

Pubblicazione realizzata con il contributo della



Regione Umbria



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



RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA

Antropologia medica e strategie per la salute

PRIMA PARTE

37
aprile 2014



Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Perugia

ARGO

Direttore: Tullio Seppilli (*presidente della SIAM, presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute* [Perugia], già ordinario di antropologia culturale nella Università di Perugia)

Comitato consultivo internazionale: Naomar Almeida Filho (Universidade federal da Bahia, Salvador) / Jean Benoist (Université de Aix-Marseille) / Gilles Bibeau (Université de Montréal) / Giordana Charuty (Université de Paris X, Nanterre) / Luis A. Chiozza (Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires) / Josep M. Comelles (Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona) / Ellen Corin (McGill University, Montréal) / Mary-Jo DelVecchio Good (Harvard Medical School, Boston) / †Els van Dongen (Universiteit van Amsterdam) / Sylvie Fainzang (Institut National de la santé et de la recherche médicale, Paris) / Didier Fassin (École des hautes études en sciences sociales, Paris - Institute for advanced study, Princeton) / Ronald Frankenberg (Brunel University, Uxbridge - University of Keele) / Byron Good (Harvard Medical School, Boston) / †Mirko Grmek (École pratique des hautes études, Paris) / Mabel Grimberg (Universidad de Buenos Aires) / Roberte Hamayon (Université de Paris X, Nanterre) / Thomas Hauschild (Eberhard Karls Universität, Tübingen) / Elisabeth Hsu (University of Oxford) / †Arouna Keita (Département de médecine traditionnelle, Bamako - Université du Mali, Bamako) / Laurence J. Kirmayer (McGill University, Montréal) / Arthur Kleinman (Harvard Medical School, Boston) / Margaret Lock (McGill University, Montréal) / Françoise Loux (Musée national des arts et traditions populaires, Paris) / †Boris Luban-Plozza (Fondazione medicina psicosomatica e sociale, Ascona) / Ángel Martínez Hernández (Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona) / Raymond Massé (Université Laval, Québec) / Eduardo L. Menéndez (Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, México DF) / Edgar Morin (École des hautes études en sciences sociales, Paris) / Tobie Nathan (Université de Paris VIII) / Rosario Otegui Pascual (Universidad Complutense de Madrid) / Mariella Pandolfi (Université de Montréal) / Ilario Rossi (Université de Lausanne) / Ekkehard Schröder (Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam) / Allan Young (McGill University, Montréal)

Comitato scientifico: *Il Consiglio direttivo della SIAM:* Roberto Beneduce (Università di Torino) / Donatella Cozzi (Università di Milano Bicocca e di Udine) / Fabio Dei (Università di Pisa) / Erica Eugeni (Sapienza Università di Roma) / Paola Falteri (Università di Perugia) / Alessandro Lupo, *vice-presidente* (Sapienza Università di Roma) / Roberto Malighetti (Università di Milano Bicocca) / Massimiliano Minelli (Università di Perugia) / Maya Pellicciari (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Giovanni Piza (Università di Perugia) / Ivo Quaranta (Università di Bologna) / Gianfranca Raniso, *vice-presidente* (Università di Napoli "Federico II") / Andrea F. Ravenda (Università di Perugia) / Pino Schirripa (Sapienza Università di Roma) / Tullio Seppilli, *presidente* (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / *Il Delegato della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia):* Lamberto Briziarelli (Università di Perugia)

Comitato di redazione: Donatella Cozzi (Università di Milano Bicocca e di Udine) / Fabio Dei (Università di Pisa) / Paola Falteri (Università di Perugia) / Laura Lepore (Comune di Ferrara) / Alessandro Lupo (Sapienza Università di Roma) / Massimiliano Minelli (Università di Perugia) / Maya Pellicciari (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Giovanni Piza, *coordinatore* (Università di Perugia) / Pino Schirripa (Sapienza Università di Roma)

Segreteria di redazione e editing: Maria Margherita Tinarelli (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia)

Progetto grafico: Alberto Montanucci e Enrico Petrangeli (Orvieto)



Antropologia medica e strategie per la salute

Primo Convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica
(Roma 21-23 febbraio 2013)

PRIMA PARTE

<i>Ai nostri lettori</i>	9	Tullio Seppilli <i>Allegato: Programma del Convegno</i>
<i>Relazione introduttiva al Convegno</i>	17	Tullio Seppilli <i>Antropologia medica e strategie per la salute</i>
<i>Lectio magistralis</i>	33	Didier Fassin <i>Cinque tesi per un'antropologia medica critica</i>
<i>Relazioni di base</i>	51	Giovanni Pizza <i>Antropologia medica e governo dei corpi. Appunti per una prospettiva italiana</i>
	59	Pino Schirripa <i>Ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza</i>
	81	Fabio Dei <i>Antropologia medica e pluralismo delle cure</i>
	105	Alessandro Lupo <i>Antropologia medica e umanizzazione delle cure</i>
	127	Ivo Quaranta <i>Antropologia medica e salute globale</i>
	147	Roberto Beneduce <i>Una "differenza intrattabile". Cedenze, metafore e politiche della traduzione nella cura degli immigrati</i>
	191	Donatella Cozzi <i>Stato dell'antropologia medica nella didattica universitaria italiana</i>



Antropologia medica e strategie per la salute
Primo Convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica
(Roma 21-23 febbraio 2013)

SECONDA PARTE (n. 38, ottobre 2014)

- | | |
|-------------------|---|
| <i>Contributi</i> | 227 Paola Falteri
<i>Zeno Zanetti tra medicina e demoitria</i> |
| | 247 Gianfranca Ranisio
<i>Il percorso nascita: dalle medicine popolari a "Le culture del parto" (1985)</i> |
| | 265 Miriam Castaldo
<i>Tra frammentazioni, ruoli e politiche di cura: l'antropologo "medico" nel sistema sanitario pubblico e nei dispositivi di salute mentale</i> |
| | 283 Anna Ciannamè
<i>Da dimenticata a emergente: la malattia di Chagas, crocevia tra strategie sanitarie e politiche migratorie. Una rilettura etnografica</i> |
| | 313 Alejandra Carreño-Calderón
<i>Un luogo per la cultura: l'antropologia di fronte alla genitorialità degli altri</i> |
| | 335 Fiorella Giacalone
<i>Costruire il corpo del figlio. Madri arabe immigrate e figli maschi</i> |
| | 357 Osvaldo Costantini
<i>"I have not mental problems: I believe in Jesus Christ". Malattia mentale, certificati e status di rifugiato: il caso di un richiedente asilo eritreo pentecostale</i> |
| | 375 Nicola De Martini Ugolotti - Andrea Fantino
<i>Quando il corpo racconta l'indicibile: abuso di alcool, violenza e potere nella vicenda di Adam</i> |
| | 397 Elisa Mencacci
<i>Riparare storie. Istituzionalizzazione della richiesta d'asilo e questioni cliniche</i> |

-
- 415 Michelangelo Giampaoli
Progetti terapeutici e rapporti temporanei nella pratica del Centro de atenção psicossocial per alcool e drogas (CAPS-Ad) di Araraquara (Stato di São Paulo, Brasile)
- 437 Marzia Mauriello
In corpore trans. Dinamiche di inclusione/esclusione nel processo di medicalizzazione delle identità transgender: una ricerca etnografica nella città di Napoli
- 457 Chiara Moretti
Ricostruire un sapere: quando con SF si intende “solo fantasia” e “solo femminile”
- 473 Patrizia Quattrocchi - Miguel Güémez Pineda
Dalla tradizione all'innovazione: un contributo al miglioramento delle politiche sanitarie nello Stato di Yucatan (Messico)
- 501 Virginia De Silva
Ai ganiem non piacciono le iniezioni: concezioni locali e limiti della biomedicina a Wukro, Tigray (Nord-Etiopia)
- 519 Elisa Vasconi
La legittimazione della medicina tradizionale in Uganda. Pratiche terapeutiche, stregoneria e business
- 537 Erica Eugeni
Culture in sanità. Politiche e pratiche dell'accesso e delle presa in carico in un Distretto sanitario romano
- 555 Valentina Moro - Claudia Dall'Ora - Michele Scandola - Leonardo Piasere
La reinvenzione del quotidiano nelle persone con tetraplegia
- 581 Enzo Vinicio Alliegro
Sincretismi cognitivi e uso pubblico della scienza. Poetiche e politiche del rischio ambientale e della salute pubblica
- 599 Lorenzo Alunni
Le relazioni pericolose: salute e identificazione nei campi rom di Roma
- 615 Andrea F. Ravenda
“Annalarsi di carbone”. Note etnografiche su salute e inquinamento industriale a Brindisi

