

*Da superstizione a medicina popolare.  
La transizione da un concetto religioso  
a un concetto medico*<sup>(1)</sup>

Josep M. Comelles

professore presso il Departament d'antropologia social i filosofia, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona (Catalunya)

a Tullio Seppilli, Paola Falteri e Paolo Bartoli

Nella *Noticia històrica del folklore* di Alejandro Guichot y Sierra (GUICHOT Y SIERRA A. 1984 [1922]), l'espressione *medicina popolare* appare unicamente in quattro titoli di libri sulle credenze o pratiche popolari nella prevenzione o cura delle malattie<sup>(2)</sup>; abbondano invece i termini *superstizione*, *errore*, *usi e costumi*, e *pregiudizi*. *Medicina popolare* non appare neppure nei libri di volgarizzazione medica<sup>(3)</sup>. Invece, riferimenti a tali pratiche si riscontrano in trattati di medicina pratica, testi teologici e in una estesa documentazione religiosa o medica i cui maggiori esempi sono le topografie mediche ed i diari delle visite pastorali, i repertori di botanica medicinale, le arti del ricettare e i libri di farmacologia. Una parte di questi rappresenta una testimonianza etnografica di prima mano, il resto si presenta come ricompilazioni o plagi continuamente ripubblicati<sup>(4)</sup>.

Origini così diverse danno adito a ragionevoli dubbi in merito alla loro affidabilità etnografica, limitata dalle condizioni di osservazione e dagli obiettivi, intenzioni e significato da attribuire loro, e che poco o nulla ha a che vedere con ciò che consideriamo oggi "antropologico" (COMELLES J.M. 1996). Per questo, affrontare lo studio di concetti come *superstizione*, *errore popolare* o *medicina popolare*, significa svelarne la funzionalità ed il significato originario, per poter comprendere le contraddizioni che emergono dal loro poco critico uso attuale. Dobbiamo domandarci quale fu il contesto in cui si coniò il concetto di *medicina popolare* alla fine del XIX secolo; perché il concetto di *superstizione* sopravvive nel folklore europeo del secolo XX; perché, quando gli antropologi anglosassoni pongono le basi di una antropologia medica non rivedono criticamente le origini della

terminologia che impiegano per identificare l'oggetto di studio<sup>(5)</sup>.

A.M. Cirese (CIRESE A.M. 1978) e G.B. Bronzini (BRONZINI G.B. 1983) ne ripercorrono le origini a partire dalle proprie revisioni del folklore medico italiano positivista<sup>(6)</sup>, ma appaiono più interessati al loro significato nel contesto del progetto ideologico della borghesia italiana del tempo che alla specificità all'interno del contesto medico. A mio giudizio, questo riduzionismo impedisce loro di comprendere l'importanza che acquisisce il concetto di *medicina popolare*, come superamento di quello di *superstizione*, nel delimitare un campo specifico della etnografia che si situa tra la medicina e l'antropologia. La posizione di P. Bartoli e P. Falteri (BARTOLI P. - FALTERI P. 1987), P. Bartoli (BARTOLI P. 1989), e la nostra (COMELLES J.M. - MARTÍNEZ HERNÁEZ A. 1993, MARTÍNEZ HERNÁEZ A. - COMELLES J.M. 1994, COMELLES J.M. 1996) è che il significato degli studi di medicina popolare, e delle sue relazioni con quella "ufficiale", rimandano non tanto ad un problema "antropologico" quanto al problema della costruzione del ruolo dei medici nella configurazione dei valori dominanti relativi alla comprensione, interpretazione e gestione delle credenze e delle pratiche popolari. Dal momento che i principali studiosi della medicina popolare sono stati medici e folkloristi, possiamo pensare che il loro interesse non è stato solo quello di apportare qualcosa alla comprensione del folklore, ma anche di delimitare uno spazio nel quale emergono transazioni derivate dagli aggiustamenti ideologici provenienti dalla loro pratica.

La costruzione concettuale e metodologica della *medicina popolare* alla fine del XIX secolo sarebbe quindi il frutto della necessità strategica di stabilire i limiti culturali del modello medico dopo il trionfo della medicina anatomico-clinica e della teoria microbica; della necessità tattica di stabilire limiti precisi tra la religione e la biomedicina<sup>(7)</sup>; delle necessità specifiche della medicalizzazione delle società contadine europee e della necessità di determinare l'inserimento dell'etnografia nel modello medico.

### *Teologia e pratica della superstizione*

«Il popolo è il maestro della superstizione; e in ogni superstizione i suoi insegnamenti seguono quelli dei folli; e in una inversione dell'ordine, le sue argomentazioni sono adattate alla pratica» (BACON F. 1976 [1625]: 83).

Quando Tommaso d'Aquino, nel XIII secolo, affrontò il tema delle superstizioni, vecchio termine classico elaborato da Isidoro di Siviglia (DEL RIO M. 1611: 11-13), optò per una classificazione empirica influenzata dall'aristotelismo<sup>(8)</sup>. Per lui, come per altri scrittori cristiani, il problema della supersti-

zione consiste nel risolvere la distanza che esiste tra il dogma ed il significato delle pratiche e dei saperi popolari. Il primo doveva stabilire limiti quanto più precisi possibile affinché i guardiani dell'ortodossia - confessori, predicatori e inquisitori - potessero discernere e classificare condotte particolari. Siccome la teologia della superstizione si era solidamente attestata non ci fu mai bisogno di una base empirica e etnografica. Invece, la prassi quotidiana della Chiesa, basata sull'istruttoria inquisitoriale e penitenziale, entrava in relazione non tanto con la teologia, quanto con le pratiche giuridiche e mediche (CARO BAROJA J. 1967 I: 30-31)<sup>(9)</sup>, che si basavano su dati acquisiti anche attraverso la pratica etnografica<sup>(10)</sup>:

«Il confessore che non possiede, oltre alla carità del padre, la scienza del giudice e la destrezza del medico [...] abbisogna che la tua carità ti porti ad acquisire la abilità di un medico» (GAUME J. 1864: 64).

L'inquisitore, giurista prima che teologo, ed il confessore, tendono al razionalismo e all'esame sistematico dei fatti e delle testimonianze<sup>(11)</sup>. Nella loro interazione con i rei o i penitenti si evidenziano le contraddizioni tra le idee dei teologi e le pratiche della popolazione. I parroci, i predicatori, o anche gli stessi confessori che operano a diretto contatto con la popolazione, mediano tra i due livelli<sup>(12)</sup>.

Quando Lutero e Calvino polemizzarono violentemente contro le superstizioni, i miracoli, le reliquie ed i santi pensavano - a ragione - che nella configurazione di tali credenze ci fossero connivenze tra mediatori e popolazione e che questa strategia temporale, derivata dagli interessi della Chiesa come organizzazione, svilisse i testi sacri<sup>(13)</sup>. La Riforma criticò i compromessi della burocrazia ecclesiastica con le culture subalterne e pretese di smontare il dispositivo di protezione e sicurezza sul quale la Chiesa aveva costruito la sua egemonia durante il Medioevo. La purezza teologica dei riformatori impedì loro di vedere quanto fondamentali erano state tali pratiche nella riproduzione dell'organizzazione ecclesiastica e nella costruzione della sua egemonia culturale<sup>(14)</sup>. La Controriforma, invece, non propose una così radicale rottura, perché intuì che avrebbe smantellato la centralità burocratica della Chiesa e avrebbe favorito la sua disgregazione in nuclei locali<sup>(15)</sup>.

L'atteggiamento accondiscendente della Chiesa garantì la persistenza di un dispositivo di mediazione contro la disgrazia e la sventura basato sui santi, la Vergine, le reliquie ed i santuari, e pose le credenze e le pratiche superstiziose come *un problema religioso*, con implicazioni sulla pratica e l'esperienza quotidiane del credente e del clero regolare e secolare. Su quest'ultimo ricadde il controllo minuto dei compromessi tra il dogma e le pratiche e credenze popolari: nella quotidianità doveva interpretare i suoi limiti in una

immensa diversità culturale. Esplorarla implicava una considerevole sensibilità etnografica - diremmo oggi - per conciliare la conoscenza dell'ambiente e il proprio inserimento sociale con l'impegno personale, scisso nella simultanea condizione di membro della Chiesa e di una comunità a cui deve dedicarsi nella propria funzione pastorale. Per questo la prassi della Chiesa verso la superstizione dovette costruirsi su di una pratica etnografica della vita religiosa, e non della pratica medica.

I compromessi degli intellettuali tridentini con le pratiche religiose subalterne dettero luogo a tre atteggiamenti: il primo, credulo - o forse cinico -, come quello rappresentato dal trattato sulla magia di M. Del Rio (DEL RIO M.S.J. 1611), nella quale si crede nell'intervento dei demoni nelle pratiche superstiziose ma lo si combatte con argomenti derivati dalla pratica etnografica:

«Si osserva una vana osservazione nella cura di certi mali: come qualcuno che fa offerta di beni che ha mendicato o raccolto dalle elemosine della gente per bene, credendo che così sono più efficaci; quelli che pensano che una croce comprata con le elemosine abbia maggior virtù; quelli che fanno oblazione a qualche santo, di cera o d'altro genere, nella quale mescolano i peli di un uomo o di un animale infermo; quelli che immergono alcune immagini nell'acqua per propiziare la pioggia» (DEL RIO M.S.J. 1611: 472).

Il secondo, rappresentato in genere dai Gesuiti, pretende, attraverso una casistica razionalmente definita, di stabilire un catalogo preciso di casi utilizzabili nella istruttoria giuridica, il quale permetta di delimitare il lecito dall'illecito. Ma ciò va a scontrarsi nella sua applicazione con l'enorme varietà culturale degli usi e dei costumi e per ciò esige una qualche forma di rilevazione etnografica che permetta di comprenderli almeno parzialmente. Parafrasando Tullio Seppilli (1995, comunicazione personale), la Chiesa riprovava moralmente le pratiche superstiziose, in quanto sostenute dall'appello a un intervento demoniaco, ma credeva nella loro possibile efficacia. Certo, l'ambiguità della Chiesa rifletteva i limiti mutevoli tra fede e superstizione. Ma tutto ciò le era utile perché le permetteva, secondo il contesto politico e culturale, di condannare le cure fondate su mezzi naturali come superstiziose, e di controllare quei medici che non osavano ancora sfidare la sua dottrina<sup>(16)</sup>.

Il terzo atteggiamento, rappresentato dalla Chiesa dell'Illuminismo, più o meno influenzato dal giansenismo, si avvicina in qualche misura alla medicina. Questa era indifferente alle dimensioni morali o religiose della superstizione, ma ne condannava le pratiche come inefficaci e si considerava in dovere di denunciarle come un inganno<sup>(17)</sup>. Non è necessaria una definizione operativa di ciò che si intende con errori o superstizioni volgari, è suf-

ficiente esemplificarli agli occhi di un lettore edotto. L'apologetica degli Illuministi, religiosi o medici, si basava sulla esemplarità della denuncia di casi concreti, ma molto meno sulla loro validazione scientifica. Cosa, quest'ultima, non solo tecnicamente impossibile nella maggior parte dei casi, ma anche pericolosa perché poteva essere interpretata come un modo per scalzare i fondamenti della fede, qualcosa di ancora piuttosto azzardato per una medicina che deve assumersi i propri limiti:

«Molti immaginano che il medico sia onnipotente, capace di far miracoli, benché sia chiamato accanto ad ogni uomo che debba morire. Dei molti casi e incidenti di cui ogni giorno devono occuparsi sempre ve ne sono alcuni che inevitabilmente sono mortali e nei quali l'unico balsamo è alleviare temporaneamente la sofferenza o un breve prolungamento della vita» (GROSS A.D. 1875: 8)

e che deve accettare la propria condizione di subalternità all'interno di un dispositivo collettivo di sicurezza, egemonicamente controllato ancora dalla religione. Il sacerdote non è un nemico ma un alleato:

«Nelle campagne, solo con il parroco potete aspettarvi relazioni utili e gradevoli. Vi trasmetterà informazioni topografiche, appunti morali, dettagli domestici sulla sua parrocchia. Spesso solo lui detiene il segreto per convincere un malato ad operarsi. Durante la vostra assenza può vigilare che le prescrizioni siano seguite, può leggerle, spiegarle, rimanere in corrispondenza con voi e aiutarvi a diffondere l'igiene e le vaccinazioni» (MUNARET 1840: 21)

e il medico diventa un paladino della religione:

«Un medico illuminato molto può fare per promuovere la religione, la morale e la causa dell'educazione. Con il suo esempio, e quello della sua famiglia, deve aiutare lo sviluppo mentale e morale, là dove si trova, e contribuire al miglioramento generale del gusto e delle arti.» (WARE J. 1849: 34).

