppi africani attribuiscono le malattie sia a cause naturali che a cause soprannaturali –, il libro appare eccellente e ben scritto. Lo raccomanderei sia agli studiosi di antropologia medica che agli africanisti.

[OTo]

Nuno PORTO, *A noção de pessoa na experiência religiosa: interpretação de ex-votos fotográficos*, pp. 143-165, in **Antonio FRAGUAS FRAGUAS - Xosé A. FIDALGO SANTAMARIÑA - Xosé Manuel GONZÁLES REBOREDO** (curatori), *Romarias e peregrinacións. Actas do Simposio de antropoloxía (Santiago de Compostela, outubro de 1993)*, Consello da Cultura Galega. Ponencia de Antropoloxía Cultural, 1995, 208 pp.

L'Autore, con questo lavoro, presenta alcune ipotesi interpretative in merito agli ex-voto fotografici e al loro uso nel santuario portoghese dedicato a Santa Eufémia, situato nella località Paranhos da Beira

(regione storico-geografica di Beira Alta). Dopo alcune considerazioni iniziali sulle caratteristiche degli ex-voto (che si tratta di offerte ad entità del pantheon religioso; che esprimono il riconoscimento della persona nei confronti della entità dopo la risoluzione di un problema personale; che si tratta di atti di scambio; che si producono in uno spazio rituale; che assumono una funzione visuale; che rendono visibile l'azione dell'entità mostrando le figure coinvolte nell'evento), Nuno Porto mostra come si siano modificate le loro rappresentazioni figurative, dalle raffigurazioni pittoriche del secolo scorso alle foto odierne.

Ciò che costituisce la grande trasformazione del nostro secolo, con l'introduzione della fotografia, è la ridefinizione radicale dei rapporti tra l'offerente e il santo: quest'ultimo, presente nelle raffigurazioni pittoriche, scompare nella rappresentazione fotografica, ed è la persona stessa che diventa il motivo visivo centrale della scena. Secondo l'Autore è possibile affermare quindi che la mediazione fotografica della relazione tra santi e credenti comporta una ridefinizione espressiva di questa relazione. Sulla base di queste differenze di fondo, nella seconda parte dell'articolo, Porto intraprende un percorso al di fuori dello scenario religioso, tentando di analizzare le rappresentazioni del sé attraverso la vita fotografica, una vera e propria biografia iconografica ricostruita a partire da una serie di ritratti familiari. Secondo l'Autore, se la fotografia serve, nel suo uso privato, a conservare l'idea di un ordine sociale, nella esperienza religiosa contribuisce alla formulazione di una diversa categoria di persona. Attraverso l'ex-voto fotografico, la vita umana viene concepita come se fosse eterna e l'esperienza religiosa mostra come sia necessario dare corpo allo spirito e identità al corpo così come nella vita dei santi.

[ACa]

Paul RABINOW, *Making PCR. A story of biotechnology*, The University of Chicago Press, Chicago, 1996, 190 pp.

Making PCR è il risultato di una affascinante ricerca etnografica, compiuta da Rabinow, sulla scoperta della catena di reazione polimerasica (*polymerase chain reaction*, PCR) che ha permesso al suo inventore, Kary Mullis, di ricevere il premio Nobel. La catena di reazione polimerasica è un metodo che permette di sintetizzare e produrre grandi quantità di DNA, ridurre i tempi di sintesi, e semplificare le tappe di produzione di materiale genetico. Oltre a ciò, in verità il PCR presenta altre potenzialità, come il fatto di essere uno strumento di analisi che permette di identificare variazioni genetiche.

Paul Rabinow descrive, in modo attento, come nasce una scoperta scientifica, seguendo un cammino di analisi percorso da pochi altri antropologi, come Bruno Latour, interessati allo studio etnografico delle istituzioni scientifiche e dei modi attraverso i quali si produce ricerca scientifica. L'Autore affronta l'argomento attraverso una bellissima etnografia del centro di ricerca californiano, la Cetus Corporation, in cui il PCR è stato sviluppato, ricostruendo le biografie dei protagonisti attraverso la presentazione di interviste commentate. Rabinow descrive e interpreta la Cetus Corporation come «spazio fornito di sperimentazione» (1996, p. 159) in cui si è riusciti a combinare l'entusiasmo di un gruppo di ricercatori provenienti per lo più da istituzioni universitarie, la possibilità di applicazione dei risultati e l'utilizzo e la diffusione di una tecnica che ha modificato radicalmente la manipolazione del DNA.