OSSERVATORIO

635 *Indice*

637 *Panorami*

Leggere la salute globale nell'epoca della grande crisi [Massimiliano Minelli]

649 *Recensioni*

Roberta Sartor - Costanza Amici, *L'utile moltiplicazione degli enti* [Piero COPPO - Stefania CONSIGLIERE (curatori), *Rizomi greci*, Edizioni Colibrì, Milano, 2014, 188 pp. (Atti del Laboratorio Mappe, vol. I)], 649 / Massimiliano Minelli, *Il rovesciamento pratico. Storie di lotte e metamorfosi della psichiatria radicale in Italia* [John FOOT, *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano, 2014, 378 pp.], 655 / Elisa Pasquarelli, *Esplorare un enigma. La malattia di Alzheimer tra dilemmi diagnostici, progetti di prevenzione e linee di ricerca nel campo della genetica* [Margaret LOCK, *The Alzheimer conundrum. Entanglements of dementia and aging*], 663 / Gianfranca Ranisio, *Antropologia del corpo e della riproduzione in due significativi contributi* [Irene MAFFI (curatrice), *Nascita*] / [Patrizia QUATTROCCHI, *Corpo, riproduzione e salute tra le donne maya dello Yucatan (Messico)*], 668 / Sergio Torsello, *Il "male di San Donato" nel Salento: un nuovo studio riapre la riflessione* [Donato MARGARITO, *La festa di San Donato: possessione e catarsi. Etnografia del morbus sacer*], 674 / Roberta Raffaetà, *Pazienti esperti, consenso informato e libertà di scelta: una nuova prospettiva* [Annemarie MOL, *The logic of care. Health and the problem of patient choice*], 677 / Roberta Pompili, *Dietro le emozioni* [Cristina PAPA, *Identità di genere e maternità. Una ricerca etnografica in Umbria*, Morlacchi Editore University Press, Perugia, 2013, 122 pp.], 684

691 *Schede di lettura*

Ai nostri lettori

Come anticipato nel precedente volume (“AM”, n. 35-36, 2013, *Ai nostri lettori*, p. 11), i due fascicoli 2014 che qui presentiamo sono sostanzialmente costituiti dagli atti del Primo convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica, *Antropologia medica e strategie per la salute*, svoltosi a Roma i giorni 21-23 febbraio 2013 nella Facoltà di lettere e filosofia della Sapienza.

Abbiamo leggermente modificato, in questa sede, l'ordinamento effettivo dei contributi (per il quale si può in effetti vedere il *Programma* qui di seguito allegato). Così, dopo la relazione introduttiva sugli obiettivi e l'organizzazione delle giornate, abbiamo subito collocato, qui, il testo, di grande rilievo, costituito dalla *lectio magistralis* che Didier Fassin ha in realtà tenuto nella nostra seconda giornata, dopo un lungo viaggio da Princeton a Roma.

Seguono i testi delle relazioni tematiche di base presentate il 21 febbraio: quella di Giovanni Piza (*Antropologia medica e governo dei corpi: una prospettiva italiana*), quella di Pino Schirripa (*Ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza*), quella di Fabio Dei (*Antropologia medica e pluralismo delle cure*), quella di Alessandro Lupo (*Antropologia medica e umanizzazione delle cure*), e quella di Ivo Quaranta (*Antropologia medica e salute globale*). Segue poi, il testo di Roberto Beneduce, *Una “differenza intrattabile”. Credenze, metafore ed esperienza nella cura degli immigrati*. A queste riflessioni su alcuni grandi temi dell'antropologia medica abbiamo fatto seguire, il secondo giorno, la relazione della preziosa (e allarmante) ricerca compiuta da Donatella Cozzi sullo *Stato dell'antropologia medica nella didattica universitaria italiana*.

Infine, presentiamo una selezione – filtrata da moderatori e referee – di venti fra i numerosissimi contributi di ricerca empirica presentati al convegno nelle sessioni tematiche parallele.

Naturalmente, il volume 2014, in due fascicoli (37 e 38), si conclude, come sempre, con la rubrica *Osservatorio*, in particolare con le sottorubriche: *Panorami*, *Recensioni*, *Schede di lettura*.

E buona lettura a tutti.

Tullio Seppilli, direttore di *AM*



Società Italiana di Antropologia Medica
SIAM

con la collaborazione del Dipartimento di Storia culture religioni della Sapienza Università di Roma
e della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

con il patrocinio della Associazione italiana per le scienze etno-antropologiche (AISEA) e della Associazione nazionale
universitaria degli antropologi culturali (ANUAC)

1° Convegno Nazionale della Società italiana di antropologia medica (SIAM)

Antropologia medica e strategie per la salute

Roma, 21 - 23 febbraio 2013

Sapienza Università di Roma, Facoltà di lettere e filosofia
Città Universitaria - piazzale Aldo Moro, 5

1° Convegno Nazionale della Società italiana di Antropologia medica e strategie per la salute

sabato 23 febbraio mattina		venerdì 22 febbraio mattina						sabato 23 febbraio mattina							
ore 9.00-10.30: SIAM: Consiglio Direttivo / Assemblea		ore 9.00-11.00: Sessioni parallele						ore 9.30-10.00: Relazione di sintesi delle tematiche emerse dalle sessioni parallele							
• Iscrizione partecipanti non relatori		Storia e insegnamento dell'antropologia medica coordinatori: Donatella Cozzi e Gianfranca Ranisio		Medicine popolari e non convenzione delle medicine coordinatori: Carlotta Bagaglia e Fabio Dei		Condizione migratoria e salute coordinatori: Roberto Beneduce e Maya Pellicciari		Salute mentale e contesti sociali coordinatori: Massimiliano Minelli e Francesco Vacciano		Medicine tradizionali extra-europee coordinatori: Patrizia Quattrocchi e Pino Schirripa		Istituzioni e politiche sanitarie extraeuropee coordinatori: Erica Eugeni e Alessandro Lupo			
		ore 11.00-11.15: Coffee break						ore 10.30-10.45: Coffee break							
ore 11.00-11.30: Saluti istituzionali		ore 11.30-13.30: Sessioni parallele [segue]						ore 10.45-12.15: Tavola rotonda: L'uso sociale dell'antropologia medica in Italia: quali prospettive?							
ore 11.30-12.15: Relazione introduttiva Tullio SEPPILLI		Storia e insegnamento dell'antropologia medica coordinatori: M. Gloria De Bernardo e Gianfranca Ranisio		Medicine popolari e non convenzionali e integrazione delle medicine coordinatori: Carlotta Bagaglia e Fabio Dei		Condizione migratoria e salute coordinatori: Roberto Beneduce e Maya Pellicciari		Salute mentale e contesti sociali coordinatori: Massimiliano Minelli e Francesco Vacciano		Medicine tradizionali extra-europee coordinatori: Patrizia Quattrocchi e Pino Schirripa		Istituzioni e politiche sanitarie europee A coordinatore: Erica Eugeni		Istituzioni e politiche sanitarie europee B coordinatore: Alessandro Lupo	
ore 12.15-13.00: Antropologia medica e governo dei corpi Giovanni PIZZA discute: Mariella PANDOLFI		ore 13.30-14.45: Pausa pranzo						ore 12.15-13.30: Approvazione di eventuali documenti Conclusioni generali Tullio SEPPILLI							
13.00-14.45: Pausa pranzo		ore 13.30-14.45: Pausa pranzo													