Entrambi aspirano a lottare, con armi diverse, contro l'ignoranza considerata un ostacolo al loro ruolo di mediazione sociale:

«Compito ben difficile ma degno della più grande stima per tutti quegli uomini, che, dedicando la loro vita all'istruzione delle masse e all'innalzamento delle classi attraverso l'incessante lavoro della stampa, devono conoscere profondamente, per combatterle, come pregiudizievoli certe superstizioni e credenze ancora tanto radicate nel cuore dei nostri contadini» (BARREIRO B. 1973: 29)

perciò denunciano l'inerzia delle autorità:

«Com'è possibile, poi, che nelle nostre pubbliche piazze, nelle fiere e santuari, il cieco, giullare degenerato dei nostri tempi, alzato il vessillo che rappresenta i crimini ed i miracoli più stolti imbonisca e venda con le sue detestabili strofe libri di rimedi per curare ogni tipo di male, senza la necessaria approvazione delle giunte di Sanità?» (BARREIRO B. 1973: 29)

o cercano di utilizzare il libro per estirpare i falsi segreti:

«Questo libriccino altro scopo non ha che di far collezione delle superstizioni che domani saranno fonte di curiosità storica. Da parte mia mi propongo di far vedere ai truffatori, a quelle che fanno le carte, ai medicastri, ecc. che ben conosciamo le pratiche e le formule di preghiera che essi tanto occultano e sul cui segreto fondano la virtù loro attribuita per favorire il loro fraudolento mestiere. I miei primi e più acerrimi nemici sono coloro che ancora prestano fede alle superstizioni che segnalo. Che tutti loro conoscano queste superstizioni, che vedano da dove provengono, che sappiano perché c'è chi ha interesse nel sostenerle, e che si compiacciano delle ridicolaggini che celano; questi sono i motivi che hanno guidato la mia penna nel vergare le pagine che vi presento, modesto contributo da parte mia ed incompleto, dato il poco tempo a mia disposizione, e che sicuramente è carente di molti dati» (RODRÍGUEZ LÓPEZ J. 1974 [1895]:12)

supposto che buona parte dei saperi popolari si alimentano di una letteratura specifica sempre più diffusa (cfr. FISSEL M. 1992):

«La truffa effettuata abbrutendo ed ingannando il popolo con strofe miracolose non deve essere permessa, ed ancor meno la vendita di quel genere di fogli a stampa, ed anche la diffusione di certe teorie e l'esercizio pubblico dei medicastri sono soliti provocare danni considerevoli» (BARREIRO B. 1973: 54)

la cui influenza si spiega attraverso le lacune del dispositivo educativo dello Stato:

«Per questo ritengo che una delle principali cause della superstizione in Galizia sia l'indulgenza con cui i maestri ed i parroci, ovvero le autorità più degne di credito per i nostri contadini guardano a tali credenze, mentre invece dovrebbero distruggerle, analizzando errore dopo errore e rendendo edotte le genti sulle verità che possono combattere le loro preoccupazioni. Ma questo non avviene. Al contrario, mai ho udito che i parroci proibiscano i racconti di fate, streghe, folletti, ecc., ai bambini. I genitori, e soprattutto i nonni, si compiacciono nel vedere l'attenzione e l'entusiasmo con cui le innocenti creature ascoltano quei racconti, riferiti come se fossero cosa certa» (RODRÍGUEZ LÓPEZ J. 1974 [1895]: 74).

Maestri e parroci. Non è consapevole il medico Rodríguez López del ruolo della sua pratica nell'educazione dei suoi pazienti? Ma egli raccoglie le superstizioni per curiosità o per denunciarle:

«Già da tempo avevo la curiosità di tenere a mente o di appuntare le superstizioni che giungevano alle mie orecchie o che osservavo nei villaggi dove la mia professione o i miei affari mi hanno portato. È noto che molte delle cose che oggi consideriamo come superstizioni un tempo non lo sono state ed al contrario erano considerate come articoli di fede, verità indiscutibili. Questo piccolo libro non ha altro oggetto che il collezionare le superstizioni che domani saranno oggetto di curiosità storica» (RODRÍGUEZ LÓPEZ J. 1974 [1895]: 12).

Benché autore non di un *pamphlet* - come Barreiro -, ma di un modesto libro di denuncia e divulgazione, i suoi riferimenti alla teologia e non alla medicina gli valsero la condanna di un settore del capitolo episcopale di Lugo, in Galizia, per aver superato la sottile barriera tra fede e superstizione, tacciando pratiche avallate dalla Chiesa come inganni. La reazione virulenta riflette l'atteggiamento di difesa della Chiesa di fronte alle critiche con cui il liberalismo denunciava l' "oscurantismo" ecclesiastico:

«Che altro c'è da aggiungere a proposito dell'*acqua di Pasqua*, degli amuleti, dei santuari favoriti dalla Chiesa, centri di ogni genere di fanatismo e superstizione, con le loro cure miracolose, che annullano e condannano all'empietà i progressi della scienza? Non sono anche queste reminiscenze delle religioni primitive e pratiche interessate della religione moderna?» (BARREIRO B. 1973: 66).

La successiva riabilitazione di Rodríguez López mette in evidenza un notevole cambiamento di sensibilità della Chiesa nei confronti della medicina, la cui egemonia stava aumentando. Prova di ciò è la polemica sull'efficacia religiosa nella cura delle malattie in un contesto in cui l'obiettivo fondamentale del modello medico è la cura a qualsiasi costo:

«Spesso negli ospedali e nella pratica ordinaria, per rispondere alle richieste dei malati che esigono di essere curati, il medico deve prescrivere cose che, come le pillole di mollica di pane, non possiedono alcuna efficacia. E invece, come effetto della propria suggestione, alcuni vi attribuiscono miglioramenti. E tale sensazione è reale, e lo è in proporzione alla fiducia dell'infermo in molti casi, ed impone al medico il dovere di intervenire anche nelle malattie incurabili per le quali i suoi rimedi sono inefficaci. La scienza non ha come missione l'uccidere la speranza nel cuore di coloro che soffrono e di persuaderli che sono perduti senza scampo. Dumas figlio mette in risalto che quando Dio disse che mentire era peccato, fece una eccezione per i medici permettendo loro di mentire tante volte al giorno quanti fossero i malati visitati. Il medico deve in alcuni casi avvantaggiarsi della credulità di coloro che lo chiamano» (GRELLETY, in BONNIOT 1879: IV).

Per i medici positivisti ed atei dei paesi cattolici, come Grellety, apostoli della lotta contro l'oscurantismo religioso, la credenza nei miracoli e nelle apparizioni sostenuta dalla Chiesa equivale a magia e a superstizione. Il miracolo non esiste, visto che la malattia e la cura sono spiegabili naturalmente. L'intervento umano ed i miracoli sono da mettere in relazione con la suggestione, come i successi del mesmerismo:

«[...] occorre affrettarsi a distruggere l'opera dei pregiudizi e dell'ignoranza. I focolai di superstizione sono come focolai di epidemia. Ci vediamo obbligati ad accettare che le cure miracolose siano autentiche cure, ma ci vengono presentate come effetto di un intervento celeste circondate da prodigi ed apparizioni. Si tratta di bugie prudenti, per non dire utili; ma anche se fanno

bene, sono menzogne, e questo è sufficiente a farle rifiutare» (GRELLEY, in BONNIOT 1879: III).

La debolezza dell'argomentazione ecclesiastica di fronte alla medicina clinica, si manifesta nelle risposte sempre più razionaliste con cui la Chiesa cerca di rispondere a questi attacchi:

«[...] quello che i medici non ammettono è il soprannaturale [...]. La medicina razionalista accetta i fatti, ma per orrore del miracolo, li interpreta a proprio modo, si sforza di trovare cause naturali, ed accetta solo quelle cure che può giungere a spiegare, in modo tale che la verità storica si estende nella misura in cui la loro mente acquisisce più sapere o più capacità di penetrazione. Alla fine, i medici ricorrono alla fede, alla quale attribuiscono una sorprendente virtù terapeutica che pare essere assente dai loro rimedi. Ma il concetto che hanno della fede è che si tratti di uno stato anormale, caratterizzato da una lotta tra la volontà che comanda e la ragione che resiste. Da qui una lotta nel sistema nervoso che assurge ad agente essenziale della cura» (BONNIOT 1879: II).

E benché desideri chiarire il meccanismo di azione della pratica superstiziosa, la sua argomentazione non si situa in una dimensione culturale, ma nel modello di relazione individualizzata tra il terapeuta ed il paziente che esprime la egemonia del modello medico:

«Ciò che i medici chiamano bugie prudenti o pietose, non appartiene alla scienza ma alla pratica medica: non si tratta di dimostrare, ma di alleviare e se è possibile di curare. Da questo punto di vista, la menzogna prudente va permessa ed è un obbligo: ma ciò che i medici chiamano bugia pietosa, non è solo sollievo, ma cura a Lourdes, e su malattie sulle quali le vere menzogne dei medici non hanno alcun potere come i loro rimedi. Quindi, quanto fa insorgere i medici, non è la menzogna pietosa» (BONNIOT 1879: V)

e cerca di ricostruire un limite tra scienza e religione:

«Chiamare menzogna i fatti che hanno dato origine ai pellegrinaggi è abusare delle parole. I testimoni possono aver frainteso, ma il problema è sapere se l'oggetto di tali ingenui racconti è reale quanto l'indubitabile sincerità dei loro narratori. La risposta non è senza importanza per il razionalismo. E non lo è perché se è affermativa colloca l'odioso soprannaturale a portata di mano. Da qui gli sforzi per naturalizzare gli eventi e per ricercare commozioni nervose per spiegare le cure, ed allucinazioni per spiegare le apparizioni» (BONNIOT 1879: IV).

Il gesuita parla di psicopatologia, non di superstizioni. I limiti ormai non vengono definiti dalla Chiesa, ma dalla medicina. La Chiesa non difende più la frontiera tra fede e superstizione, ma la sua posizione nel dispositivo di controllo collettivo:

«La guerra contro i pellegrinaggi è una guerra di fazioni che necessita una precisa collocazione. Lourdes non è un articolo della nostra fede. L'esercito



dell'incredulità colta rivolge i suoi sforzi su di un altro punto fondamentale per la religione. La religione cristiana riposa sui fatti miracolosi; essi si situano alle sue origini, la accompagnano nel suo procedere e nella sua esistenza secolare. Sopprimere o no questo o quel miracolo, se non il miracolo nella storia, è sopprimere la religione che non può esistere senza il miracolo. I medici accettano la realtà storica del miracolo, ma non ne discernono gli elementi soprannaturali, i più sacri, i più degni di rispetto che tramutano in disordini cerebrali, non c'è rivelazione senza allucinazione o nevrosi. Anche i più moderati fanno propria questa bestemmia: il loro rispetto per la religione altro non è che *politesse*» (BONNIOT 1879: VII).

In una società secolarizzata, la Chiesa finisce con il rifugiarsi nel positivismo che combatte, nell'uso sistematico della indagine etnografica e clinica che le fornisce una documentazione comparativa sugli stati di coscienza alterati, la transe, le crisi di agitazione o la produzione delirante in tutto il mondo. Presto i miracoli dei santi saranno ridotti a ciò che il modello medico è disposto ad accettare.