Oltre all'universo degli scienziati che hanno portato a questa scoperta, Rabinow esplora anche gli aspetti manageriali, i problemi amministrativi, le scelte strategiche di ricerca avanzata nel campo della biotecnologia. Le biografie permettono di cogliere le diverse sensibilità e attitudini alla ricerca, gli interessi, ma anche le vicende

politiche, i contesti sociali e familiari e anche le vicende sentimentali che hanno accompagnato i percorsi dei protagonisti di questo libro che può essere letto come un romanzo. Il premio Nobel ottenuto da Mullis creò infatti non poche critiche e malumori all'interno della Cetus Corporation. Diversi ricercatori, pur contenti della importanza conferita dal Comitato del Premio Nobel alla tecnologia del PCR, manifestarono dissensi in merito al fatto che il premio fosse stato attribuito ad un ricercatore solo, quando in realtà altri ricercatori avevano contribuito a sviluppare il metodo e a definirne le potenzialità.

Rabinow, non solamente sviluppa una ricerca etnografica di una istituzione scientifica – approccio ancora poco frequente nella ricerca antropologica – ma esplora, attraverso una descrizione precisa e attenta, i modi attraverso i quali si stanno affermando, nella bioscienza, nuovi campi di ricerca e nuove pratiche culturali. L'Autore affronta infatti il dilemma di molti scienziati che hanno abbandonato una carriera di ricerca scientifica universitaria, scegliendo di lavorare in una industria privata e dedicandosi a tempo pieno alla ricerca applicata. Inoltre, egli sviluppa una serie di riflessioni, soprattutto nella parte conclusiva, in merito alle finalità della ricerca scientifica, e al significato della scienza nella nostra epoca moderna. A tal fine riprende il pensiero di Max Weber e soprattutto il suo saggio *Scienza come vocazione* [*Wissenschaft als Beruf*], ribadendone la grande attualità. Recuperando la spinta pragmatica tracciata da Dewey e la necessità che la ricerca scientifica possa avere implicazioni pratiche, Rabinow lancia una critica alla distinzione netta che veniva fatta soprattutto negli anni '70 tra ricerca pura e ricerca applicata, affermando che la scienza non è mai stata ciò che i filosofi e gli scienziati affermavano che fosse e cioè che non c'è mai stato qualcosa di puro da corrompere.

[ACa]

REGIONE DELL'UMBRIA. ASSESSORATO AL COMMERCIO. CONSULTA REGIONALE PER L'UTENZA E IL CONSUMO - UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA. ISTITUTO DI ETNOLOGIA E ANTROPOLOGIA CULTURALE, *I percorsi dell'utenza nella ULSS di Perugia. La struttura degli orari in Umbria*, Tullio SEPPILLI (coordinamento scientifico) - Laura LEPORE (progetto, realizzazione e redazione), Centro Stampa Regionale, Perugia, 1996, 163 pp.

Nonostante anche in Italia ormai l'antropologia medica conti di una notevole tradizione di studi e si siano moltiplicate negli ultimi anni le ricerche su temi di attualità sanitaria, non è ancora esteso l'impiego di specialisti in tale disciplina da parte degli Enti pubblici, né viene data diffusione a stampa dei risultati ottenuti dalle loro analisi. Questo accade forse per il diffuso malinteso che gli antropologi non siano capaci di condurre indagini empiriche il cui taglio qualitativo sia in grado di rappresentare una realtà complessa; o per l'opinione (e gioverebbe interrogarsi su quanto l'antropologia italiana ha, consapevolmente o meno, incoraggiato tale equivoco) che il loro sguardo sia più adatto ad applicarsi ad un altrove esotico piuttosto che all'interno della nostra complessità quotidiana. Alla Regione dell'Umbria, quindi, va riconosciuto il merito di aver intessuto un rapporto di collaborazione di ricerca con l'Istituto di etnologia e antropologia culturale della Università di Perugia, che in questa analisi ha esaminato la qualità delle condizioni di accesso dell'utenza alle prestazioni sanitarie dell'ULSS dell'area del Perugino, al fine di individuare i principali problemi che ostacolano l'utenza all'accessibilità alle strutture sanitarie. In tale senso la ricerca ha analizzato le informazioni disponibili all'utente e la loro diffusione; la distribuzione degli orari di apertura dei servizi e la loro dislocazione sul territorio; l'arredo e la disposizione degli spazi destinati al pubblico e l'impatto sul flusso dell'uten-