venerdì 22 febbraio pomeriggio					
giovedì 21 febbraio pomeriggio					
ore 15.00-15.45: <i>Antropologia medica e disuguaglianze in salute</i> Pino SCHIRIPA discute: Gavino MAGIOCCO	ore 15.00-15.30: <i>Benessere/malessere: per una storia dello sguardo antropologico-medico in Italia</i> Luigi M. LOMBARDI SATRIANI				
ore 15.45-16.30: <i>Antropologia medica e pluralismo delle cure</i> Fabio DEI discute: Francesco BOTTACCIOLI	ore 15.30-17.30: <i>Sessioni parallele</i> [segue]				
ore 16.30-16.45: <i>Pausa caffè</i>	<i>Condizione migratoria e salute</i> coordinatori: Roberto Beneduce e Maya Pelliccari	<i>Salute mentale e contesti sociali</i> coordinatori: Massimiliano Minelli e Francesco Vacchiano	<i>Istituzioni e politiche sanitarie europee A</i> coordinatore: Erica Eugeni	<i>Istituzioni e politiche sanitarie europee B</i> coordinatore: Alessandro Lupo	
ore 17.00-17.45: <i>Antropologia medica e umanizzazione delle cure</i> Alessandro LUPO discute: Sandro SPINSANTI	ore 17-30-18.00: Presentazione del libro collettivo curato da Donatella Cozzi "Le parole dell'antropologia medica" Cristina PAPA				
ore 17.45-18.30: <i>Antropologia medica e politiche di salute globale</i> Ivo QUARANTA discute: Maurizio MARCECA	ore 18.00-19.30: <i>LECTIO MAGISTRALIS</i> <i>Breve storia della sanità pubblica e cinque lezioni di antropologia medica</i> Didier FASSIN / Dibattito				
ore 18.30-19.30: <i>Discussione generale</i>					

NOTA: tutte le sale per la Sessioni plenarie e per le Sessioni parallele sono attrezzate per la proiezione dei file in power point

Antropologia medica e strategie per la salute

Atti del Primo Convegno nazionale della
Società italiana di antropologia medica (SIAM)

(Roma 21-23 febbraio 2013)

PRIMA PARTE

*Antropologia medica e strategie per la salute. Relazione introduttiva al Convegno **

Tullio Seppilli

presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM) e della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)
[seppilli@antropologiamedica.it]

0.

Benvenuti a tutti!

a tutti i partecipanti, ai rappresentanti istituzionali, ai relatori e ai discussant, ai moderatori e agli iscritti nelle sessioni parallele, agli invitati per la tavola rotonda e, di nuovo a tutti voi. Domani daremo il benvenuto a Didier Fassin che ci terrà nel tardo pomeriggio la sua *Lectio magistralis* (compiendo, per noi, un lungo volo da Princeton a Roma, sempre che non perda la stretta coincidenza a Parigi [nota a posteriori: non l'ha persa]).

Un cordiale ringraziamento alla Sapienza, alla sua Facoltà di lettere e filosofia e, in particolare, al suo Dipartimento di storia culture religioni che, insieme alla perugina Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, ha largamente e da tempo lavorato per l'organizzazione e la buona riuscita del nostro convegno. E un cordiale ringraziamento alla Associazione italiana per le scienze etnoantropologiche (AISEA) e alla Associazione nazionale universitaria degli antropologi culturali (ANUAC), che al nostro convegno hanno accettato di dare il loro patrocinio, nonché alle società scientifiche e professionali degli ambiti disciplinari con i quali lavoriamo, che ci hanno inviato la loro ufficiale adesione⁽¹⁾.

* Il testo qui pubblicato costituisce la precisa stesura della relazione introduttiva pronunciata al Convegno "Antropologia medica e strategie per la salute" (Roma, 21-23 febbraio 2013) tenuto presso la Facoltà di lettere e filosofia della Sapienza e organizzato dalla Società italiana di antropologia medica. Le note sono state ovviamente aggiunte in sede di pubblicazione dove mi è sembrato opportuno fornire o precisare informazioni o riferimenti bibliografici (in particolare per le note 3 e 11).

1.

Questo convegno, o “giornata di studio”, è dedicato come sapete a una tematica molto generale, che abbiamo cercato di compendiare nel titolo *Antropologia medica e strategie per la salute*⁽²⁾.

La prospettiva cui vorremmo contribuire, insieme ad altre comunità disciplinari e professionali è appunto il disegno di un efficace sviluppo conoscitivo e operativo, nel nostro Paese, di quello che è forse il principale “bene comune”, la produzione e difesa della salute per tutti, senza discriminazioni, cioè attraverso un sistema sanitario egualitario e universalistico.

Questo disegno o, se vogliamo, questo impegno, mi pare si sia venuto delineando per noi antropologi sin dal convegno di Pesaro⁽³⁾, nel 1983, quando per la prima volta si sono incontrati protagonisti dei vecchi e dei nuovi filoni di ricerca “DEA” che da differenti angolature hanno concorso e concorrono ad esaminare il *versante socio-culturale dei processi di salute/malattia* e che nel 1988, a Perugia, avrebbero insieme dato vita alla nostra Società italiana di antropologia medica⁽⁴⁾ e poi, nel 1996, ad “AM”, la nostra rivista⁽⁵⁾.

2.

Non è certo il caso, qui, di delineare una storia della antropologia medica italiana, anche perché il discorso sui primi tentativi di indagine *scientifica* nel campo definito oggi dalla nostra disciplina ci porterebbe molto indietro: almeno ad alcune “relazioni” – con preziose informazioni, ad esempio, su una diffusa «poca fede» dei contadini nei confronti dei medici – stese su istanza della Magistratura di sanità del Granducato di Toscana nei primi anni del XVII secolo; e, certo, ad alcuni temi cruciali contenuti nei “questionari” delle grandi “statistiche napoleoniche” sistematicamente avviate in Italia intorno al 1810.

Ma per venire molto più vicino a noi, al costituirsi stesso, in Italia, di una disciplina con questo nome, è forse opportuno ricordare tre “momenti”, o se vogliamo tre “snodi”, che mi pare siano stati essenziali per una abbastanza precisa e autonoma configurazione, e per la definizione stessa, del nostro campo di lavoro.

Il **primo snodo**. Il confluire, nella nascita della moderna antropologia medica italiana, di filoni di ricerca di assai diversa matrice e di assai diverso

retroterra culturale e temporale: con tutte le difficoltà e le aporie che ciò ha inevitabilmente comportato. *Da un lato*, ad esempio, la grande tradizione degli studi sulle medicine popolari, già sistematicamente e largamente affermatasi in pieno clima positivistico, verso la fine dell'Ottocento e gli inizi del Novecento⁽⁶⁾, poi ridottisi di spessore nel ventennio fascista, e la loro successiva e precisa svolta teorico-metodologica gramsciana per opera di Ernesto de Martino in Lucania (Basilicata) e nel Salento pugliese⁽⁷⁾. *Dall'altro lato*, solo dopo gli anni '50 del Novecento, il costituirsi di un ambito di ricerche e progettualità operative concernenti le strategie e le pratiche delle istituzioni sanitarie ufficiali, i loro fondamenti teorico-pratici e i loro rapporti con le popolazioni⁽⁸⁾. E ancora, dopo il '60, la nostra partecipazione conoscitiva e operativa al complesso e articolato movimento per il superamento delle istituzioni manicomiali (culminato nella legge 180 del 13 maggio 1978) e alla complessa riflessione sui fattori e il significato stesso di "normalità psichica"⁽⁹⁾.