Lo studio delle superstizioni venne fatto proprio dalla storia comparata delle religioni e dall'antropologia evolucionista. Cessa così di essere un problema teologico<sup>(18)</sup>, ma ciò non ha risolto gli interrogativi riguardanti l'efficacia delle pratiche e credenze popolari in materia di salute visto che gli antropologi non erano interessati all'efficacia. Invece, per una medicina che focalizza il proprio discorso sul monopolio della terapeutica, l'efficacia è un problema fondamentale.

Una volta medicalizzate le città europee del XIX secolo, e battutasi in ritirata la religione dei miracoli, il problema dell'efficacia si pone alla medicina soprattutto nel mondo contadino, una arena nella quale si fronteggiano, alla fine del XIX secolo e per una buona parte del XX, una legione di medici rurali già educati nella ideologia terapeutica del modello medico ed una realtà complessa di pratiche di guarigione, empiriche, religiose, magiche o "superstiziose" non necessariamente inefficaci<sup>(19)</sup>.

Tra il XVIII secolo e la prima metà del XIX i medici avevano costruito un modello di pratica che assumeva i propri limiti terapeutici e centrava la propria efficacia sul sostegno sociale:

«Dobbiamo accorrere dai nostri pazienti quando la mano della morte si posa su di essi; non perché possiamo mettere fine alle loro sofferenze, ma perché la nostra presenza serva d'appoggio e di sostegno ai loro cari» (WARE J. 1849: 12)

per distinguersi dalla pratica domestica, magica e dei terapeuti popolari<sup>(20)</sup>. Questo atteggiamento implicava il riconoscere ed incorporare nella propria pratica saperi empirici. Per i nuovi medici urbani formati nell'ortodossia

ospedaliera del modello anatomo-clinico della fine del XIX secolo, l'evidenza di tale compromesso è minore. E spicca la sorpresa manifestata dal chirurgo universitario Rubio y Galí quando racconta al folclorista Machado y Alvarez che:

«[...] frugando in certi rimedi popolari apparentemente ridicoli e assurdi si ritrova un fondo di verità che lascia attoniti [...] Vuol forse dire che tutta la medicina popolare è un prodigio di sapienza? Per nulla, ma conviene ai medici di studiarla approfonditamente e con un certo rispetto, perché quando meno la si aspetta sbuca fuori la lepre. E non sono poche quelle che sbucano fuori» (RUBIO Y GALÍ F. 1989: 315-316).

Il modello medico riconosce l'esistenza di uno spazio di osservazione, al margine della superstizione concepita come inganno dai razionalisti, o come vana osservanza dai teologi e che si riferisce anche ad una concezione empirico-naturalistica dell'efficacia<sup>(21)</sup>. Ed anche in medicina, come in teologia, è necessario separare il grano dal loglio.

### *L'invenzione della medicina popolare*

L'antropologia da tavolino europea, benché in buona parte costituita da medici, si interessò solo marginalmente alle pratiche popolari<sup>(22)</sup>. Le impiegò in alcune occasioni per discutere questioni teoriche in antropologia. Il caso più conosciuto è l'opera del giurista scozzese George W. Black, *Folk-medicine* (BLACK G.W. 1989 [1883])<sup>(23)</sup>, che a partire dall'osservazione del sincretismo nelle pratiche mediche dei contadini scozzesi, cercò di intervenire sul concetto di *survival*, di discutere le ipotesi di Spencer sullo psichismo primitivo e di esplorare la mentalità arcaica dei contadini scozzesi:

«Ci sono centinaia, migliaia di uomini [...] la cui capacità intellettuale [...] non può essere scoperta attraverso i loro usi, le loro forme abituali di vita ma solo tramite le loro superstizioni ed incantesimi» (BLACK G.W. 1989 [1883]: 289-290).

Come obiettivo secondario cercò di verificare le ipotesi di Spencer sull'origine onirica o epilettica delle malattie, e studiò i concetti popolari sull'eziologia delle malattie in relazione con la magia, la religione ed il pensiero naturale. Ma si mostrava scettico rispetto alla specificità di tale campo:

«Costruire isolatamente la teoria della *folk-medicine* è impossibile, perché essa si è formata mediante molti e distinti materiali; ma forse non è una illusione vana sperare che nello studio dei fatti raccolti e classificati si trovi un qualche insegnamento per la storia intellettuale dell'uomo» (BLACK G.W. 1989 [1883]: 294)

visto che la medicina popolare è un impasto variegato di:

«[...] fattucchiere, incantesimi, usi e costumi tradizionali che si riferiscono alla conservazione della salute ed alla cura delle malattie, usati oggi come nei tempi passati» (BLACK G.W. 1989 [1883]: XI).

La stessa idea venne formulata da Mantegazza (MANTEGAZZA P. 1978 [1892]):

«Le superstizioni mediche sono fra tutte, forse le più interessanti a studiarsi, non solo per l'importanza grandissima che hanno sulla salute e sui costumi di un popolo, ma anche, perchè la loro analisi psicologica è fra le più curiose e feconde. [...] una superstizione medica è un mirifico pasticcio, in cui entrano tutti quanti gli intingoli della cucina psichica» (MANTEGAZZA P. 1978 [1892]: XIII).

Lo scetticismo di Black - ed il disinteresse di Tylor -, sono spiegabili perché a nessuno dei due interessa l'efficacia medica. Invece, il medico pratico Mantegazza è interessato ad un altro aspetto del problema, e cioè quello di spiegare i modi di trasmissione delle conoscenze che trova nelle sue osservazioni sul campo<sup>(24)</sup>:

«[...] io dicevo che la medicina popolare è il patrimonio d'ignoranza e paura che i figli ereditano dai padri, e che arricchito dai capricci della moda, dalle bizzarrie della fantasia e dai misteri del ciarlatanesimo, si trasmette di generazione in generazione, come una delle eredità più sacre» (MANTEGAZZA P. 1978 [1892]: XIII).

Al medico non interessa la religione, ma la specificità della trasmissione intergenerazionale di esperienze comuni, tra padri e figli, tra medico e paziente:

«[...] una volta, chiamato al letto di una ammalata a Nogoya dell'Entrerios, fui interrogato se sapessi curare il *mal de ojo*, al che risposi modestamente, che essendo medico dovea saper trattare qualunque malattia. Io intanto, fissandola in volto, vedevo gli occhi più lucidi del mondo e aspettava una spiegazione a quella singolare domanda. L'inferma, non tardò a raccontare come un tale le aveva gettato una *mala sorte*, e da quel giorno in poi, essa emetteva dai genitali coleopteri, ragni e ciocche di capelli. Mi credetti zimbello di una burla di cattivo gusto; ma dopo pochi giorni, studiando la malattia e la malata, trovai ch'essa ingenuamente credeva, che le uscissero dal corpo gl'insetti e i capelli che cadevano per caso nel vaso da notte» (MANTEGAZZA P. 1978 [1892]: XVI).

Questo esempio mostra la combinazione di razionalismo e soggettività: innanzitutto l'etnografo pensa che gli mentiscano, poi scopre la logica del processo e la comprende. La scopre nella *situazione clinica*: è nella intersoggettività tra malata e medico che è possibile accedere alla chiave del processo<sup>(25)</sup>.

Nella sua lettera-prologo alla monografia di Zanetti sulla medicina popolare

in Umbria (ZANETTI Z., TRABALZA M.R. cur. 1978 [1892]), egli distingue nelle *superstizioni* una dimensione *umana* - che rimanda alla sfera psicobiologica -, una *etnica* - relativa alla natura e alla razza - e un'altra, *scolastica* o *dottrinarìa* - frutto della penetrazione culturale delle scuole mediche -. Se nelle prime due riconosciamo l'influenza della tradizione medica ippocratica, della terza dice:

«[...] ogni scuola medica, ogni nuovo profeta della patologia, non limita la propria influenza fra le mura della università o dell'ospedale; essa dilaga o trapela nelle mani degli ignoranti che lontani dalle cattedre, dalle cliniche o dalle biblioteche ascoltano trepidanti e raccolgono gelosamente qualche frase, qualche parola burbanzosa e magari incomprensibile, e poi ricuciscono frasi e parole, addattandole alla loro ignoranza e alla loro intelligenza.

È così che dopo tanti secoli il nostro volgo ha ancora superstizioni mediche, che sono a ricercarsi fra le pagine di Averroè o di Avicenna; e così ogni giorno udiamo le parole di *infiammazione*, di *crisi*, di *temperamento* ricucite su qualche ubbia delle più goffe e delle più assurde. Chissà quali superstizioni non farà germogliare nel volgo la dottrina dei *microbi*; e quando essa sarà già tramontata o profondamente modificata dal lavoro di distruzione scientifica, i bacilli si aggireranno in forma fantastica o magica nei cervelli delle classi ignoranti» (MANTEGAZZA P. 1978 [1892]: XV).

I tre piani corrispondono alla teoria e alla pratica medica. Non si invoca la dimensione religiosa della superstizione, né il punto di vista da cui l'assume l'antropologia comparata, né gli esempi vengono presi dalle relazioni tra religione colta e popolare. Qui parla il Mantegazza medico, non l'antropologo.

Alla fine del XIX secolo, le pratiche mediche popolari erano patrimonio di libri di volgarizzazione o di compilazione dei folcloristi (BARTOLI P. - FALTERI P. 1987: 168). La pubblicazione nel 1892 di *La medicina delle nostre donne* del medico rurale Zeno Zanetti (ZANETTI Z., TRABALZA M.R. cur. 1978 [1892]), se ne distacca quale uno dei primi esempi di studio etnografico intensivo in Europa sulla *medicina popolare* imperniato sul ruolo delle donne nel processo salute/malattia/assistenza<sup>(26)</sup>:

«[...] e andato in condotta nelle campagne, tornato medico nella mia città, dappertutto ho raccolto silenziosamente il mio materiale, e serbatolo per tempi migliori.

[...] ebbi in idea di scegliere dal mio tesoro abbastanza opulento, tutto ciò che riguardasse la medicina praticata dal popolo, e ordinarlo a scopo di uno studio storico e comparato delle superstizioni possedute dalle nostre donne ignoranti e colte, [...] io lo prescelsi per il solo fatto che la donna, più conservatrice dell'uomo, più tardi di questo dimentica le antiche teorie, più tardi si spoglia delle false credenze e dei pregiudizi; e inoltre perché è la donna che si studia sempre di recare, in qualche modo, un sollievo a coloro che sof-

frono» (ZANETTI Z., TRABALZA M.R. cur. 1978 [1892]: V).

Zanetti si colloca in un punto intermedio tra Rodríguez e Pitrè: il rigore nella raccolta dei dati, e la metodologia comparativa che impiega lo distanziano dal primo, al quale però è vicino per la curiosità; mentre la sua condizione di folklorista dilettante lo allontana da un Pitrè molto più "professionalizzato". Come quest'ultimo e a differenza di Rodríguez Lopez, non si interessa alla dimensione religiosa della superstizione, ma a quella medica:

«[...] il popolo [...] per le sue condizioni di mancato sviluppo intellettuale, non ci apparisce giammai scienziato, giacché in fatto di nozioni positive, esso conserva, ma non crea. Quindi è che la sua scienza medica esso non può averla inventata, ma ricordata soltanto.

I precetti che esso insegna ad altri, deve averli certamente ascoltati dalla bocca di un uomo dell'arte, chi sa in qual epoca e durante il dominio di chi sa quali teorie scientifiche.

Egli vi darà prescrizioni che potrebbero attribuirsi sia alla scuola greca, sia alla scuola araba, sia a quella salernitana, sia alle scuole posteriori; ma è per il solo fatto che quelle risonano inconsciamente nella sua memoria, che esso le detta, le consiglia, le difende; così, quando la scienza moderna sarà più diffusa, possiamo esser certi che anche questa sarà rammentata dal popolo, e che le nuove teorie faranno, alle nostre femminucce dimenticare le antiche» (ZANETTI Z., TRABALZA M.R. cur. 1978 [1892]: 4-5).