za; la responsabilizzazione dell'utente nei confronti dei servizi e gli ostacoli organizzativi - come la lentezza operativa delle risorse informatiche -; i percorsi burocratici per ottenere una visita specialistica compresa la mancata comunicazione di rinuncia da parte degli utenti che hanno prenotato una visita; la soddisfazione dell'utenza verso il rapporto con i medici di base ed i medici specialisti e di converso la valutazione di questi ultimi in rapporto agli assistiti, ai servizi sanitari e tra le diverse categorie di medici coinvolti nell'itinerario terapeutico del paziente; la frequenza del ricorso alle medicine alternative.

Le condizioni di accesso alle strutture sanitarie, intese come «gli atti concreti di ordine burocratico-amministrativo che l'utente deve compiere in ordine consequenziale per poter giungere a fruire di una prestazione sanitaria [...] e le modalità di fruizione della stessa prestazione; [...] [sia come] le condizioni materiali, derivanti dalla gestione organizzativa del servizio, in cui l'utente si trova ad effettuare i differenti passaggi del suo iter sanitario e la valutazione di tali condizioni in relazione ai suoi bisogni» (pp. 13-14) costituiscono un osservatorio privilegiato per formulare un giudizio sulla qualità dell'offerta sanitaria in quanto prima tappa del percorso che intreccia l'itinerario terapeutico del singolo con le risorse sanitarie presenti sul territorio, dal manifestarsi dei primi sintomi del malessere fino alla loro diagnosi e possibile risoluzione. Quindi l'analisi considera il duplice versante della qualità di accesso per gli utenti e delle difficoltà che ostacolano gli stessi coordinatori dei servizi nella realizzazione dei progetti di ottimizzazione della struttura, tenuto conto delle modifiche conseguenti le trasformazioni legislative della sanità negli ultimi anni. Interviste e questionari sono stati sottoposti, in questa duplice ottica, ad una popolazione di utenti, successivamente raggruppati in quattro

tipologie ciascuna identificante un diverso comportamento nei confronti della "responsabilizzazione" verso le strutture sanitarie, come pure ai responsabili di singoli segmenti dell'iter (medici di base, operatori del servizio di prenotazioni, medici specialisti e di laboratorio, funzionari amministrativi).

I risultati dell'inchiesta, per ciascuna delle categorie di informatori, evidenziano gli elementi che hanno costituito una trasformazione positiva nei confronti della qualità di accesso verso l'utenza, come gli elementi da potenziare ed adeguare, proponendo in chiusura commenti di riflessione e suggerimenti operativi, nella consapevolezza di quanto sia difficile la modificabilità totale della struttura sanitaria. Per necessaria sintesi della ricchezza documentaria che l'analisi qualitativa mette in luce all'interno delle complesse dinamiche di rapporto tra strutture sanitarie e macrolivello legislativo-burocratico, tagli finanziari e regolamenti regionali ancora carenti, rapporto tra medici di base e medici specialisti, operatori dei servizi per l'utenza e infine caratteristiche dell'utenza stessa, riassumiamo solo alcuni dei risultati ottenuti dall'indagine. In primo luogo viene segnalata la necessità di una educazione dell'utenza per un uso più responsabile dei servizi sanitari, legato ad effettive necessità. A questo proposito il contributo dei medici di base appare prioritario, quando al contrario essi, nell'opinione dei tecnici ULSS, troppo spesso assecondano l'utenza, prescrivendo esami inutili e costosi. Andrebbe verificato, tuttavia, se questo atteggiamento sia provocato dall'utenza oppure indotto dai medici, portati a relegare in secondo piano l'esame clinico. Le difficoltà di dialogo tra i servizi sanitari ed i medici di base, infatti, si coagulano intorno ad una perdita di funzione dell'autonomia professionale di questi ultimi, nel panorama dell'aumento della specializzazione e della parcellizzazione medica gene-