Il **secondo snodo**. Il superamento, appunto, da parte nostra, di una attenzione *quasi esclusivamente* rivolta ai sistemi medici indicati genericamente come "tradizionali": di fatto, il superamento di uno sguardo che abbracciava "solo" le medicine extra-europee e, in Occidente, quelle folcloriche. Aver incluso *anche* la nostra medicina ufficiale a oggetto della ricerca antropologica e della nostra interpretazione storico-critica – la sua organizzazione istituzionale, i suoi rapporti *di e con il* potere, le sue strategie di formazione professionale e di ricerca, il suo stesso impianto culturale –, aver posto, insomma, *anche* la medicina ufficiale come "un altro oggetto *emic*", ci costò parecchio. Per molti colleghi medici, una cosa era ascoltare, magari con un incuriosito interesse, le "amenità" e le "superstizioni" riportate da qualche etnografo reduce dall'Africa nera o dalla Foresta amazzonica, altra cosa era accettare di far rimettere in discussione la "medicina scientifica", tanto più da noi, incompetenti della materia: sono stato io stesso più volte testimone dello "scandalo" che ci circondava. Ma proprio da quello "scandalo" siamo partiti – non solo noi in Italia – per precisare la nostra critica epistemologica alla medicina ufficiale: la critica ai suoi fondamenti quasi esclusivamente *biologici*, al suo sostanziale *biologismo*, cioè, con tutte le implicazioni, i limiti e i condizionamenti che ciò comporta sul terreno conoscitivo, formativo, terapeutico e strategico. E il peso che vi giocano, già negli orientamenti della ricerca, i potenti interessi dell'industria dei farmaci. Ma appunto per questo, la nostra critica alla medicina ufficiale, deve essere chiaro – al contrario, ad esempio, delle posizioni di matrice *new age* –, non è di essere *troppo* scientifica: ma anzi, di esserlo *troppo poco*, giacché nei confronti dei processi di salute/

malattia essa limita il suo approccio conoscitivo e operativo quasi solo alla loro componente *naturalistico-biologica*, ignorando di fatto l'immensa area dei determinanti e dei processi *sociali* (economico-sociali e socio- e psico-culturali). La nostra critica alla medicina ufficiale, in sostanza ai suoi limiti, malgrado i suoi enormi e indiscutibili successi, era, e in certa misura rimane, il suo essere scientifica solo a metà, il suo essere appunto "soltanto" *bio*-medicina. E non si tratta, in effetti, solo di "aggiungere qualcosa che manca": perché i processi sociali non si "aggiungono" ma si integrano e si incorporano in forme anche molto complesse con quelli biologici. Mi pare tuttavia che una prospettiva di integrazione, del tutto minoritaria per gran parte del Novecento, abbia ormai cominciato ad aprirsi in questi ultimi decenni e che si stiano configurando alcune importanti piste di lavoro⁽¹⁰⁾.

Ed è forse bene sottolineare, qui, che questa nostra critica al sostanziale biologismo della nostra medicina ufficiale si inserisce in un orizzonte più generale: il problema, cioè, di un corretto rapporto, in ogni campo delle scienze umane, fra la componente *bio* e la componente *socio* (e dunque, nel *socio*, anche gli assetti culturali e le soggettività individuali e collettive): l'ineludibile problema, in sostanza, della loro comune "necessità", della loro reciproca *autonomia* e, ad un tempo, della loro necessaria costante *integrazione*.

È a questo proposito che possiamo collocare un *terzo snodo*. Perché di fatto, malgrado tutto, la medicina occidentale, la bio-medicina, non è e non può essere per noi *solo* un oggetto *emic*, solo, cioè, un oggetto di indagine "come tutti gli altri sistemi medici". Nel momento stesso in cui la critichiamo per essere "parziale", solo parzialmente scientifica, dichiariamo la nostra stessa adesione ad una – seppur più ampia e corretta – *concezione scientifica del mondo*: la quale è anch'essa, naturalmente, un prodotto storico (con tutto quello che ciò significa), ma è anche la concezione del mondo cui fa riferimento, oltre la ricerca biomedica, anche quella antropologica; e su di essa (e sui suoi sviluppi) si fonda peraltro l'intero corpus del "sapere" della nostra odierna civiltà. Non è qui il caso di ribadire ciò che Ernesto de Martino definiva "etnocentrismo critico". Ma occorre almeno sottolineare, appunto, che la nostra stessa critica alla bio-medicina – quella della sua solo parziale scientificità – presuppone come orizzonte di fondo la condivisione dei riferimenti a una realtà *abbordabile attraverso le procedure del pensiero scientifico*, talché la consapevolezza della storicità e della costante "evoluzione" di tale approccio al mondo, non ci sottrae a condividerne il disegno generale e ad operare, seppur criticamente, in base ai suoi canoni costitutivi (e ai suoi possibili sviluppi).

3.

Data la sua ampiezza e la sua articolazione, nonché la numerosità dei contributi previsti, questo nostro convegno ci consentirà una abbastanza precisa valutazione dello stato della ricerca antropologico-medica, nel nostro Paese, delle sue direttrici di lavoro e anche del suo statuto nelle varie sedi universitarie.

Ma credo non sia male tentar di delinearne, sin da ora e come una pur provvisoria tappa di lavoro, un primo profilo di massima.

Se diamo uno sguardo a questi ultimi anni mi pare non possa esservi dubbio sul fatto che nel complesso l'antropologia medica stia avendo in Italia un notevole sviluppo per quanto riguarda la formazione di nuovi ricercatori/operatori, la conduzione di indagini empiriche e anche la riflessione teorica. In certa misura questo è vero anche per quanto riguarda la sua visibilità e talune significative aperture da parte di alcuni ambienti professionali e istituzionali. Molto meno, invece, in termini di posti di lavoro e di spazi didattici, a fronte di effettive difficoltà economiche, di non semplici distanze culturali e anche di innegabili resistenze corporative. Con risultati talora paradossali, come l'affidamento dell'insegnamento dell'antropologia medica o della stessa antropologia socio-culturale, nei corsi di laurea per la formazione dei medici o di altre professioni sanitarie, a persone senza alcuna competenza specifica.

In termini molto sintetici, mi par di poter dire che risultano in chiaro sviluppo sia le ricerche *abroad*, specie in Africa e in America Latina, sia, soprattutto, le ricerche *at home*, cioè condotte nel nostro Paese, in evidente connessione, quasi sempre, con concreti problemi relativi a specifiche patologie o a precise questioni di politica sanitaria: in particolare quelle rivolte ai numerosi problemi direttamente o indirettamente prodotti dai flussi immigratori o quelle, che talora vi si intrecciano, rivolte ai rapporti fra contesti sociali, dinamiche culturali e "salute mentale", o ancora, quelle focalizzate sui rapporti fra operatori e utenti o sulle strategie di finanziamento delle nostre istituzioni sanitarie. Assai meno evidenti mi sembrano invece gli esiti operativi che i risultati di queste indagini avrebbero dovuto comportare, la loro traduzione, cioè, in concreti provvedimenti. Aggiungerei ancora – e mi pare una tendenza attribuibile, ma non del tutto, al rapido ridursi dell'oggetto stesso di possibili indagini – l'evidente calo di interesse, seppur con importanti eccezioni, per le nostre medicine popolari, mentre si è venuto affermando un significativo filone di studi sulle medicine "non convenzionali" che stanno progressivamente affiancandosi, in Occidente, alla nostra medicina ufficiale.

4.