Lungi dallo squalificare questi comportamenti, come abbiamo notato in altri autori, egli considera che la maggior parte delle volte «senza ombra di ciurmeria», le donne operino per il bisogno di aiutare, per il loro bisogno di amore che deriva dalla natura femminile. E per quanto si possa riconoscere che queste conoscenze sono irrazionali e superstiziose un «attento esame delle tradizioni popolari ci dimostra il contrario» (ZANETTI Z., TRABALZA M.R. cur. 1978 [1892]: 4). Le lepri non sbucano fuori, le si va a cercare attraverso l'esperienza etnografica del dramma della malattia, e la metodologia contribuisce a spiegare la logica delle pratiche:

«[...] saranno egualmente accolti, tanto la ricetta del clinico il più illustre, quanto il rimedio consigliato dalla più ingenua femminuccia del volgo, ed anzi, il più delle volte, questo sarà cecamente preferito a quella.

Ma d'onde viene alle nostre donne, e quale è la scienza dei loro *segreti*, dei loro *rimedi*, delle loro così dette *stregonerie*?» (ZANETTI Z., TRABALZA M.R. cur. 1978 [1892]: 3-4).

La notazione di Zanetti non è solamente un tentativo di applicare meccanicamente la teoria del *survival*, dal momento che colloca il discorso e le pratiche assistenziali oltre che mediche come discorso autonomo che risponde alla situazione di malattia intesa come male:

«[...] il morbo sarà sempre una incognita spaventosa per il malato, e che l'istinto della propria conservazione farà sempre accogliere senza discuterlo, qualunque aiuto e da qualunque braccio prestato, nella lotta contro la potenza misteriosa del *male*» (ZANETTI Z., TRABALZA M.R. cur. 1978 [1892]: 3).

L'etnografo osserva come intorno alla crisi si mobilitino tutte le risorse disponibili indipendentemente dalla loro logica<sup>(27)</sup>. L'esperienza etnografica le rivela ed esplicita come la popolazione decida quali percorsi vadano seguiti, così come le complesse relazioni che esistono tra l'arte (medica) e la pratica dei guaritori, dei religiosi o delle streghe:

«Uscito il medico vero, se l'impressione prodotta da questo sul giudice maschio o femmina, fu buona, se le sue parole ebbero una certa assonanza coi termini tecnici errati appresi qua e là dal pretenzioso consulente, se la pratica manuale consigliata avrà una qualche relazione con altre pratiche superstiziose, se la pozione ordinata sia composta di erbe ben note, si è sicuri dell'appoggio morale dell'individuo misterioso. Ma se il medico avrà usato un linguaggio poco alla portata della intelligenza che si trovava a lui presente, se avrà consigliato medicine sconosciute o si sarà opposto ad una pratica sciocca già iniziata, può essere certo che il suo infermo non sarà trattato secondo le sue prescrizioni, ma secondo quelle del così detto *medicone* o della *mediconia*» (ZANETTI Z., TRABALZA M.R. cur. 1978 [1892]: 12).

Simili notazioni le ritroviamo anche in altri medici europei e nordamericani durante il XIX secolo, frutto di osservazioni precise meno sistematiche sulle incertezze di una pratica ancora non egemonica, e per ciò i *mediconi*:

«Ignari della natura dei morbi ch'essi prendono a curare, procedono a tentoni e cominciano dal fare una decozione o un infuso con tre, cinque, sette o più erbe, sempre in numero disparo, di quelle la cui azione individuale è conosciuta da essi efficace nelle varie malattie delle quali è incerto se il malato sia affetto o no; e dopo aver trinciato sopra alla pozione parecchi segni di croce e borbottato qualche *Ave* o qualche *Pater*, la danno a trangugiare.

Se il risultato fu nullo, aumentano il numero delle erbe e lo portano a diciannove, a trentacinque, di qualità sempre differente, e talvolta novantanove» (ZANETTI Z., TRABALZA M.R. cur. 1978 [1892]: 13).

Zanetti sapeva molto bene che la stessa descrizione poteva essere applicata alle prescrizioni di molti dei suoi colleghi ed ai criteri commerciali dei farmacisti che nascondevano i principi attivi sotto formule complicate. Benché si renda conto che tali pratiche empiriche siano anche il frutto dell'influenza di altri medici, rifiuta di interpretare il ruolo giocato dall'esperienza strutturata intorno alla malattia tra il medico, il *medicone*, o la *mammanna* nella configurazione di saperi positivi. Questo modo di procedere, inevitabilmente, avrebbe dovuto condurre ad una revisione critica della propria pratica medica, e possiamo comprendere oggi le difficoltà di un tale compito in un con-

testo nel quale il modello medico sta ancora costruendo gli elementi della propria egemonia<sup>(28)</sup>.

Zanetti si dibatte nella contraddizione personale insita nella propria condizione di medico e di folklorista, una tensione che vedremo manifestarsi in altri folkloristi medici. Egli rivela le difficoltà del medico nell'accettare, sotto l'egemonia del metodo clinico, che l'esperienza etnografica non è scissa da quella della medicina (COMELLES J.M. 1995), e mostra i suoi sforzi per comprendere il complesso culturale della medicina popolare e la necessità medica di calcolare il suo valore terapeutico - non misurata in termini biologici o epidemiologici - e per accettare la propria condizione di acculturatore di tali pratiche. Il folklorista accetta le categorie classificatorie del popolo per strutturare il proprio testo e in questo modo ne rafforza la dimensione *emica* (FALTERI P. 1989: 160), percepibile nella descrizione delle concezioni del corpo e della anatomia e nelle classificazioni nosologiche. La narrazione in prima persona rinforza l'affidabilità, la vivezza e la veracità del suo testo, ma lo allontana dal medico che persegue uno sguardo neutro e distante per eliminare ogni sospetto di compromesso personale o di soggettività.

La limitata diffusione dell'opera di Zanetti, percepita come una semplice monografia locale, e l'assenza nel suo libro di una esposizione metodologica e teorica, presente invece nell'opera di Giuseppe Pitrè, permettono di attribuire a quest'ultimo il merito dell'invenzione della *medicina popolare* come campo di ricerca della medicina, e in secondo luogo dell'antropologia. Questo avviene nel suo *Medicina popolare siciliana*, un libro che ebbe grande influenza sul folklore medico europeo<sup>(29)</sup>, e che fissa una metodologia di descrizione e classificazione specifica della *medicina popolare*, benché interpretata in termini tyloriani<sup>(30)</sup>:

«[...] un complesso di fatti curiosi e diversi, che nel loro tutto appaiono come un'aberrazione dello spirito umano, e nei particolari sono reliquie di civiltà e di popoli scomparsi» (PITRÈ G. 1896: XXII)

che separa quanto è religioso ed etnologico da quanto è medico:

«La importanza etnica e demopsicologica delle tradizioni mediche del popolo è indiscutibile; ma altra ve ne ha che dobbiam ritenere non minore per la terapia e la sua storia: quella dei rimedi che possono offrire caratteri scientifici se scientificamente guardati.

[...] Le credenze e le pratiche volgari poi in ordine alla materia medica non devono dispregiarsi sol perchè portato di gente incolta. L'empirismo di quelle pratiche offre talora risultato pratico felice, quale non riuscì ad ottenere la medicina scientifica. [...] Quante volte, rinunciando a mezzi razionali, abbiamo dovuto guardare il meraviglioso effetto di certi rimedi di donnicciuole non notati da nessun trattato di terapeutica!» (PITRÈ G. 1896: XXIII-XXV).

Una totale separazione è tuttavia impossibile:

«Se vi è genere di tradizioni popolari che esiga un raccoglitore tecnico, questo è certamente quello della medicina. Ben si può, per cultura generale o per speciali studi di mitologia, di costumi di letteratura orale, mettere insieme copiosa materia di usanze, di leggende, di poesia, di superstizioni sopra un argomento qualunque, [...] ma sarà malagevole, a mio avviso, il farsi per le pratiche e le credenze mediche da chi non sia medico.

E la ragione è questa: che in ordine a medicina è difficile ai non medici il distinguere ciò che si considera come pregiudizio da ciò che è scienza, le pratiche d'oggi dalle pratiche di ieri, quella che fu da quella che è superstizione.

Basta mettere gli occhi sopra qualche pubblicazione medica di non medici per vedere la ragionevolezza di questa affermazione; la quale ha il suo addentellato nella confusione che a volte s'incontra fra rimedi scientifici creduti roba da femminucce e rimedi frivoli presi per roba venuta direttamente da gabinetti scientifici e da cliniche» (PITRÈ G. 1896: VII).

Il radicale collocarsi di Pitrè nella medicina fa sì che la sua opera sia da considerare come l'antecedente di una medicina comparata - una etnomedicina -, più che entro il contesto della storia o dell'antropologia comparata delle religioni:

«I raccoglitori del folklore medico in Italia sono ben pochi relativamente parlando, e questi pochi si son limitati a cercare i rimedi più comuni alle più comuni malattie. La terapia è stata sempre per essi la parte preferita, e della terapia la Materia medica [la farmacologia, J.M.C.]. Ma nessuno pensò che come la terapia è una parte della patologia, così la patologia è una parte soltanto della Medicina. Il rimedio richiama alla malattia, ma la malattia richiama alla salute, la quale rappresenta lo stato normale, le condizioni, cioè, fisiologiche» (PITRÈ G. 1896: VIII).

Ma non può prescindere dai suoi legami con il folklore e l'importanza in esso dello studio delle forme linguistiche:

«Dei fatti anatomici, o fisiologici, o patologici più importanti nella tradizione ho dato sempre il nome dialettale siciliano o speciale di qualche parlata dell'isola. Quei fatti ho illustrati con modi di dire, proverbi, motti, formole e con ciò che concorre a render chiaro il pensiero del popolo circa i fatti medesimi. Niente è superfluo in questo campo, e niente va trascurato che lumeggia il tema da trattarsi. Una frase, spesso ripetuta senza scopo o rimasta senza significato, è documento vivo di un'usanza, di un avvenimento passato senza ricordo. Il ricordo è la frase stessa, reliquia della vita fisica e morale nella quale nacque ed alla quale partecipò. Queste frasi, dalle apparenze modeste, anche troppo modeste, son molte, quante potevano, quante possono farne nascere le occasioni, i bisogni, le speranze, le passioni della vita» (PITRÈ G. 1896: XIII-XIV).

Ma ciò che qui è probabilmente più importante, è la componente della pra-



tica etnografica nella prassi medica:

«Trent'anni di esercizio l'han messo [l'autore del presente volume] nella condizione vantaggiosa di conoscere quel che pensa, quel che crede, quel che fa il volgo nelle malattie che lo travagliano, e quel che è da sceverare come di recente importazione dalla informe massa di fatti che costituiscono il patrimonio medico delle famiglie.

I miei primi appunti cominciarono nel 1870, e da quell'anno in qua si seguirono giornalmente con incessante cura e con particolar diligenza. Non è stato giorno che io non abbia notato quando un nome, quando un giudizio, quando un rimedio e quando una formola che il popolo serba religiosamente nel gran libro della sua millenne esperienza» (PITRÈ G. 1896: VIII)

e nello stesso tempo sottolinea l'importanza del suo doppio ruolo:

«Senza una classificazione ordinata non si saprebbe concepire una raccolta buona pei folkloristi non meno che pei medici; i quali - nessuno se lo dissimula - non devono disprezzare quel che trovano nelle famiglie popolane, frutto di esperienza per quanto pieno di pregiudizi.» (PITRÈ G. 1896: XI).

L'etnografia si fa densa visto che condivide il dramma della malattia *al capezzale dell'infermo*, attraverso un prolungato e intensivo itinerario sul campo in un'area relativamente ridotta<sup>(31)</sup>. Per questo mi sembra adeguato proporre per il suo compito il termine di *etnografia clinica*<sup>(32)</sup>:

«E qui accade toccare di un punto molto controverso: la classificazione delle malattie.

I due metodi: l'uno di regioni e l'altro di natura delle malattie, nell'attuale svolgimento della scienza non sono, ciascuno per sè, esenti da gravi difetti e vogliamo anche dire da pericolo per chi ad uno di essi esclusivamente si appigli. Se le malattie si classificano per regioni anatomiche si va ad urtare con certe malattie delle quali si è ancora ben lontani dal conoscere appieno la località, la patogenesi. [...] La teoria della patogenesi e degli enti morbigeni ha gettato il disordine nel campo della patologia topografica.