rale, che pare ridurre il loro operato a quello di prescrittori di esami specialistici e di farmaci. L'autonomia professionale dei medici di base, per essere conservata, richiede interventi per una loro rifunzionizzazione, soprattutto tenendo conto del rapporto privilegiato con l'utenza. Rapporto che tuttavia, da alcuni di essi, viene considerato chiaramente secondario («Solo un paio di medici nominano l'importanza del "contatto umano" e mostrano attenzione ai bisogni psicologici degli assistiti», p. 94), e le visite a domicilio vengono affrontate da alcuni con una certa "svogliatezza". C'è anche chi afferma polemicamente che nel sistema sanitario nordamericano la visita domiciliare non è fornita e gli utenti italiani debbono considerarsi privilegiati. La compilazione delle cartelle cliniche degli assistiti non risulta pratica diffusa, neppure in tempi di elevata diffusione della computerizzazione. Tuttavia, la soddisfazione dell'utenza rispetto all'operato e al rapporto con il proprio medico di base risulta buona. Anzi, contrariamente a quanto si può essere portati a pensare, gli intervistati non manifestano il desiderio di un rapporto col medico curante tale da farne un interlocutore confidenziale. Prevale quindi, nel rapporto tra medico di base e assistiti, il modello assistenzialista, rivelato anche dall'atteggiamento di rifiuto nei confronti dell'autodiagnosi e dell'auto-prescrizione che nell'opinione dei medici deve rimanere assolutamente di loro competenza.

Altrettanto ricco di spunti di riflessione è il materiale desunto dalle interviste al personale impiegato presso i distretti sanitari e gli sportelli di prenotazione dell'ULSS. Coloro che vi operano appaiono consapevoli delle carenze o degli errori nell'allocazione delle risorse, del personale, dei problemi concernenti la diffusione dell'informazione che si traducono

in difficoltà di accesso per l'utenza. A tali problemi, talvolta con strategie personalizzate, si cerca comunque di ovviare per dimostrare la volontà di rispondere alle esigenze dei cittadini. Alla carente diffusione dell'informazione sono infatti imputabili in buona parte anche i comportamenti dell'utenza che non comunica la rinuncia alla prestazione specialistica o non procede al ritiro degli esami clinici, problemi che comportano uno spreco di tempo e risorse impiegate.

Infine, un aspetto che chi scrive vuole sottolineare è la presenza delle schede e dei questionari utilizzati, integralmente riportati. Sovente si ha la curiosità di conoscere quali strumenti sono stati impiegati per il conseguimento dei risultati di una ricerca, informazione purtroppo accessibile troppo spesso solo facendo diretto ricorso agli Autori. La trasparenza delle metodiche impiegate è senza dubbio un aspetto meritevole di essere segnalato.

[DCo]

Franca ROMANO, *Laura Malipiero strega. Storie di malie e sortilegi nel Seicento*, Meltemi, Roma, 1996, 164 pp.

Tra le maglie dell'ideologia e della cultura dominanti, gli archivi del Santo Ufficio lasciano intravedere la vita dei ceti socialmente ed economicamente subalterni e documentano indirettamente i microcosmi del margine.

È questo l'assunto dal quale parte Franca Romano per questa biografia antropologica. Può contare su una cospicua quantità di materiali: nel 1630, 1649 e 1654, sono infatti ben tre i processi per *stregaria* celebrati dall'Inquisizione di Venezia contro Laura Malipiero.

Testimonianze, relazioni e sentenze vengono adeguatamente contestualizzate dall'Autrice che ci consegna un testo narrativamente serrato, rigoroso ma anche avvincente nel quale sono parecchie le focalizzazioni di interesse antropologico medico. Come il riferimento alla comunità greca di Venezia all'interno della quale erano numerose le guaritrici o, per passare da una dimensione di prerogativa sociale dei gruppi marginali alla vicenda individuale, la trasmissione ereditaria, per linea madre-figlia, da Isabella Malipiero a Laura, delle competenze magiche e dei saperi medici. C'è la ambiguità che accomuna guaritrici e streghe nella civiltà e tollerante Venezia di XVII secolo, quella di Pietro Bembo e di Traiano Boccalini per intenderci. C'è la descrizione dell'armamentario magico come anche dei ferri del mestiere, c'è la inquietante corrispondenza tra i poteri occulti e il corpo disordinato della strega che si manifesta nella erotica capacità di fascinazione.