In larghissima sintesi, mi pare che il compito che dobbiamo porci, a fronte del persistente biologismo della nostra medicina ufficiale, è di chiarire, e continuare a chiarire con precise evidenze, cosa portiamo noi al pensiero e alla pratica relativi a salute/malattia: e cioè all'individuazione e interpretazione e alle possibili modalità di efficace intervento nei confronti dei fattori di rischio, dell'insorgere e del decorso delle patologie, della loro cura e dei relativi percorsi di riabilitazione. E dunque, in certa misura, cosa possiamo dire anche in merito ai concetti stessi di "malattia" e di "salute". Dobbiamo insomma mettere in luce i mille eterogenei fattori che costituiscono il peso del *sociale* in ogni processo e in ogni intervento concernenti l'uomo nella sua corporeità biopsichica. Tutto sommato: quali conoscenze, quali cautele critiche e quali suggerimenti possiamo portare per una organica e realistica "politica della salute".

Ma direi anche che proprio come antropologi dobbiamo prestare una forte attenzione a non contrapporre ai limiti del *biologismo* della nostra medicina ufficiale l'orizzonte meramente *culturalista* che ancora permea alcune nostre etnografie: giacché – e forse non c'è bisogno di citare Gramsci e de Martino – i processi culturali e le stesse soggettività psichiche non si autoproducono ma *si radicano e si modificano nelle esperienze degli uomini dentro condizioni di vita storicamente determinate e dentro concreti rapporti sociali, di egemonia e di potere*.

5.

Permettetemi di sottolineare un'ultima questione cui dobbiamo essere professionalmente molto attenti: quella dell'utilizzo operativo delle conoscenze che andiamo acquisendo con il nostro lavoro, e delle stesse scelte tematiche che volta a volta orientano l'oggetto delle nostre ricerche. E permettetemi dunque – in quest'epoca di trionfante tardo-capitalismo⁽¹¹⁾ e di connesso neoliberismo – di contestare ancora una volta ed esplicitamente l'idea stessa di una "neutralità" della ricerca e di una sua possibile, semplice e innocente, *applicazione*, ai programmi di intervento che sta ad "altri" volta a volta decidere.

Certo, la conoscenza dei processi coinvolti in un progetto di intervento consente di meglio calibrarlo e di fronteggiare o aggirare possibili resistenze; consente di meglio raggiungere i fini proposti, di renderlo cioè più efficace. Per questo, appunto, i progetti di intervento vengono

delineati tenendo in conto quanto sui processi coinvolti già si sa o conviene comunque prioritariamente indagare. Ed è a questo fine, e in questo orizzonte, che può aprirsi una funzione di supporto conoscitivo affidata a noi antropologi. Ma le scelte di fondo – *se e dove* intervenire, con *quali priorità*, per *cambiare cosa* e per *cosa ottenere* – non sono scelte “tecniche”. Agiscono nel sociale e spostano i suoi equilibri, coinvolgono investimenti e interessi. Implicano opzioni fra molti altri possibili ambiti e direzioni di intervento, e fra molti e possibili soluzioni dei problemi. Sono cioè *scelte politiche*, che noi non possiamo ignorare nel momento in cui siamo richiesti di implementarne l’efficacia operativa. Perché proprio sulla prioritaria condivisione degli obiettivi dei progetti d’intervento cui collaboriamo professionalmente mi pare stia forse il principale *pilastro etico* del nostro lavoro⁽¹²⁾.

6.

La questione di una *opzione etica fondante*, in un lavoro come il nostro – che concerne direttamente gli uomini, la loro vita e la loro salute –, mi porta a terminare questa abbastanza breve introduzione con il richiamo a ciò che credo debba essere un nostro impegno di fondo, prioritario e particolarmente significativo, oggi: forse l’impegno strategico più generale, per l’entità e la globalità delle forze in gioco, per la sua enorme portata collettiva, per le sue ricadute sociali e le sue molteplici implicazioni in ogni ambito della nostra società. Parlo della difesa e dello sviluppo di una conquista raggiunta in Italia alla fine degli anni ’70 del Novecento, dopo infiniti dibattiti, attente valutazioni e grandi lotte: la conquista, cioè, di un *sistema sanitario pubblico come “bene comune” universalistico ed egualitario*.

E ne parlo perché questa conquista è da qualche anno, come sapete, rimessa da più parti e in mille modi in discussione, già con pesanti ricadute, per il suo evidente contrasto con le opzioni economiche privatistiche del nostro regime tardo-capitalistico e con i valori rigidamente individualisti del suo universo ideologico neoliberista. Talché a fronte di ogni problema, di ogni difficoltà e di ogni novità – novità reali come la necessità di trovare risposte, anche normative e finanziarie, all’allungamento della vita media o all’aumento delle invalidità e delle patologie di lungo periodo – ci propongono, quale unica “soluzione”, l’abbandono del “vecchio impianto solidaristico” e il “realistico” ritorno al “privato” che attraverso la logica del mercato e del profitto tutto “regolarizzerebbe” – salvo, ovviamente, un inevitabile inasprimento delle diseguaglianze sociali⁽¹³⁾ e dei fattori di nocività ambientale ...–.

La difesa del sistema sanitario pubblico universalista ed egualitario – per certi versi, ormai, la sua riconquista – è infatti uno snodo centrale nella costruzione di un assetto sociale nel quale noi antropologi possiamo riconoscere alcuni valori essenziali della nostra etica fondativa, delle ragioni stesse del nostro ricercare e operare: la necessaria solidarietà fra gli uomini.

Costruire il futuro è anche ricordare. Nel 1940, quando – con la sconfitta della democrazia repubblicana nella Guerra di Spagna il Secondo conflitto mondiale ebbe di fatto inizio e fu persa l'ultima occasione per fermare il nazismo prima della tragedia planetaria –, Ernest Hemingway appose alla prima pagina del suo drammatico romanzo-memoria *Per chi suona la campana*, le ancora attuali parole scritte più di tre secoli prima da John Donne:

«Nessun uomo è un'isola
intero in se stesso.
Ogni uomo è un pezzo del Continente,
una parte della Terra.
Se una zolla viene portata via
dall'onda del Mare
la Terra ne è diminuita
Come se un promontorio
fosse stato al suo posto
o una magione amica
o la tua stessa casa.
Ogni morte d'uomo mi diminuisce
perché io partecipo all'Umanità.
E così non mandare mai a chiedere
per chi suona la campana.
Essa suona per te»

[John Donne, Londra, 1572-1631, *Meditazione XVII*]

Note

⁽¹⁾ Al nostro convegno hanno inviato, fra le altre, la loro ufficiale adesione: la Sezione di sociologia della salute e della medicina dell'Associazione italiana di sociologia (Ais), la Società italiana di epidemiologia psichiatrica (SIEP), la Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (S.Ir.I.), la Società italiana di psichiatria (SIP), la Società italiana di psicologia della medicina (SIPM), la Confederazione delle Associazioni regionali di distretto (CARD).

⁽²⁾ Per affrontare questa ampia tematica in varie direzioni e da diversi punti di vista, abbiamo articolato i nostri lavori proponendo cinque *relazioni generali* su altrettante possibili direttrici di approfondimento, sei *sessioni parallele* in cui sono impegnati 13 moderatori e 83 autori di comunicazioni – delle quali verrà poi dato conto in seduta plenaria con una relazione “di sintesi” –, una *relazione sullo stato dell'antropologia medica nella didattica universitaria italiana*, e una

tavola rotonda interdisciplinare sulle attuali prospettive dell'uso sociale dell'antropologia medica nel nostro Paese. Verrà anche presentato il volume collettivo *Le parole dell'antropologia medica*, un primo organico tentativo, cioè, di mini-enciclopedia sui principali temi della nostra disciplina. E importante per tutti noi, e centrale nei lavori del convegno, sarà la *lectio magistralis* che ha accettato di tenere, come nostro ospite d'onore, il collega Didier Fassin. Un programma molto articolato, come vedete, che prevede nelle sue varie sezioni anche un certo spazio per l'apertura di possibili discussioni.