Se si classificano poi le malattie secondo la loro natura, peggio ancora, per le medesime ragioni or ora annunziate. Le nuove scoperte, gli ultimi portati scientifici hanno scompigliato e sfatato i gruppi fin qui ritenuti razionali e seguiti dai trattatisti.

E se è così per scienziati, che sarà pel popolo e quindi per lo studioso di esso?» (PITRÈ G. 1896: XII).

È cosciente che questa classificazione non è esente da problemi dal momento che, non assumendo un atteggiamento *emic* come aveva fatto Zanetti, si evidenzia la rigidità del suo modello:

«La convenienza di alcuni titoli [...] probabilmente parrà discutibile tanto ai medici quanto ai non medici; agli uni, perchè, guardando alle apparenze, essi presumeranno di trovarsi di fronte a dottrine scientifiche trattate sotto

forme più che modeste; agli altri, perchè immagineranno elevate a linguaggio ed a rigore di scienza osservazioni di lor natura troppo dimesse. Ma giova riflettere che tanta e sì variata congerie di cose non poteva andare senza ordine e, ammessa la necessità di una classificazione, non doveva rinunziarsi a quella che offrono i trattatisti. [...] Dove finisca una osservazione anatomica e ne cominci una fisiologica secondo le vedute delle femminucce, non è sempre facile a determinarsi; ed è impossibile additare i limiti di quella di fronte alle osservazioni di questa. Le cose più disparate per noi si ravvicinano, pel volgo, in modo veramente strano, e formano agli occhi nostri un amalgama confuso ed irriconoscibile. E poi come scompagnare i pronostici, i presagi, le divinazioni, i giudizi che si traggono da un dato organo dall'organo stesso? [...]

Queste benedette classificazioni del resto [...] non esistono in natura; siamo noi quelli che le facciamo» (PITRÈ G. 1896: X-XI).

Ma noi chi siamo?

### *I limiti dell'etnografia clinica*

L'*etnografia clinica* è un genere etnografico nuovo che si distingue parzialmente dalla narrativa delle raccolte folkloriche sulle credenze e superstizioni, da quella dei libri di divulgazione medica, e da altre etnografie scritte dai medici nel corso della storia (COMELLES J.M. 1996). Essa è caratterizzata da studi su casi locali o regionali basati su una metodologia, una tecnica che considera come unità principale di osservazione la *situazione di malattia*<sup>(33)</sup> ed una narrativa, codificata secondo criteri che provengono dalla medicina clinica. Il nuovo genere suppone una rottura radicale, teorica e metodologica, con i presupposti generali che caratterizzano il significato della narrativa del folklore storico-culturale, attribuendogli significati specifici per la medicina: la scoperta e la valutazione dell'efficacia empirica di determinate pratiche popolari, la definizione dei limiti culturali del modello medico, e la costruzione di *patterns* culturali regionali e locali diversi dal modello medico.

La invenzione dell'etnografia clinica e del concetto di *medicina popolare* devono essere contestualizzati intorno alla crisi dei metodi qualitativi - compreso quello etnografico -, dell'analisi olistica e delle teorie ambientaliste e materialiste che erano alla base delle interpretazioni dei medici sull'eziologia delle malattie e delle epidemie fin dal Rinascimento.

Durante il XIX secolo, le etnografie dei medici che operavano nelle periferie urbane acquistano una dimensione critico-rivoluzionaria, mettendo bru-

talmente in evidenza il degrado delle condizioni di vita e di lavoro delle classi subalterne ed il loro effetto sul profilo epidemiologico della popolazione. Ormai non si parla più dell'influenza del clima, ma degli effetti dell'industria sulle condizioni ambientali. Anche alla fine del XIX secolo l'*establishment* sta orientando la professione in un altro senso, meno direttamente politico di prima, una volta raggiunta la propria egemonia professionale attraverso lo Stato. Per questo la medicina si rinchiude nel biologico ed abbandona il socio-culturale. Lo fa assumendo la clinica, la statistica sanitaria e l'epidemiologia che destoricizzano le cause di malattia e le riducono ad una idiosincrasia individuale a partire dal degenerazionismo ereditario e dalla teoria microbica<sup>(34)</sup>, e rifiutando la pratica etnografica come fonte di conoscenza, nonostante su di essa si fosse fondata la rivendicazione del ruolo della medicina nella società (COMELLES J.M. 1996). Tale rifiuto deve essere inteso come un passo in più nello sforzo attuato dal modello medico per eliminare le componenti soggettive della malattia e per contenere gli effetti sul medico della inevitabile intersoggettività della sua relazione con la persona malata e con la sua rete sociale. Per questo cerca di spostare il processo diagnostico dal capezzale dell'infermo - dal dramma sociale e dalle sue componenti simboliche -, all'ospedale, uno spazio *medico* nel quale il malato può essere ridotto a oggetto e nel quale si eliminano i compromessi personali ed affettivi che emergono nella pratica a domicilio.

Il modello medico può solo accettare una nozione di *medicina popolare* visto attraverso la lente della scienza positivista, come una tassonomia culturale. Per questo proietta su tale nozione un apparato concettuale di cui accetta la validità universale senza porre domande né sulla sua epistemologia né sul contesto culturale nel quale si costruisce. Con questo apparato concettuale il *pattern* che genera l'etnografia clinica deve essere l'immagine invertita del modello medico: particolarismo contro universalismo, collettivismo contro individualismo; natura e biologia contro cultura; scienza contro magia e superstizione; altruismo contro mercantilismo e da ultimo, di contro all'efficacia pragmatica, mancanza di senso e inefficacia.

Neppure è possibile, in tale contesto, una etnografia interpretativa, alcuni tratti della quale già si intravedevano in Zanetti. Si deve stabilire un taglio radicale che restringa e limiti le osservazioni a ciò che separa, non a ciò che unisce. Per questo né Pitrè né Zanetti (FALTERI P. 1989) registrano nei loro resoconti quanto accade intorno a loro: nulla o quasi nulla sappiamo della loro pratica, nulla sappiamo della onnipresente automedicazione con farmaci da banco già nel secolo XIX, ma neppure sappiamo nulla di quelle patologie che non comportano la richiesta di intervento del medico o del terapeuta popolare.

Zanetti e Pitrè erano coscienti, ognuno a suo modo, di questo. Zanetti forse volle comprendere di più la logica culturale, ma anche per questo finì col distanziare la sua opera folklorica dalla propria opera medica. Pitrè invece era cosciente che il suo compito aveva una finalità strategica per la medicina, molto più che per il folklore. Ma entrambi rappresentano due poli di un fenomeno comune e specifico, cercano di risolvere le contraddizioni che intuiscono tra discorso folklorico e quello medico ma non riescono a comprendere il diverso significato della pratica etnografica *nel* folklore o nell'antropologia, e *nella* medicina. Le soluzioni che propongono non risolvono il problema dell'intersezione tra biomedicina, cultura e società, perché l'etnografia positivista radicale che usano reifica i fatti sociali, come la medicina reifica i sintomi in segni. Il paradosso è che, a differenza del folklorista che contempla nel paesaggio i tratti culturali che desidera collezionare, l'etnografo clinico - come l'antropologo attuale - ottiene i suoi dati nel nucleo del dramma sociale della malattia, approfittando e forzando i limiti di una situazione che gli richiede di stabilire una relazione profonda di fiducia e rispetto con l'osservato, frutto di una lunga permanenza sul campo e di un grado elevato di partecipazione in esso.

Dissociare l'esperienza personale in una narrativa neutra e distanziata non è facile: l'etnografo clinico, come l'antropologo, porta con sé le note e redige il testo ad una certa distanza temporale e a volte spaziale, ma anche così, nell'etnografia clinica, appaiono qui e là sprazzi di soggettività, contraddizioni derivate dal rispetto verso certi informatori che non sempre possono essere definiti ignoranti. Ma siccome il modello medico colloca il lavoro di questi medici rurali che sono anche etnografi su un piano di subalternità, tende a percepire tale etnografia come letteratura e non come scienza. La risposta dell'etnografo è allora radicalizzare il proprio positivismo e ricorrere a criteri positivisti di interpretazione, tra i quali il principale continua ad essere nel XX secolo il concetto di *survival* e quello di superstizione:

«[...] la superstizione è una scienza ridicola e fanatica su argomenti religiosi e sui diversi procedimenti che il popolo impiega nella cura delle sue malattie» (LIS QUIBÉN V. 1949: 15).

Un decennio più tardi si continua a scrivere che il folklore è:

«[...] la scienza che si occupa di raccogliere e studiare la tradizione popolare e di investigare e catalogare il sapere del popolo e stabilire la cultura degli ignoranti, degli analfabeti e delle persone che non hanno seguito studi superiori» (AMADES J. 1980 [1969]: 1263).

La persistenza di concetti tyloriani, in una situazione in cui le scienze sociali li hanno rifiutati<sup>(35)</sup>, mostra come l'etnografia clinica giri attorno a problematiche della medicina, e perciò può solo portare ad una archeologia di determinate pratiche di salute popolari, irriducibili al modello medico, a

costo però di escludere gli spazi di articolazione tra i saperi medici ed i saperi popolari. Per questa ragione l'etnografia clinica ed il concetto di medicina popolare, devono essere intesi come una risposta medica al processo di medicalizzazione dei contadini europei, l'ultima frontiera che il modello medico superò nel XX secolo. Nella misura in cui tale processo avanza, questa archeologia di pratiche obsolete e senza senso, riduce il proprio ambito come la pelle dell'ònagro di Balzac, e scompare la possibilità di descrivere *patterns* regionali ed anche locali coerenti. I loro scarsi tratti di significato svaniscono, e le osservazioni riducono il loro obiettivo a:

«Raccogliere tutti i dati che arrivarono alle mie mani in relazione con il tema e enunciato dello stesso, conservando la purezza con la quale furono raccolti, evitando le loro mistificazioni e allontanandomi da un modo generale di criticare e censurare le superstizioni per comprendere che è compito che incombe, in primo luogo, alla Chiesa, anche quando questa e la Medicina lottarono sempre affratellate contro di esse» (LIS QUIBÉN V. 1949: XIII).

Victor Lis Quibén, il migliore etnografo clinico spagnolo, non pretende più di rimuovere o denunciare, solo di ratificare l'esistenza marginale di una frontiera tra la pratica del medico e la pratica delle classi subalterne in una regione della penisola iberica. La pratica dell'etnografia è aperta a chiunque abbia curiosità, pazienza ed interesse per andar accumulando scheda dopo scheda, fatto dopo fatto, e sia disposto a riunirli e ordinarli. L'etnografia perde la sua dimensione storica e dialettica, non riflette l'impegno del suo autore; non è intesa come un racconto sui drammi umani ma come una collezione di curiose ricette gastronomiche frutto di menti ignoranti che devono essere combattute con l'educazione obbligatoria e con l'ampliamento delle prestazioni della sicurezza sociale. Una volta indottrinato il contadino e dotato di tessera sanitaria che senso ha l'etnografia clinica? Che senso ha l'etnografo?

### *Folkloristi e antropologi*

L'allontanamento dell'etnografia clinica dal quadro di riferimento del folklore, spiega come in quasi tutta Europa - con l'eccezione dell'Italia del dopoguerra - il concetto di *medicina popolare* si dissolva progressivamente senza che si rivedano le sue implicazioni teoriche, epistemologiche e metodologiche. Non si costituisce come il punto di partenza dell'antropologia medica, né conserva la propria specificità tra i folkloristi. Nella storia del folklore di A. Guichot (GUICHOT Y SIERRA A. 1984 [1922]), o di J. Amades (AMADES J. 1980 [1969]) che presentano varie guide per la classificazione dei

dati etnografici, la medicina popolare non costituisce un campo specifico, ma un insieme di temi dispersi nei capitoli sulle superstizioni e credenze magiche<sup>(36)</sup>. Per i folkloristi, l'opera medica di Pitrè, o quella di Zanetti rimane fuori dei propri interessi immediati. Essi continuano a preferire il concetto positivista e ottocentesco di superstizione a quello di medicina popolare. E quando cercano di affrontare il tema tentano di scusare i propri limiti col fatto di non conoscere la medicina:

«[...] vedasi in quanto diverse condizioni sono concepiti quel capolavoro (quello di Pitrè) e questa modesta monografia [...] come potrò io giustificare e difendere dalla critica il presente articolo smilzo e denutrito. Le mie conoscenze mediche sono completamente nulle» (PÉREZ VIDAL J. 1945: 30-31).