[EPe]

Jean-Michel SALLMANN, *Santi barocchi. Modelli di santità, pratiche devozionali e comportamenti religiosi nel regno di Napoli dal 1540 al 1750*, traduz. dal francese di Carla RABUFFETTI, Argo, Lecce, 1996, 547 pp. (Mnemosyne. Collana diretta da Stefano De Matteis, 11) [ediz. orig.: *Naples et ses saints à l'âge baroque (1540-1750)*, Presses Universitaires de France, Paris, 1994].

Come già l'edizione francese del 1994 anche la traduzione italiana del saggio di Jean Michel Sallmann sui santi barocchi napoletani esce in una collana antropologica: in Francia la Collection "Ethnologies" delle Presses Universitaires de France, diretta da Jean Cuisinier, in Italia la collana "Mnemosyne" di Argo, diretta da Stefano

de Matteis. Si tratta infatti di un testo che intende rilanciare esplicitamente l'esigenza di un dialogo fra antropologia e storia, e questa è di certo una ottima e lodevole intenzione. Ma di qui a considerarlo un testo di antropologia il passo è troppo lungo. Difatti è proprio nel tentativo di dialogo con l'antropologia che questo libro mostra i suoi limiti, laddove sul piano della ricerca storica e della sua base empirica esso è il frutto di anni di ricerche d'archivio e di una scelta descrittiva più convincente. Il libro infatti, alla lettura dell'antropologo, appare scisso in una sorta di irriducibile separazione proprio fra quegli aspetti della ricerca che l'Autore intenderebbe unificare: storia e antropologia, eventi e rappresentazioni, pratiche e simboli. L'analisi storica tende a mostrare l'importanza dell'insinuazione del cattolicesimo della contro-riforma nella società napoletana e meridionale di fine Cinquecento, individuando nel culto dei santi l'elemento centrale di una religione barocca. Per questo la costruzione della santità viene percorsa attraverso lo studio delle sue figure, condotto in tre distinte sezioni del volume: 1. *Le basi della credenza*, 2. *Dal culto dei santi alla santità*, 3. *Il santo e il fedele*. Nella prima parte viene studiata la diffusione dei testi agiografici, con una interessante problematizzazione del fenomeno della scrittura, della pubblicazione e della commercializzazione delle *hagio-grafie*. Il testo agiografico, i testi devoti e le stesse pratiche dell'illustrazione e della composizione dei frontespizi divengono chiavi feconde di una analisi storiografica che attraverso un approccio "testuale" e a tratti quasi "socio-letterario", riesce a sondare le profonde circolarità culturali della Napoli barocca, individuando, al di là dei significati estetici o narrativi di tali pratiche descrittive, dei veri e propri modelli devozionali nei quali si riflettono le motivazioni delle politiche ecclesiastiche e, successivamente, le rappresentazioni della santità in termini di pratiche della intercessione.

Questa e altre dinamiche di mutamento e trasformazione, dalla fine del '500 alla metà del '700, si incentrano su una idea fondamentale: la riforma cattolica fu all'origine di una profonda rivoluzione culturale nell'Italia meridionale. Vengono studiati fenomeni quali la proliferazione delle chiese e dei santi patroni e ripercorse le discussioni sulla santità nella polemica teologica. Nella seconda parte vengono presi in esame gli aspetti sociali del culto dei santi, da quelli economici a quelli legati alla "domanda" di miracoli e alla definizione legittima delle "false" e delle "vere" santità. È nella terza parte del libro che Sallmann dichiara di volere esplicitarne il focus: il sistema di relazione fra i santi e i devoti che definisce le figure dell'intercessione e lo statuto del miracolo. E qui l'Autore dichiara di abbandonare il programma storiografico per fare ricorso a quella che egli stesso definisce una «riflessione più generale sullo sciamanismo e l'antropologia della malattia». Riflettendo sulla natura stessa della santità nella società napoletana egli ritiene di identificare nel santo uno «sciamano cristiano» e nel miracolo una variante della «cura simbolica». Qui si manifestano i limiti forti del saggio che possono riassumersi nel modo seguente: un uso estremamente riduttivo del concetto levistrausiano di «efficacia simbolica» appiattito sulla sua unica accezione di significato terapeutico; la conseguente riduzione della complessità della figura del santo, alla unica funzione di «guaritore» e «taumaturgo», il cui processo di iniziazione viene assimilato a quello dello sciamano esclusivamente per analogia; la trasposizione di un approccio causale che mina alla base qualsiasi possibilità di interpretazione del fatto simbolico, come si evince da affermazioni sorprendenti del tipo: «la povertà delle loro tecnologie imponeva [ai fedeli] il ricorso alle tecniche di sostituzione quali le cure simboliche», come a