⁽³⁾ Le quattro fitte giornate del convegno di Pesaro (15-18 dicembre 1983) – dedicato alla memoria di Ernesto de Martino e organizzato dall'Istituto di etnologia e antropologia cultura dell'Università di Perugia d'intesa con il Centro italiana di storia sanitaria e ospitaliera (Ciso), con la Provincia di Pesaro e Urbino e con il Comune di Pesaro – costituirono effettivamente, per la nascita *collettiva* della moderna antropologia medica italiana il grosso momento di svolta. Pur riferito, tutto sommato, al "sicuro" e "collaudato" filone delle ricerche sulla "medicina folklorica", lo comunicammo diverso già nella formula verbale della sua denominazione, *Salute e malattie nella medicina tradizionale delle classi popolari italiane* e nel testo introduttivo del suo nutrito libretto-programma e, soprattutto, riuscimmo a mettere a confronto antropologi che lavoravano in Italia e altri (gli "etnologi") che lavoravano con popolazioni di altri continenti, chi indagava su culture "arcaiche" e chi invece su contesti sanitari urbano-moderni, e riuscimmo parimenti ad aprire finalmente un dialogo con relatori e discussant provenienti da molte altre discipline: dalla sociologia alla psicologia, alla psichiatria e alla psicosomatica, dalla filologia alla demografia, dalla storia delle religioni alla storia della medicina e alla storia economica e sociale, dalla scienza della nutrizione alla farmacologia e alla sanità pubblica. Inoltre, una delle otto sessioni – quella del sabato pomeriggio – fu interamente dedicata, in collaborazione con il Festival del popoli [Istituto italiano per il film di documentazione sociale, Firenze], alla proiezione e discussione di *Documentari cinematografici e televisivi sulla medicina popolare nella società italiana contemporanea* prodotti fra il 1949 e il 1982: il primo, *Superstizione*, una semisconosciuta prova di Michelangelo Antonioni, l'ultimo l'allora recentissimo *Sulla terra del rimorso*, di Gianfranco Mingozzi, e gli altri, oltre il significativo *I battenti* di Gabriele Palmieri (1967), quasi tutti di Luigi Di Gianni, il documentarista "demartiniano per antonomasia". Peraltro, anche a dimostrazione del rilievo e delle implicazioni che il convegno ebbe, è forse opportuno ricordare che posto sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica – lo era allora Sandro Pertini – vi parteciparono pressoché la totalità degli antropologi italiani di un certo rilievo nonché figure eminenti delle altre discipline. E vi diedero la loro adesione una trentina di società scientifiche, musei e istituzioni di ricerca.

Ebbi allora la ventura di svolgere il ruolo di segretario generale del convegno e di poter anche curare per tempo – e fu così una iniziale palestra per alcuni dei principali relatori subito prima dei lavori di Pesaro e un preliminare contributo al loro svolgimento – un fascicolo monografico della rivista "La Ricerca Folklorica", diretta da Glauco Sanga, dedicato appunto a *La medicina popolare in Italia* ("La Ricerca Folklorica", n. 8, ottobre 1983), anteponendovi una sorta di "testo-manifesto per il cambiamento": *La medicina popolare in Italia: avvio a una nuova fase della ricerca e del dibattito*.

Posso dire, peraltro, che anche in seguito ho cercato di precisare i problemi, le tematiche e gli obiettivi che pensavo fosse importante porci a fronte dei vari successivi sviluppi dell'antropologia medica italiana, presentando via via brevi testi di considerazioni e proposte programmatiche. In proposito, mi permetto di rinviare qui, ad esempio a: *Introduzione*, pp. 7-11, in Tullio SEPPILLI (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano, 1989, 220 pp. / *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, p. 7-22 / *De que hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación*, pp. 33-44, in Enrique PERDIGUERO - Josep M. COMELLES (curatori), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, proemio di Oriol ROMANÍ, Ediciones Bellaterra, Barcelona, 2000, 446 pp. / *Medical anthropology "at home": a conceptual framework and the Italian experience*, "AM. Rivista ecc. ...", n. 11-12, ottobre 2001, pp. 23-36 [a questa edizione in lingua inglese negli *Atti della II Sessione della rete "Medical anthropology at home"*, tenuta a Barcellona, 19-21 aprile 2001, è seguita una edizione in lingua italiana, *L'antropologia medica "at home": un quadro concettuale e la esperienza italiana*, "AM. Rivista ecc. ...", n. 15-16, ottobre 2003, pp. 11-32] / *Medical anthropology, welfare state and political engagement. Introductory speech at the III Session of the Medical*

anthropology at home network (Perugia, 24-27 september 2003), "AM. Rivista ecc. ...", n. 17-18, ottobre 2004, pp. 41-49 [in spagnolo alle pp. 51-59, in italiano alle pp. 61-69, volume dedicato agli *Atti*, della III Sessione della rete "Medical anthropology at home" (Perugia, 24-27 settembre 2003)] / (curatore), *Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario*, "Educazione Sanitaria e Promozione della Salute", vol. 33, n. 4, ottobre-dicembre 2010, pp. 369-381 / *Itineraries and specificities of Italian medical anthropology*, "Anthropology and Medicine", vol. 19, n. 1, aprile 2012, pp. 17-25 [ripubblicato alle pp. 19-27, in Elisabeth HSU - Catherine POTTER (curatrici), *Medical anthropology in Europe. Shaping the field*, Routledge, London - New Your, 2015, X+137 pp.

⁽⁴⁾ Le *Giornate costitutive della Società italiana di antropologia medica* ebbero luogo a Perugia nei giorni 18-19 maggio 1988, come risultato di un lavoro preparatorio che si radicava parzialmente nel convegno pesarese dell'83 (vedi nota 3) e che fu da noi avviato sin dai primi mesi del 1986. Vi presero parte – presso il nostro Istituto di etnologia e antropologia culturale – una ventina di studiosi di differenti regioni italiane: vi fu approvato l'atto costitutivo e lo statuto della nuova società e, insieme, ne fu definito il profilo scientifico e organizzativo, delineata una prima piattaforma di lavoro, designato un provvisorio Consiglio direttivo. In merito a queste *Giornate costitutive* e ai primi anni di attività della SIAM si può vedere il resoconto da me redatto per il primo fascicolo del nostro periodico: *La Società italiana di antropologia medica*, "AM. Rivista ecc. ...", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 361-366. Ma può avere un qualche interesse, forse, ricordare qui le cinque *Giornate nazionali* organizzate dalla SIAM in epoche precedenti all'attuale *Convegno* del 2013: la prima, *La definizione dell'efficienza in antropologia medica* (Isola Polvese sul Lago Trasimeno, provincia di Perugia, 17-19 settembre 1989); la seconda, *L'approccio alla problematica corpo/salute/malattia in antropologia medica* (Isola Polvese sul Lago Trasimeno, provincia di Perugia, 23-25 settembre 1990); la terza, *L'antropologia medica in Italia e in Spagna: quadri teorici e direttrici di ricerca* (Perugia, 25-27 ottobre 1991); la quarta, *Per un'attività formativa della Società italiana di antropologia medica* (Perugia, 25-27 novembre 1994); e la quinta, *Psichiatria e politiche sanitarie dell'Italia calomiale* (Roma, 13-14 giugno 2008), tenuta in collaborazione con la Real Academia de España en Roma. Per non parlare della quindicina di *relazioni-seminario* tenute a Perugia su invito della SIAM, da eminenti antropologi medici italiani e di altri Paesi (Brasile, Canada, Francia, Guatemala, Messico, Stati Uniti).

⁽⁵⁾ Il primo fascicolo di "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica" (n. 1-2 doppio inaugurale, ottobre 1996) poté uscire finalmente dopo un lungo e articolato lavoro preparatorio e ne risultò un volume di 543 pagine. In quella occasione ci sembrò giusto e utile pubblicare, anche in dettaglio – corredandoli di un testo generale introduttivo – gli indici dei periodici italiani che in vario modo negli anni precedenti si erano dedicati a tematiche che anticipavano talune aree dell'antropologia medica e che poi, purtroppo, avevano cessato di uscire (cfr. pp. 321-352) e cioè: "Etnoiatria. Rivista di etnomedicina" (1967-1968), "Storia e Medicina Popolare" (1983-1992), "Sanità, Scienza e Storia" (1984-1992), "Antropologia Medica. Per un confronto di culture sui temi della salute" (1986-1988).