Risulta comprensibile come l'antropologia egemone anglosassone non si sia neppure accorta dell'etnografia clinica e che lo sviluppo dell'antropologia della medicina, salvo che in Italia, non sia partita da una sua messa in discussione critica. Troppo "medica", troppo "naturalista", con troppe reminiscenze delle teorie evoluzioniste ottocentesche, troppo vincolata al folklore svergognato dagli antropologi sociali e culturali. Questa situazione scomoda è tuttavia rivelatrice della sua natura e del suo peccato originale di subordinazione al modello medico, ma nello stesso tempo rappresenta un esempio molto caratteristico della molteplicità di usi della pratica etnografica in discipline diverse che non necessariamente devono condividere gli stessi criteri epistemologici e teorici. Il problema si pone quando si impiega il concetto di *medicina popolare* come un termine di uso comune (che invece è stato inventato con un obiettivo specifico) e non si tiene conto delle implicazioni che la sua invenzione ha nell'uso che attualmente ne facciamo. Riflettere su questo permette almeno di comprendere perché per un antropologo non ha più senso parlare di *survivals* mentre un medico può nel 1985 continuare a ritenere valido tale criterio, quando spiega la persistenza di alcune forme di pratica popolare:

«[...] altri rimedi e concetti, derivano dalla medicina scientifica: sono quelli che essa va periodicamente relegando e abbandonando, via via che perdono la loro validità con la introduzione di nuove idee e di nuove tecniche, ma che rimangono in alcuni casi nella medicina popolare come testimoni muti dell'evoluzione storica della medicina. A questo proposito, possiamo affermare che come l'archeologo ordina i pezzi di un giacimento secondo gli strati assegnando a ciascuno di essi una età specifica, noi con alcune pratiche mediche, fossilizzate e conservate dal popolo, possiamo anche ordinarle e assegnare loro una età esatta che ci permette di situarle in un momento preciso della storia della medicina» (ERKORERA A. 1985: 36).

## Note

(1) Questa ricerca è stata finanziata mediante due contratti di ricerca della DIGYCIT. Una prima versione del testo è stata presentata il 14 ottobre 1995 al Simposio internacional de antropología "Medicina popular / Antropoloxía da saúde" (Santiago de Compostela, 11-14 ottobre 1995), organizzato dalla Ponencia de antropología cultural, Consello da cultura galega, e sarà pubblicata prossimamente dallo stesso Consello negli atti del simposio. La versione qui pubblicata costituisce una revisione di quella originale con numerose modifiche. La rilevazione documentaria è stata svolta presso la Biblioteca della Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona e nella John Blocker Rare Books Collection della Moody Library di Galveston (Texas). Il testo amplia alcuni aspetti di un lavoro svolto in collaborazione con Angel Martínez Hernández (COMELLES J.M. - MARTÍNEZ HERNÁNDEZ A. 1993, MARTÍNEZ HERNÁNDEZ A. - COMELLES J.M. 1994), e raccoglie i suggerimenti di Enrique Perdiguero e Eduardo Menéndez, ma è soprattutto il frutto della scoperta del folclore medico italiano grazie a Tullio Seppilli, Paolo Bartoli e Paola Falteri, ai quali dedico questo testo con affetto.

(2) Guichot cita G. Black (BLACK G.W. 1989 [1883]), Z. Zanetti (ZANETTI Z., TRABALZA M.R. cur. 1978 [1892]), G. Pitrè (PITRÈ G. 1896) e Höfler (HÖFLER 1888). G. Pitrè (PITRÈ G. 1896: 464-65) cita quattro monografie italiane sulla medicina popolare. J. Bourke (BOURKE J.G. 1976 [1891]: 221) una *Folkmedicine of Pennsylvania Germans*.

(3) Costituiscono un genere specifico, molto diffuso nelle diverse lingue nazionali con titoli quali *breviario della salute* (BOORDE A. 1587 [1547]), *tesoro dei poveri*, o quelli più colti, *medicina domestica*. Si veda E. Perdiguero (PERDIGUERO E. 1990, 1992) che contiene anche uno studio approfondito dell'impatto di una parte della letteratura tradotta in castigliano. Una visione transculturale dello stesso genere nell'Europa moderna si trova in R. Porter (PORTER R. cur. 1992).

(4) Non sono stati studiati ampiamente (cfr. PORTER R. cur. 1992). Sul loro interesse etnografico, si vedano E. Balaguer, R. Ballester, J. Bernabeu e E. Perdiguero (BALAGUER E. *et al.* 1990), L. Prats (PRATS L. 1989); sulla loro dinamica editoriale, M.E. Fissel (FISSEL M.E. 1992).

(5) E. Ackerknecht (ACKERKNECHT E.H. 1984: 7-8) ha proposto una distinzione tra *medicina primitiva* che rimanda alla medicina delle società aborigene; *etnomedicina*, come concessione politica degli antropologi degli anni Cinquanta e *folk-medicina* (medicina popolare o tradizionale) riservata ai modelli sincretici di medicina nelle società storiche composti da medicine primitive, galenismo e tecnologia medica. Questo schema venne ripreso dagli antropologi senza esplorare i criteri di Ackerknecht nei quali emerge il suo retroterra di storico della medicina prima di quello di antropologo e le influenze dell'evoluzionismo ottocentesco. Da qui il successo di Ackerknecht tra gli storici della medicina.

(6) Cfr. SEPPILLI T. cur. 1983 e SEPPILLI T. cur. 1989.

(7) Non credo sia un caso che il concetto di medicina popolare si costituisca nell'Europa cattolica, in un contesto di forte polemica sull'influenza della Chiesa sullo Stato. La transizione tra il concetto religioso di superstizione, impiegato indistintamente da medici e religiosi tra il XIII e il XX secolo, e quello di medicina popolare, riflette il passaggio dell'egemonia sul discorso sulla salute, dalla religione alla medicina.

(8) Per J. Caro Baroja (CARO BAROJA J. 1967 I:46) - che sintetizza molto chiaramente il suo pensiero - questo appartiene ad un razionalismo forte e perentorio. La *Ars Notoria* (arte magica) diventa illecita e inefficace perché non si può pretendere di acquisire scienza attraverso procedimenti che non possono produrla, come la ispezione di certe figure o la enunciazione di parole sconosciute; unite all'influenza dei demoni ci sono una serie di operazioni tecniche e di pratiche carenti di una base empirica.

(9) L'abate Gaume (GAUME J. 1864) dedica un intero capitolo del suo *Manual de los confesores* alla "abilità del medico" e nel suo testo maneggia sistematicamente un linguaggio metaforico che rinvia alla pratica medica. Jean Delumeau (DELUMEAU J. 1992: 9-44) propone una interpretazione psicologica della confessione, sovrapponibile all'idea del medico come tranquillizzatore e pacificatore di tensioni sociali.

- (10) Per pratica etnografica intendo le osservazioni sul campo, basate su permanenze prolungate sul terreno e rette da una metodologia specifica, ma sviluppate da professionisti che non appartengono all'antropologia o al folklore. La medicina la utilizzò molto a partire dal XVI secolo e sviluppò una sua tecnica, ed i religiosi si ispirano in parte ad essa (COMELLES J.M. 1996).
- (11) Il che porta ad esacerbare le pene contro gli Ebrei ed i Luterani ed a relativizzarle invece nei processi contro le pratiche superstiziose (CARO BAROJA J. 1967).
- (12) J. Paul (PAUL J. 1988: 63-87) descrive i precoci sforzi nel periodo di Carlomagno per dotare i parroci di testi che fissassero l'ortodossia, per impedire le interpretazioni libere derivate dalla trasmissione orale. Le ricerche sulla relazione tra medico, paziente e la sua rete sociale in contesti culturali specifici mettono in luce la complessità dei linguaggi sincretici che articolano popolare e colto, razionalità ed esperienza soggettiva (GOOD B. 1994).
- (13) Dalla teologia, il tomismo procedeva nella stessa direzione ma con minore radicalità. Il cristianesimo medievale aveva una idea piuttosto chiara del significato che avevano le relazioni tra i discorsi e le pratiche egemoniche ed i discorsi e le pratiche subalterne, e per questo non li vedeva in contrapposizione. Sapeva che l'esistenza di pratiche subalterne permetteva alla burocrazia ecclesiastica di mantenere la sua egemonia.
- (14) Il paradosso della Riforma è che nonostante il suo proposito di purezza teologica ben presto deve confrontarsi con la necessità di stabilire, a sua volta, compromessi con alcune pratiche e rituali popolari che hanno a che vedere con il dispositivo della sicurezza individuale e collettiva (DELUMEAU J. 1989: 473).
- (15) Da qui le concessioni al mantenimento di alcune pratiche, i tentativi di recuperare il controllo su altre, o lo spostamento sulla figura della Vergine della precedente egemonia dei santi.
- (16) L'atteggiamento dei medici era contraddittorio, di fronte alle denunce del ciarlatanismo precoci come quella di Ciruelo (CIRUELO P. 1978 [1530]); troviamo testi come quello di Juan de Alonso y de los Ruizes de Fontecha (ALONSO Y DE LOS RUIZES DE FONTECHA J. 1606), professore dell'Università di Alcalá che, in un trattato di ginecologia, dedicò un intero capitolo all'esame delle tecniche di divinazione per stabilire il sesso del feto, e che nel suo studio sulla patologia del neonato, dedicò un ampio ed estremamente documentato capitolo al malocchio. I limiti tra religioso e medico, tra naturale e credenza vi si trovano fortemente imbricati.
- (17) In Spagna, B. Feijóo (FEIJÓO B.J. 1982 [1726]) è il maggior rappresentante di questa tendenza. Nella medicina tecnica come in quella popolare combatté gli errori che attribuiva alla routine, all'ignoranza ed alla superstizione, ma allo stesso tempo difese la necessità del miracolo come prova di fede. Per una analisi critica, si veda J. Caro Baroja (CARO BAROJA J. 1967 II: 305-339).
- (18) Tylor stesso dovette coniare il concetto di "sopravvivenza" (*survival*), per rispondere alle connotazioni teologiche del termine superstizione (TYLOR E.B. 1977 [1871] I: 83). Per una ampia discussione di tali concetti si veda A.M. Cirese (CIRESE A.M. 1978: 19 sgg.).
- (19) P. Bartoli e P. Falteri (BARTOLI P. - FALTERI P. 1987) e P. Bartoli (BARTOLI P. 1989) situano correttamente il problema in Italia, non diverso in molti aspetti da quanto riguarda la Spagna, ma nella misura in cui lo vedono come un problema macrosociale non affrontano le sue implicazioni micro-sociali.
- (20) Le origini di questo modello vanno ricercate in una tradizione intellettuale che proviene dall'ippocratismo e nella quale lo sguardo medico non è esclusivamente quello clinico, ma è lo sguardo complesso, olistico derivato dalla pratica etnografica e che porta ad interpretare la causa della malattia a partire dall'osservazione sistematica del contesto culturale, sociale e naturale in cui essa ha origine. Ho sviluppato questa ipotesi a partire dai discorsi con i quali i medici spiegano ai giovani studenti le caratteristiche e la funzione sociale e di sostegno della loro pratica (COMELLES J.M. 1993, 1996).
- (21) Una parte considerevole degli studi di etnomedicina deriva dalle ricerche degli etnobotanici che dal XVI secolo hanno investigato le farmacopee indigene alla ricerca di principi attivi. Nelle mani dell'industria farmaceutica oggi ritroviamo i migliori resoconti etnobotanici sull'America Latina.