dire che l'intero sistema simbolico, di saperi, pratiche ed esperienze, relativo alla santità, le reliquie, i pellegrinaggi, l'intercessione, i santuari, ecc. va causalmente ricondotto alla mancanza di strutture e conoscenze medico-sanitarie! Il libro in sostanza fallisce proprio là dove pretende di aprire un dialogo con l'antropologia, dialogo che si rivela purtroppo pretestuoso: l'uso delle categorie antropologiche diventa caricaturale e non problematico, non si capisce insomma come l'accostamento fra santi e sciamani possa servire a capire qualcosa degli uni o degli altri. Il modello sciamanico, che Sallmann riprende da Carlo Ginzburg in maniera molto meccanica e assai meno problematica, sembra in fondo occultare più che spiegare o interpretare gli specifici significati sottesi alla santità nell'Europa cristiana e nelle specificità storico-culturali della Napoli barocca, peraltro così ben studiate nella prima parte del libro (cfr. per una critica più ampia gli articoli di Fiorella Giacalone e Giovanni Pizza in "AM", 1-2, ottobre 1996).

[GPI]

Amedeo SANTOSUOSSO (curatore), *Il consenso informato*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996, 222 pp.

È vero che il malato "meno sa e meglio sta?". Questa è una delle domande alle quali gli Autori di questo libro tentano di rispondere, attraverso una analisi attenta dei diversi elementi che compongono il rapporto medico-paziente. Tre sono gli approcci teorico-metodologici proposti per affrontare questo delicato tema: 1) etico-giuridico, 2) psicologico, 3) clinico. Al centro dell'attenzione vi è non solo il medico e la diagnosi e terapia della malattia, ma

anche il punto di vista del paziente, l'esperienza, il vissuto della malattia. Il libro è costituito da una raccolta di articoli di medici, giudici e psicologi, che affrontano, attraverso diverse prospettive, uno dei temi certamente oggi più dibattuti, quello del consenso informato, ovvero la possibilità che l'individuo malato possa decidere liberamente della propria persona.

Amedeo Santosuosso, giudice che da tempo si occupa di bioetica e curatore del volume, sviluppa questo tema ponendo una questione centrale che riguarda il rapporto medico-paziente. Da una parte vi è una normativa, che si è rapidamente adeguata ai parametri europei, e che sottolinea la necessità del diritto all'informazione e alla libertà, da parte del paziente, di decidere sulla propria persona. Dall'altra parte invece, secondo l'Autore, vi è una difficoltà da parte dei medici ad accettare queste regole oltre ad avere una scarsa preparazione verso questi temi. Ed è in questo senso che viene proposta una formazione dei medici concernente il rapporto medico-utente toccando diversi temi quali ad esempio: 1) la necessaria distinzione tra informazione e comunicazione, 2) le diversità sociali e culturali dei pazienti che influenzano l'informazione e la comunicazione, 3) le dinamiche emozionali che sono messe in gioco soprattutto nella relazione con pazienti affetti da gravi malattie invalidanti e/o con prognosi infausta, 4) i meccanismi introiettivi o proiettivi che possono influenzare la giusta distanza terapeutica nel rapporto medico-paziente.

Indice. A. Santosuosso, *Il consenso informato: questioni di principio e regole specifiche* / M. Tamburini, *Dall'informazione alla comunicazione* / P. Casali, *L'informazione per una decisione clinica razionale* / P. Casali - A. Gamba - A. Santosuosso, *Il paziente inguaribile in fase avanzata* / E. Ceccarelli - A. Gamba, *Il consenso informato e i minorenni* / P. Casali - A. Santosuosso, *Il consenso informato nella speri-*

mentazione clinica / G. Frova - A. Santosuosso, *Situazioni di emergenza e pazienti incapaci*.

[ACa]

José SEOANE GALLO, *El folclor médico de Cuba. Enfermedades de la piel*, a cura di Gladys ALONSO GONZÁLEZ, Editorial de Ciencias Sociales (Etnología), La Habana, 1993, 88 pp.

José SEOANE GALLO, *El folclor médico de Cuba. Enfermedades sexuales*, a cura di Gladys ALONSO GONZÁLEZ, Editorial de Ciencias Sociales (Etnología), La Habana, 1993, 40 pp.