⁽⁶⁾ Mi riferisco, ovviamente, ai tre testi "classici": Antonio DE NINO per l'Abruzzo e il Molise (*Malattie e rimedi*, Barbèra, Firenze 1891, VIII+209 pp., quinto dei suoi sei volumi su *Usi e costumi abruzzesi*, 1879-1897); Zeno ZANETTI per l'Umbria (*La medicina delle nostre donne. Studio folklorico*, con una lettera di Paolo MANTEGAZZA, Scipione Lapi Tipografo Editore, Città di Castello, 1892, XX+271 pp.; e Giuseppe PITRÈ per la Sicilia (*Medicina popolare siciliana*, Carlo Clausen, Torino - Palermo, 1896, XXVIII+495 pp.). Ma sono almeno da ricordare, per quel periodo, i significativi contributi di Carolina CORONEDI BERTI per l'area bolognese (1877), di Domenico Giuseppe BERNONI per l'area veneziana (1878), di Giambattista BASTANZI per le provincie di Trento e Belluno (1887, 1888), di Caterina PIGORINI BERTI per l'Appennino marchigiano (1889, 1890), di Paolo RICCARDI per l'area modenese (1890), di Michele Gerardo PASQUARELLI per la Basilicata (1896-1897), e alcune sezioni dei volumi di Valentino ÖSTERMANN per il Friuli (1894), di Gennaro FINAMORE per l'Abruzzo e il Molise (1894), e di Giggi ZANAZZO per l'area romana (1908). E anche i numerosi lavori pubblicati da Giuseppe BELLUCCI fra il 1881 e il 1920 sulle varie tipologie di amuleti protettivi da lui via via raccolti nella sua personale collezione, probabilmente la più ricca d'Europa (oggi in larga parte esposti a Perugia presso il Museo archeologico nazionale dell'Umbria).

⁽⁷⁾ Penso alle "spedizioni" demartiniane in Lucania (Basilicata) fra il 1950 e il 1957 e ai loro esiti scritti, tra cui *Sud e magia* (Feltrinelli, Milano, 1959, 205 pp.) e, per certi versi, *Morte e pianto*

rituale nel mondo antico. Dal lamento pagano al piano dei Maria, Edizioni Scientifiche Einaudi pubblicate da Paolo Boringhieri, Torino, 1958, X+440 pp.; e alla ricerca guidata da de MARTINO nel Salento pugliese, intorno al tarantismo, *La terra del rimorso. Contributi a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano, 1961, 439 pp., 1 disco 33 giri. Alle quali è da far risalire – negli stessi anni in cui ciò avveniva in Francia, a Dakar e in Nordamerica – anche la nascita di una moderna etnopsichiatria italiana.

⁽⁸⁾ Credo che i miei siano stati allora i primi scritti impostati in base a una moderna problematica di antropologia medica. Ricordo qui *Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia*, pp. 295-312, in SOCIETÀ ITALIANA PER IL PROGRESSO DELLE SCIENZE, *Atti della XLV Riunione (Napoli, 16-30 ottobre 1954)*, vol. II, S.I.P.S., Roma, 1956, 317 pp.: una discussione parzialmente critica di quanto appena proposto da Pierre Dorolle, direttore generale aggiunto dell'Organizzazione mondiale della sanità, per un utilizzo dell'etnologia nei programmi sanitari da svolgere nei Paesi del cosiddetto Terzo Mondo; e *Il contributo dell'antropologia culturale alla educazione sanitaria*, "L'Educazione Sanitaria", vol. 4, fasc. 3-4, luglio-dicembre 1959, pp. 325-340, stesura organica della lezione da me tenuta al I Corso estivo di educazione sanitaria (Perugia, 14-21 settembre 1958), organizzato dal Centro sperimentale dimostrativo di educazione sanitaria delle popolazioni, di recente costituito a Perugia.

⁽⁹⁾ Fu ancora a Perugia che si svilupparono per primi uno specifico interesse antropologico per le implicazioni psicopatologiche di alcuni grandi processi sociali contemporanei – ad esempio le migrazioni interne nell'Italia degli anni '50-'60 –, e poi un solido rapporto teorico-pratico fra gli antropologi e il movimento antimanicomiale: un movimento che si sviluppò, come è noto, negli anni '60 in varie parti d'Italia e portò infine il 13 maggio 1978 all'approvazione della legge 180, ed ebbe in Umbria una sua specifica caratterizzazione e una propria autonomia: tant'è che il nostro Istituto universitario collaborò ufficialmente con l'Amministrazione provinciale (da cui dipendeva l'ospedale psichiatrico) nelle varie fasi delle attività di ricognizione e riforma. Ma d'altronde, di grande interesse, furono in quest'ambito i contributi teorici di Carlo TULLIO-ALTAN (a partire dal suo *Modelli concettuali antropologici per un discorso interdisciplinare fra psichiatria e scienze sociali*, "Psicoterapia e Scienze Umane", n. 1, giugno 1967, pp. 2-6), e anche una quasi dimenticata ricostruzione sintetica di Tullio TENTORI sul rilievo dei rapporti con la psichiatria nell'antropologia culturale statunitense [*Psichiatria e antropologia culturale*, "Il Lavoro Neuropsichiatrico", anno XIX, vol. XXXVI, fasc. 3, 1965, pp. 343-384 - anno XIX, vol. XXXVII, fasc. 1, 1965, pp. 3-40].

⁽¹⁰⁾ Allo stato attuale, fra le piste più promettenti mi sembra quella prodotta nell'ambito degli studi di psiconeuroendocrinoimmunologia: in particolare la individuazione dei complessi e articolati meccanismi che intercorrono, nell'uomo, tra lo psichismo (e dunque la stessa esperienza soggettiva del contesto sociale-ambientale) e il prodursi delle risposte immunitarie. Se vogliamo stabilire una data simbolica per questa ripresa dei rapporti fra biomedicina e antropologia possiamo indicare le svolgimento a Montréal, nei giorni 30 ottobre - 1 novembre 1980, del convegno *Shamans and endorphins* (se ne vedano gli atti curati da Raymond PRINCE, *Shamans and endorphins*, "Ethos", vol. 10, n. 4, inverno 1982, pp. 299-423).

⁽¹¹⁾ È forse bene sottolineare, qui, che con il termine *tardo-capitalismo* si intende il regime sociale che è andato affermandosi nel mondo occidentale a partire dalla fine della Seconda guerra mondiale – sostanzialmente dagli anni '50 del Novecento –: un regime che appare oggi vittorioso sul terreno internazionale e in piena fase di *globalizzazione*. Le caratteristiche di questo regime e i suoi sviluppi, e in particolare le sue proiezioni ideologiche sulla soggettività collettiva e individuale – la rottura dei tradizionali gruppi primari, il forte individualismo e la esacerbata competitività, il disagio e il diffuso senso di solitudine anche nei più affollati contesti urbani – sono stati largamente studiati da sociologi e antropologi, specie negli Stati Uniti, a partire almeno dall'ormai classico testo di David RIESMAN (con Nathan GLAZER e Reuel DENNEY), *The lonely crowd. A study in the changing American character*, Yale University Press, New York, 1950, XVII+386 pp. [ediz. ital.: *La folla solitaria*, Il Mulino, Bologna, 1956, XII+374 pp.]. Il termine (*Spätkapitalismus*) è stato introdotto inizialmente nella sociologia tedesca ed è entrato poi in quella anglosassone (*latecapitalism*). Alla sua caratterizzazione hanno contribuito peraltro due dei maggiori esponenti della Scuola di Francoforte, emigrati negli Stati Uniti dopo l'avvento del nazismo, Erich Fromm e Herbert Marcuse,