- (22) Gli etnografi nordamericani che descrissero i *curanderos* indigeni coniarono le espressioni *medicine-man* e *medicine-woman*, ma questi termini non rimandano alla medicina come sistema, bensì alla medicina come sinonimo volgare di farmaco. Di solito non prendono in considerazione la medicina come oggetto specifico di studio ma esiste un certo numero di etnografie specifiche, tra cui quella sui *medicine-men* apaches di J.G. Bourke nel 1892 (BOURKE J.G. 1970 [1892]), e lo studio sulle medicine segrete sèneca di A.C. Parker (PARKER A.C. 1909).
- (23) A. Machado y Álvarez (MACHADO Y ÁLVAREZ A. 1989), tradusse il titolo in castigliano con *medicina popolare* e non con *superstizioni mediche*, termine impiegato prima da E. Olavarría (OLAVARRÍA Y HUARTE E. 1989 [1885]).
- (24) P. Mantegazza pubblicò alcune *Lettere mediche sull'America meridionale* risultato di un viaggio a Nogoya de Entreríos dove era stato invitato da diverse colonie di emigranti italiani. Egli era un anarchico militante e Menéndez (comunicazione personale) indica che la sua presenza in Argentina acquisì caratteri mitici.
- (25) Il Mantegazza medico ed antropologo universitario, sfumò la sua posizione nei testi successivi (MANTEGAZZA P. 1887, 1978 [1892]) e sostenne un progetto etnografico sulle credenze e le superstizioni in Italia, e non solo sul folklore medico (CIRESE A. M. 1978: 16-17). Incoraggiò Zanetti nel proseguire il suo lavoro in una dimensione meno locale e comparativa. Anteriormente a Black, in Italia si era utilizzato il concetto di *medicina popolare*. G. Pitù cita alcuni *Appunti di medicina popolare bolognese* pubblicati a Roma nel 1877, ed altre monografie posteriori (PITÙ G. 1896: 464). La maggior parte sono testi di divulgazione sui pregiudizi ed errori medici. Il loro valore risiede nel fatto che Pitù è un autore ben documentato e ampiamente in relazione con i folkloristi europei.
- (26) L'opera di Z. Zanetti, per la quale Mantegazza scrisse la prefazione, rimase quasi dimenticata fino alla sua riedizione nel 1978, preceduta da due studi di A.M. Cirese (CIRESE A.M. 1978) e di R. Trabalza (TRABALZA R. 1978). Cfr. anche BARTOLI P. - FALTERI P. 1987, FALTERI P. 1989 e BARTOLI P. 1989.
- (27) Il problema è che negando le capacità creative dell'esperienza delle classi subalterne, egli resta intrappolato in una concezione illuminista della storia della medicina come itinerario evolutivo dall'ippocratismo alla medicina moderna, nel quale i flussi di informazione sono circolati in modo unidirezionale.
- (28) P. Bartoli e P. Falteri (BARTOLI P. - FALTERI P. 1987: 175) lo mettono in rilievo: Zanetti ottiene i propri dati chiaccherando con una donna durante un consulto, ma nasconde la propria pratica come Lis Quibén (LIS QUIBÉN V. 1949) e Pitù (PITÙ G. 1896). E anche quando, a volte, i medici giungono a parlare della loro pratica, il loro discorso non spiega i fatti ma si riduce ad una presentazione delle proprie qualità morali, scientifiche ed etiche (cfr. COMELLES J.M. 1995).
- (29) In Spagna, influì sull'opera di Castillo de Lucas, V. Lis Quibén (LIS QUIBÉN V. 1949), J. Pérez Vidal (PÉREZ VIDAL J. 1945) e A. Erkoreka (ERKOREKA A. 1985). Nelle monografie locali i suoi criteri vengono ancora impiegati, benché non venga citato in proposito. Appare incredibile il silenzio che circonda la sua opera nell'antropologia francese e anglosassone che sembra ignorare la sua esistenza.
- (30) A.M. Cirese (CIRESE A.M. 1978), P. Bartoli (BARTOLI P. - FALTERI P. 1983), G.B. Bronzini (BRONZINI G.B. 1983) e P. Bartoli e P. Falteri (BARTOLI P. - FALTERI P. 1989) sottolineano come egli non subordini la medicina popolare alla teoria antropologica, se non attraverso una classificazione clinica di alcuni materiali di campo provenienti dalle pratiche *popolari dei contadini*, mai dalle classi urbane medie ed alte. Neppure parla dell'influenza dei *parroci, monaci, medici o infermieri* nella configurazione delle stesse: si limita ad invocare l'influenza del galenismo o della religione.
- (31) G. Pitù può essere paragonato agli etnografi nordamericani della seconda metà del XIX secolo, come Cushing, Fewkes (HINSLEY C. 1983) o Bourke che compensano la loro mancanza di formazione specifica con un lavoro di sistematica osservazione e di classificazione mediante lunghissime permanenze sul campo, spesso della durata superiore ai cinque anni. Bourke rimase venti anni nell'*American Southwest* (PORTER J.C. 1986). Vale la pena di segnalare che l'antropologia britannica "scopre" lo studio intensivo dei casi nel primo decennio del XX secolo (STOCKING G.W. cur. 1983),

pur senza recuperare né l'esperienza etnografica dei nordamericani né quella di Pitirè.

(32) La prima parte del suo libro tratta degli «esercenti dell'arte salutare in Sicilia dallo specialista licenziato d'una volta al *ciurmadore*, dal medico-chirurgo laureato al segretista, al barbiere, al conciaossi»; successivamente prende in considerazione l'organismo umano, l'anatomia, i criteri morali, caratteri e segni particolari, fisiologia e igiene; la terza sezione è dedicata alle osservazioni sulla natura e le cause delle malattie, agli espedienti per conoscerle e valutarne la durata e la prognosi, buona o cattiva, di breve o di lunga durata, per curarle (patologia generale), e nelle due ultime parti comprende i mali più importanti, soprannaturali o spontanei, artificiali o acquisiti (PITIRÈ G. 1896: X).

(33) Vale la pena compararla con la proposta di A. Kleinman, anch'egli medico clinico, che allo stesso modo definisce la situazione clinica come l'ambito di riferimento dell'antropologia della medicina (KLEINMAN A.J. 1980).

(34) Come segnala pertinentemente G. Rosen, la battaglia metodologica nella medicina sociale tra orientamenti quantitativi e molto più asettici e l'etnografia qualitativa, ha avuto come esito il successo dei primi (ROSEN G. 1984).

(35) È da mettere in risalto come questo schema è stato quello prevalente sino alla sua critica negli anni '40 da parte di Ackerknecht e di Sigerist, ma che ancora nella monumentale *Storia della medicina* compilata da Pedro Laín Entralgo (LAÍN ENTRALGO P. cur. 1970), la struttura dell'opera ricorda questo vecchio modello.

(36) Le reticenze da parte della Società italiana di antropologia, etnologia e psicologia comparata nel premiare l'opera di Zanetti per la sua eccessiva specificità corrispondono allo stesso atteggiamento.

[traduzione dallo spagnolo di Paolo Bartoli e Donatella Cozzi]

## Riferimenti bibliografici

ACKERKNECHT Erwin H. (1984), *Medicina y antropología social*, Akal, Madrid.

ALONSO Y DE LOS RUIZES DE FONTECHA Juan (1606), *Diez privilegios para mugeres preñadas compuestas por el Doctor [...] natural de la Villa de Daimiel, Cathedratico de Visperas en la facultad de Medicina de la universidad de Alcalá. Con un diccionario médico*, con privilegio, por Luys Martynes Grandes, Madrid.

AMADES Joan (1980 [1969]), *El folklore de Catalunya: costums i creences*, Ed. Selecta, Barcelona.

BACON Francis (1976 [1625]), *Assaigns*, Curial, Barcelona.

BALAGUER Emili - BALLESTER R. - BERNABEU J. - PERDIGUERO Enrique (1990), *La utilización de fuentes antropológicas en la historiografía española contemporánea*, "Dynamis" (Granada), 10, 1990, pp. 193-209.

BARREIRO Bernardo (1973), *Brujos y astrólogos de la Inquisición de Galicia y el famoso libro de San Cipriano*, Akal, Madrid.

BARTOLI Paolo (1989), *La medicina popolare e la costruzione del sistema sanitario pubblico nello Stato unitario italiano*, pp. 23-30, in SEPELLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicina e magia*, Electa, Milano.

BARTOLI Paolo - FALTERI Paola (1983), *Il corpo conteso. Medicina "ufficiale" e medicina "popolare" a Magione*, pp. 57-66, in SEPELLI Tullio (curatore), *La medicina popolare in Italia*, "La Ricerca Folklorica" (Grafo, Brescia), n. 8, ottobre 1983, pp. 3-136.

BARTOLI Paolo - FALTERI Paola (1987), *La medicina popolare in Umbria dalla fine dell'800 ad oggi: permanenze e trasformazioni*, pp. 167-208, in PASTORE Alessandro - SORCINELLI Paolo (curatori), *Sanità e*

- società. Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio. Secoli XVI-XX, Casamassima, Udine.
- BAUME M. (1792), *Éléments de pharmacie théorique et pratique*, Damonville et Musier Filds - Didot Jeune De Hansy, Paris.
- BLACK George W. (1989 [1883]), *Medicina popular*, traduz. dall'inglese di Antonio MACHADO Y ÁLVAREZ, Alta-Fulla, Barcelona [ediz. orig.: *Folk-medicine*, 1883].
- BONNIOT S.J. le Pére de (1879), *Le miracle et les sciences médicales: hallucinations, apparitions, extase, fausse extase*, Librairie Académique Didier et Cie., Paris.
- BOORDE Andrew (1587 [1547]), *The breviarie of health: wherein doth folow remedies for all manner of sicknesses & diseases, the which may be in man or woman. Expressing the obscure termes of Greke, Araby, Latin, Barbary and English, concerning phisick and chirurgerie*, Thomas East, London [I ediz.: 1547].
- BOURKE John Gregory (1970 [1892]), *The medicine men of Apaches. Ninth annual report of the Bureau of ethnology*, The Rio Grande Press, Glorieta (New Mexico).
- BOURKE John Gregory (1976 [1891]), *Escatología y civilización*, Guadarrama, Madrid [ediz. orig.: *Scatologic rites of all nations*, 1891].
- BRONZINI Giovan Battista (1983), *Antropologia e medicina popolare: note sugli studi dei positivisti italiani*, pp. 13-17, in SEPELLI Tullio (curatore), *La medicina popolare in Italia*, "La Ricerca Folklorica" (Grafo, Brescia), n. 8, ottobre 1983.
- CARO BAROJA Julio (1967), *Vidas mágicas e Inquisición*, 2 voll., Taurus, Madrid.
- CIRESE Alberto M. (1978), *Zanetti e la medicina popolare: questioni di ieri e di oggi*, pp. 11-35, in ZANETTI Zenò, TRABALZA María Raffaella (curatore), *La medicina delle nostre donne. Studio folklorico*, con una lettera di Paolo MANTEGAZZA, con un saggio di Alberto M. CIRESE, Ediclio, Foligno.
- CIRUELO Pedro (1978 [1530]), *Reproución de las supersticiones hechizerias*, rist. anast., Albatros Ediciones Hispanofila, Madrid.
- COMELLES Josep M. (1993), *La utopía de la atención integral en salud*, "Revisiones en Salud Pública" (Barcelona), 3, 1993.
- COMELLES Josep M. (1995), *Fe, carismas y milagros. La sacralización de la práctica médica en la sociedad contemporánea*, in GONZÁLES ALCANTUD José Antonio - RODRÍGUEZ BECERRA Salvador (curatori), *Creer y curar. La medicina tradicional*, Centro de Investigaciones Etnológicas "Angel Ganivet" (Diputación Provincial de Granada), Granada (in corso di stampa).
- COMELLES Josep M. (1996), *De la práctica etnográfica a la práctica clínica en la construcción del Estado Contemporáneo en España*, in GREENWOOD Davyd J. - GREENHOUSE Carol (curatori), *Democracia y diferencia*, UNED, Madrid (in corso di stampa).
- COMELLES Josep M. - MARTÍNEZ HERNÁEZ Angel (1993), *Enfermedad, sociedad y cultura. Un ensayo sobre las relaciones entre medicina y antropología*, EUDEMA, Madrid.
- DEL RIO Martin S.J. (1611 [1599-1600]), *Les controverses et recherches magiques de [...] divisées en six livres, auxquels sont exactement et doctement consultées les Sciences curieuses, les vanitez & les superstitions de toute la magie, avecque la manière de proceder en justice contre es magiciens & sorciers, accomodée a l'instruction des confesseurs. Oeuvre necessaire et utile a tous theologiens, juriconsultes, medecins et phylosophes*, Reginald Chaudiere, Paris [ediz. orig.: Lovanio, 1599-1600].
- DELUMEAU Jean (1989), *Rassurer et proteger*, Fayard, Paris.
- DELUMEAU Jean (1992), *La confesión y el perdón*, Alianza, Madrid.
- ERKOREKA Anton (1985), *Análisis de la medicina popular vasca*, Etniker-Labayru Ikastegua, Bilbao.
- FALTERI Paola (1989), *La medicina popolare: Umbria*, pp. 160-165, in SEPELLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicina e magia*, Electa, Milano.
- FEIJÓO Fray Benito Jerónimo (1982 [1726]), *Teatro critico universal*, Clásicos Castalia, Madrid [I ediz.: 1726].
- FISSEL Mary E. (1992), *Readers, text and contexts. Vernacular medical works in early modern England*, pp. 72-96, in PORTER R. (curatore), *The popularization of medicine 1650-1800*, Routledge, London.