José SEOANE GALLO, *El folclor médico de Cuba. Enfermedades infecciosas*, a cura di Gladys ALONSO GONZÁLEZ, Editorial de Ciencias Sociales (Etnología), La Habana, 1993, 74 pp.

Il materiale raccolto in questi tre libretti è frutto di una campagna etnografica che Seoane Gallo condusse tra la fine del 1961 e i primi mesi dell'anno successivo nella provincia di Camagüey. I risultati etnografici furono poi pubblicati nel 1984 in un libro intitolato *El folclor médico de Cuba*, che ebbe una favorevole accoglienza ed un notevole successo.

La ristampa qui presentata, curata da Gladys Alonso González, ripropone quel materiale riorganizzandolo dal punto di vista editoriale. L'intero corpo etnografico è stato suddiviso in tre grandi sistemi di malattie - della pelle, a trasmissione sessuale, infettive - entro cui trovano posto le varie patologie. Ogni libretto è corredato da due indici in cui vengono raccolte le sostanze mediche di tipo animale e vegetale indicate nei rimedi.

Le patologie vengono indicate con i nomi occidentali, in questo tradendo una classificazione nosologica locale che sarebbe

invece stata di indubbio interesse. Allo stesso modo manca un apparato critico che accompagni il materiale, così come ogni informazione sui criteri di raccolta e di selezione dello stesso. Infine il materiale non è corredato da commenti critici o da più vaste informazioni etnografiche che permettano di ricostruire il contesto più ampio in cui tale sapere medico si iscrive.

Quel che invece è senza dubbio positivo è la natura del materiale presentato. Si tratta infatti di una serie di piccole interviste realizzate con i contadini, in cui essi danno informazioni, più o meno esaustive a seconda dei casi, sull'etiologia e i rimedi di diverse patologie. I brani di interviste, pur nell'assenza di un apparato critico o di note di contesto, mantengono una piacevole immediatezza e - cosa più importante - restituiscono l'impronta, seppur frammentata, di un sapere nosologico sicuramente complesso.

[PSch]

Lorenzo TOMATIS, *Socioeconomic factors and human cancer*, "International Journal of Cancer / Journal International du Cancer", vol. 62, n. 1, 4 luglio 1995, pp. 121-125.

Nonostante vari tentativi per ridurre le disuguaglianze sociali, gli indicatori sanitari mostrano come invece le disparità tra ricchi e poveri stiano aumentando. È questa una delle tesi di fondo di questo bellissimo articolo di Tomatis che tenta di capire le ragioni della incapacità della società occidentale di eliminare la povertà. Nel nostro secolo, diversi autori come McKeown hanno dimostrato che se la povertà non è la causa diretta di comparsa delle malattie, è però certamente il determinante principale dei fattori causali. L'idea che le malattie avessero una origine economica non è però una idea del nostro secolo. Rudolph Virchow, nella metà del secolo XIX consi-

derava la necessità di lottare anche per la salute contro le disuguaglianze sociali così come Villermé, in Francia, dimostrava le grandi differenze tra i tassi di mortalità delle classi ricche rispetto a quelle povere.

Siamo oggi alla fine del secolo XX e nonostante un continuo aumento del prodotto nazionale lordo, nei paesi industrializzati, e di un aumento della stessa spesa sanitaria, non si è avuto un identico miglioramento nel campo della sanità pubblica. Tomatis mostra alcuni esempi al riguardo: solo il 2-3% della spesa sanitaria è utilizzata in media per attività preventive; la popolazione che necessita maggiormente ha maggiori difficoltà di accesso ai servizi sanitari; gli investimenti nel campo della sanità vengono fatti troppo spesso con una logica di mercato come nell'industria privata; negli Stati Uniti, per esempio, si spende il 13% del prodotto nazionale lordo nel campo sanitario ma il 15% della popolazione non è coperta da alcun tipo di assistenza. In Inghilterra si spende il 7% del prodotto nazionale lordo ma il Servizio sanitario nazionale copre tutta la popolazione. Esistono inoltre differenze significative, in termini di prognosi e trattamento delle neoplasie, tra classi ricche e povere. Queste differenze si riscontrano sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo seppur con alcune differenze.

[ACa]

Marina TOSCHI, *Donne immigrate e servizi socio-sanitari in Umbria. Italia e Francia: due legislazioni a confronto*, prefazione di Giovanni BERLINGUER, Era Nuova, Ellera (Perugia), 1996, 192 pp. (Ippocrate, 3).

Il lavoro di ricerca svolto da Marina Toschi, ginecologa operante nei servizi consultoriali perugini, offre uno sguardo interes-

sante su una situazione di particolare attualità e urgenza: quella delle condizioni e della realtà dell'accesso da parte delle donne immigrate ai servizi socio-sanitari.

La lettura delle problematiche inerenti tale tema viene svolta attraverso la comparazione tra la situazione italiana, di cui l'osservatorio sui servizi perugini diviene caso esplicativo, e la situazione francese, in particolare parigina, della quale la Toschi ha compiuto una altrettanto attenta analisi. Le differenze tra la storia della legislazione nei due paesi, le diverse condizioni della presenza immigrata, le diverse risposte istituzionali e dell'iniziativa privata nei due paesi, offrono lo spunto per una riflessione finalizzata alla individuazione di ipotesi operative per la realtà italiana.

In Francia si osservano elementi piuttosto positivi che testimoniano una sensibile attenzione in termini di adeguamento culturale nei confronti della assistenza alla salute della popolazione immigrata. Un'ampia articolazione dei servizi sanitari - orientati non secondo l'ottica di una costruzione di servizi ad hoc per immigrati, che avrebbero un risvolto ulteriormente ghehettizzante, ma secondo una prospettiva di ampliamento dei servizi a tutte le realtà culturali presenti in Francia, compresa la francese -, la diffusa presenza in essi dei mediatori culturali, una strutturata attenzione alla educazione sanitaria - specie rispetto ai temi della sessualità, delle cure materno-infantili, della pianificazione familiare -, un lavoro di coscientizzazione delle pratiche corporee ai fini del controllo delle mutilazioni genitali, l'attenzione alla salute mentale delle famiglie migranti (con l'attiva presenza del Centre Georges Devereux), fanno della Francia un interessante laboratorio di osservazione per l'Italia.

L'Italia invece si trovava ancora nella condizione di dover organizzare le strutture di gestione della presenza immigrata e le questioni connesse alla salute della popolazione

ne straniera, sia in termini legislativi, che di creazione di servizi e di consapevolezza della importanza del vissuto culturale della malattia; e quindi ancora istituzionalizzare la figura del mediatore culturale (e nel caso della salute materno-infantile della figura di *femmes-relais*).

Tuttavia l'analisi della Toschi, pur dando risalto alla situazione francese "oggettivamente" migliore, mette anche in evidenza le contraddizioni presenti nell'approccio francese così come alcuni aspetti positivi della pur arretrata legislazione italiana. Il confronto dà luogo alla elaborazione di una ipotesi, di una proposta operativa che, per prima cosa, riconosce l'esigenza della formazione e inserimento nei servizi socio-sanitari dei mediatori culturali e la non meno importante operazione di una formazione antropologica di base degli operatori sanitari italiani.

Una proposta specifica viene presentata in relazione alla realtà perugina: la Toschi si interroga ad esempio su quali comunità immigrate andrebbero prescelte per la formazione dei mediatori culturali, quale tipo di corso di formazione articolare (teorico e pratico), la individuazione di forme di remunerazione per i mediatori al fine di superare la risposta volontaristica.

Il libro contiene anche un'utile appendice che riporta legislazione italiana recente, nazionale e regionale (per l'Umbria), in materia di immigrazione e di assistenza alla salute degli immigrati, le politiche legate all'immigrazione e infine dei fac-simile dei moduli per l'assistenza al parto e la IVG usati nei servizi locali che a tutt'oggi non prevedono spazi per la raccolta di informazioni sulla provenienza geografico-culturale delle utenti (il che concorre a dimostrare quanto oggi sia ancora lontana l'attenzione alla dimensione culturale della salute/malattia).

Sebbene solo parziale rispetto alle proble-

matiche generali della salute degli immigrati e non esauriente nell'analisi delle problematiche legate alla migrazione, il lavoro risulta tuttavia un utile strumento suggeritore di stimoli da sottoporre in maniera particolare agli amministratori locali.

Il lavoro testimonia anche come oramai, anche da parte degli operatori sanitari stessi, si avverta sempre più chiaramente l'esigenza di un adeguamento culturale dei servizi.

[LLe]