- GAUME J. Abate di (1864), *Manual de los confesores*, Imprenta del heredero de Pablo Riera, Barcelona.
- GOOD Byron (1994), *Medicine, rationality and experience*, Cambridge University Press, Cambridge.
- GROSS A.D. (1875), *The glory and the hardship of the medical life being the valedictory adress delivered at the Philadelphia Academic of music. March 11, 1875 before the trustees, faculty and students of Jefferson medical college at his forty-ninth annual commencement*, Philadelphia.
- GUICHOT Y SIERRA Alejandro (1984 [1922]), *Noticia histórica del folklore*, Instituto de Cultura Andaluza, Sevilla.
- HINSLEY Curtis (1983), *Ethnographic charisma and scientific routine: Cushing and Fewkes in the American Southwest, 1879-1893*, pp. 53-69, in STOCKING George W. (curatore), *Observers observed*, University of Wisconsin Press, Madison (Wisconsin).
- HÖFLER (1888), *Medicina popular*, Munich.
- KLEINMAN Arthur J. (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.
- LAÍN ENTRALGO Pedro (curatore) (1970), *Historia universal de la medicina*, 8 voll., Salvat, Barcelona.
- LIS QUIBÉN Victor (1949), *La medicina popular en Galicia*, Pontevedra.
- MACHADO Y ÁLVAREZ Antonio (1989), *Carta al Sr. don Federico Rubio y Gall*, in BLACK George W., *Medicina popular*, traduz. dall'inglese di Antonio MACHADO Y ÁLVAREZ, Alta-Fulla, Barcelona.
- MANTEGAZZA Paolo (1887), *Inchiesta sulle superstizioni in Italia*, "Archivio per l'Antropologia e la Etnologia", vol. XVII, fasc. 1, 1887, pp. 53-55.
- MANTEGAZZA Paolo (1978 [1892]), *La psicologia delle superstizioni. Lettera al Dottore Zeno Zanetti*, pp. IX-XIX, in ZANETTI Zeno, TRABALZA Maria Raffaella (curatore), *La medicina delle nostre donne. Studio folklorico*, con una lettera di Paolo MANTEGAZZA, con un saggio di Alberto M. CIRESE, Ediclio, Foligno [I ediz. della Lettera e del volume di Zeno Zanetti: Saverio Lapi Tipografo-Editore, Città di Castello, 1892].
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ Angel - COMELLES Josep M. (1994), *La medicina popular. Los límites culturales del modelo médico*, "Revista de Dialectología y Tradiciones Populares", 49, 2, 1994, pp. 139-136.
- MUNARET (1840), *Du medecin des villes et du medecin de campagne. Moeurs et science, par le docteur [...]*, Germer-Baillière Librairie Éditeur, Paris.
- OLAVARRÍA Y HUARTE Eugenio de (1989 [1885]), *Supersticiones españolas de medicina popular*, pp. 325-340, in BLACK George W., *Medicina popular*, traduz. dall'inglese di Antonio MACHADO Y ÁLVAREZ, Alta-Fulla, Barcelona [ediz. del 1885: OLAVARRÍA Y HUARTE Eugenio de, *Medicina popular. Supersticiones españolas*, "Archivio per lo Studio delle Tradizioni Popolari", vol. IV, fasc. 2, 1885, pp. 259-270].
- PARKER Arthur C. (1909), *Secret medicine societies of the Seneca*, "American Anthropologist", 11, 2, 1909, pp. 161-185.
- PAUL Jacques (1988), *La Iglesia y la cultura en Occidente (siglos IX-XIII). La santificación del orden temporal y espiritual*, Labor, Barcelona.
- PERDIGUERO Enrique (1990), *Los tratados de medicina doméstica en la España de la Ilustración*, tesis de doctorado, Universitat d'Alacant, Alicante.
- PERDIGUERO Enrique (1992), *The popularization of medicine during Spanish enlightenment*, pp. 160-193, in PORTER Roy (curatore), *The popularization of medicine 1650-1800*, Routledge, London.
- PERDIGUERO Enrique - BALAGUER Emili - BALLESTER R. - BERNABEU J. (1990), *La literatura de divulgación higiénico sanitaria y su importancia para la historia de la antropología española. V Congreso de antropología (Granada)*, dattiloscritto.
- PÉREZ VIDAL J. (1945), *Contribución al estudio de la medicina popular canaria*, C.S.I.C., La Laguna.
- PITRÈ Giuseppe (1896), *Medicina popolare siciliana*, Carlo Clauser, Torino - Palermo.
- PORTER Joseph C. (1986), *Paper medicine man. John Gregory Bourke and his American West*, University of Oklahoma Press, Norman (Oklahoma).

- PORTER Roy (curatore) (1992), *The popularization of medicine 1650-1800*, Routledge, London.
- PRATS Llorenç (1989), *Aportaciones de las topografías médicas al conocimiento etnográfico de los países catalanes*, "Boletín de Historia de la Antropología", 2, 1989, pp. 3-7.
- RODRÍGUEZ LÓPEZ J. (1974 [1895]), *Supersticiones en Galicia y preocupaciones vulgares*, Celta, Lugo.
- ROSEN George (1984), *De la policía médica a la medicina social*, Siglo XXI, México.
- RUBIO Y GALÍ Federico (1989), *Cartas a Antonio Machado y Álvarez*, pp. 295-323, in BLACK George W., *Medicina popular*, traduz. dall'inglese di Antonio MACHADO Y ÁLVAREZ, Alta-Fulla, Barcelona.
- SEPPILLI Tullio (curatore) (1983), *La medicina popolare in Italia*, "La Ricerca Folklorica" (Grafo, Brescia), n. 8, ottobre 1983, pp. 3-136.
- SEPPILLI Tullio (curatore) (1989), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano.
- STOCKING George W. (curatore) (1983), *The ethnographer's magic. Fieldwork in British anthropology from Tylor to Malinowski*, pp. 70-120, in STOCKING George W. (curatore), *Observers observed*, University of Wisconsin Press, Madison (Wisconsin).
- TRABALZA Maria Raffaella (1978), *La malattia: un valore sostitutivo. Una conferma della Medicina delle nostre donne*, pp. 37-68, in ZANETTI Zeno, TRABALZA Maria Raffaella (curatore), *La medicina delle nostre donne. Studio folk-lorico*, con una lettera di Paolo MANTEGAZZA, con un saggio di Alberto M. CIRESE, Ediclio, Foligno.
- TYLOR Edward Burnett (1977 [1871]), *Cultura primitiva*, Editorial Ayuso, Madrid [ediz. orig.: *Primitive Culture*, 1871].
- WARE John (1849), *Duties and qualifications of physicians. An introductory lecture*, John Henry Parker, New York.
- ZANETTI Zeno, TRABALZA Maria Raffaella (curatore) (1978 [1892]), *La medicina delle nostre donne. Studio folk-lorico*, con una lettera di Paolo MANTEGAZZA, con un saggio di Alberto M. CIRESE, Ediclio, Foligno [I ediz.: Saverio Lapi Tipografo-Editore, Città di Castello, 1892].

## Scheda sull'Autore

Josep M. Comelles, nato a Barcellona nel 1949, è psichiatra e antropologo. Si è dottorato in antropologia all'École des hautes études en sciences sociales, Paris (1979), e in medicina presso l'Universidad de Barcelona. Attualmente è professore nel Departament d'antropologia social i filosofia della Universitat "Rovira i Virgili" a Tarragona (Catalunya, Spagna) e co-direttore del Master di antropologia della medicina organizzato dalla stessa università con la collaborazione dell'Università degli studi di Perugia (Istituto di etnologia e antropologia culturale), l'Université de Paris X (Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative) ed il Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS) di Città del Messico.

Le sue principali direttrici di ricerca concernono l'antropologia medica e la storia dei rapporti tra medicina e antropologia. In particolare, le istituzioni ospedaliere mediche e psichiatriche, le professioni e le pratiche sanitarie, la storia ospedaliera, la funzione della autocura nei processi assistenziali delle società sviluppate. Recentemente ha intrapreso un ampio progetto di ricerca sulla scrittura etnografica dei medici.

È autore di *La razón y la sin razón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en España*, PPU, Barcelona, 1988 / (in collaborazione con Angel Martínez Hernández), *Enfermedad, sociedad y cultura*, EUDEMA, Madrid, 1993 / e, inoltre, di numerosi articoli su riviste specializzate.

## Riassunto

### *Da superstizione a medicina popolare. La transizione da un concetto religioso a un concetto medico*

Questo articolo analizza l'invenzione da parte di medici etnografi del concetto di medicina popolare e di una specifica metodologia di ricerca in questo campo. L'idea che si vuole sviluppare è che questo tipo di racconto etnografico appartiene più al genere medico che non al folklore o alla antropologia, dato che si costruisce a partire dalla stessa medicina come un'alternativa al concetto religioso o antropologico di superstizione. Sulla base di questa idea si esaminano le implicazioni che ciò ha avuto nello sviluppo degli studi di medicina popolare condotti da medici nella Europa del secolo XX.

## Sommaire

### *De superstition à médecine populaire. La transition d'un concept religieux à un concept médical*

Cet article analyse l'invention du concept de médecine populaire et une méthodologie de recherche spécifique de la part de médecins doublés d'ethnographes. L'idée centrale est que ce genre de récit ethnographique est récit médical et seulement secondairement relatif au folklore ou à l'anthropologie, puisque il se construit depuis la médecine comme une alternative à la notion théologique ou anthropologique de superstition. Sur ce développement l'Auteur fait état des effets de son développement dans les études de médecine populaires faites par des médecins dans l'Europe du XXème siècle

## Resumen

### *De superstición a medicina popular. La transición de un concepto religioso a un concepto médico*

En este artículo se exploran la invención del concepto de medicina popular y de una metodología de investigación de la misma por parte de médicos etnógrafos. La idea que se quiere desarrollar es que este tipo de narrativa etnográfica es más un género médico que perteneciente al folklore o a la antropología, puesto que se construye desde la propia medicina como una alternativa al concepto religioso o antropológico de superstición. Sobre esta idea se examinan las implicaciones que ha tenido en el desarrollo de los estudios de medicina popular realizados por médicos en la Europa del siglo XX.

## Abstract

*From superstition to folk medicine. The transition from a religious concept to a medical concept*

This article analyzes the invention of the concept of folk medicine and a particular research methodology in this field created by researchers who are both medical doctors and ethnographers. The intention is to develop the idea that this type of ethnographic account is better assigned to the domain of medicine rather than to that of folklore or anthropology considering that it was created from medicine itself as an alternative to the religious or anthropological concept of superstition. On the basis of this idea the article outlines the implications that this has had in the development of the research on folk medicine, conducted by doctors in 20th century Europe.