con testi che hanno subito avuto un vastissimo impatto nei più diversi Paesi: Erich FROMM, *The sane society*, Rinehart & C., New York, 1955, 370 pp. [ediz. ital.: *Psicanalisi della società contemporanea*, Edizioni di Comunità, Milano, 1960, 389 pp.] / Herbert MARCUSE, *One dimensional man. Studies in the ideology of advanced industrial society*, The Beacon Press, Boston, 1964, XVIII+260 pp. [ediz. ital.: *L'uomo a una dimensione. L'ideologia della società industriale avanzata*, Einaudi, Torino, 1967, 266 pp.] / Erich FROMM, *To have or to be?*, Harper & Row, New York, 1976, 215 pp. [ediz. ital.: *Avere o essere?*, A. Mondadori, Milano, 1977, 299 pp.]. In effetti, sulle implicazioni socio- e psico-culturali del tardo-capitalismo, anche più recenti, esiste ormai una larghissima bibliografia scientifica: statunitense (Richard SENNET, 1977, 1998, 2006 / Christopher LASCH, 1978, 1984 / Fredric JAMESON, 1984, 1991 / Arjun APPADURAI, 1996, 2013); tedesca (Ernest MANDEL, 1972 / Ulrich BECK, 1986, 2000, 2008); francese (Alain EHREMBERG, 1998, 2010 / Miguel BENASAYAG e Gérard SCHMIT, 2003). Per non citare i numerosi testi di Zygmunt BAUMAN, a partire dal suo ben noto *Liquid modernity*, Polity Press, Cambridge, 2000, VI+228 pp. [ediz. ital.: *Modernità liquida*, Laterza, Roma - Bari, 2002, XXII+272 pp.]. (È forse utile ricordare che tutti gli autori e i testi qui ricordati con i riferimenti alla data delle edizioni originali sono stati poi editi anche in italiano).

⁽¹²⁾ Proprio per sottolineare che dietro ogni progetto di intervento stanno precise scelte non meramente “tecniche” e che nella sua messa a punto, perciò, non si tratta mai di una semplice e neutrale “applicazione” di un innocente sapere “disponibile” ma della implicita accettazione dei criteri che nel progetto sono stati prioritariamente assunti, ho da tempo proposto – come molti di voi sanno – di rifiutare il termine “antropologia applicata” e di parlare invece di “usi sociali dell’antropologia”.

⁽¹³⁾ Gli effetti devastanti del “ritorno al privato” – e, se vogliamo, anche i relativi costi economici – sono stati peraltro largamente evidenziati da più parti, e in particolare dall’Organizzazione mondiale della sanità, in riferimento, ad esempio, a quanto avvenuto in Russia dopo il crollo del precedente sistema sanitario universalistico e della rete di protezione sociale in cui esso era inserito. Ad esempio la speranza di vita maschile è scesa da 63,8 anni nel 1990 a 57,6 anni nel 1994: più di sei anni in un quinquennio.

Scheda sull’Autore

Tullio Seppilli è nato a Padova il 16 ottobre 1928. Ha tuttavia compiuto quasi tutta la sua formazione scolastica – dal completamento della scuola elementare fino all’inizio degli studi universitari – a São Paulo, in Brasile, dove ha maturato la sua “scelta antropologica”, ha seguito le lezioni universitarie di Roger Bastide e Georges Gurvitch e ha avuto le sue prime esperienze di ricerca empirica (lo scavo di un *sambaqui* nella foresta tropicale dell’isola di São Vicente).

Tornato in Italia a fine ’47, in assenza di curricula socio-antropologici si è riiscritto all’università nel Corso di laurea in scienze naturali, prima a Modena e poi a Roma, dove si è laureato nel 1952 con una tesi di antropologia (fisica). Sempre nell’Università di Roma, dopo la laurea, ha sostenuto tutti gli esami nella Scuola di specializzazione in scienze etnologiche, diretta da Raffaele Pettazzoni. È di fine ’52 il suo incontro con Ernesto de Martino, che presso la Facoltà di lettere e filosofia, nell’Istituto per le civiltà primitive, iniziava allora il suo primo corso (“pareggiato”) di etnologia in parallelo a quello del paletnologo Alberto Carlo Blanc. Ernesto de Martino, di cui fu il primo assistente, è stato in effetti il suo “vero maestro” e con lui ha continuato in varia forma a collaborare, anche nella costituzione di nuovi luoghi di riflessione e

ricerca come il Centro etnologico italiano e il Centro italiano per il film etnografico e sociologico (1953).

Nel 1955 ha iniziato il suo insegnamento nella Università di Perugia, dove nel 1956 ha dato vita all'Istituto di etnologia e antropologia culturale e nel 1958 al Centro italiano per lo studio della comunicazione di massa: istituzioni che hanno esercitato una notevole influenza nella rinascita e nello sviluppo degli studi antropologici italiani.

Per circa un decennio (1966-1975), chiamato su proposta di Eugenio Garin e Cesare Luporini, è stato anche docente di antropologia culturale nell'Università di Firenze.

Durante questo lungo periodo ha via via insegnato in corsi di laurea e di diploma, di specializzazione, di master e di dottorato, presso numerose università e istituzioni italiane e in Spagna, Canada, Messico e Brasile. Ma è stato appunto nell'Università di Perugia che ha esercitato ininterrottamente per quarantacinque anni la docenza e la direzione dell'Istituto di etnologia e antropologia culturale e poi del Dipartimento Uomo & Territorio in cui l'Istituto confluì come Sezione nel 1999, fino all'età del suo pensionamento, come professore ordinario di antropologia culturale e affidatario di antropologia medica, al concludersi dell'ottobre 2000.

L'attività di Tullio Seppilli ha spaziato in numerosi ambiti del "mestiere", sul terreno della riflessione teorica, della ricerca empirica e operativa e della formazione di numerosi tipi di operatori sociali. Tuttavia, la sua intera "carriera scientifica" è attraversata, sin da una prima pubblicazione nel 1956, da una complessa e articolata attenzione per i vari ambiti di ricerca che confluiscono oggi nell'area della antropologia medica.

È attualmente presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM), direttore della sua rivista "AM", e presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia). È inoltre presidente onorario del Festival dei Popoli, Istituto italiano per il film di documentazione sociale (Firenze).

Riassunto

Antropologia medica e strategie per la salute. Relazione introduttiva al Convegno

In questa relazione introduttiva, dopo i saluti e i riconoscimenti (*paragrafo 0*), viene presentata la struttura tematica e organizzativa del Convegno (*paragrafo 1*) e vengono brevemente delineati gli articolati contorni del processo formativo dell'antropologia medica italiana, le sue radici e alcuni principali "snodi" del suo impianto tematico e teorico (*paragrafo 2*). Viene fatto sinteticamente cenno, poi, allo stato della disciplina, in Italia, alle sue direttrici di ricerca (*at home e abroad*) e alla sua (scarsa) presenza nelle strutture formative universitarie (*paragrafo 3*), nonché a quello che può considerarsi l'apporto di fondo dell'antropologia medica al pensiero e alla pratica della medicina: e cioè mettere in luce il peso del "sociale" nella corporeità biopsichica tenendo in

conto sia la relativa *autonomia* sia la necessaria reciproca *integrazione* tra il livello *bio* e il livello *socio* (*paragrafo 4*). Sempre in merito all'antropologia medica vengono poi fissati alcuni punti di riferimento concernenti il suo significato ad un tempo *conoscitivo* e *operativo*, le opzioni di fondo che stanno necessariamente alla base del suo lavoro e il carattere mistificatorio dell'idea di una "neutrale" *antropologia applicata* (*paragrafo 5*): ne deriva (molto schematicamente) un fondamento etico del nostro lavoro, la cui proiezione – oggi particolarmente attuale – è innanzitutto la difesa e lo sviluppo di un sistema sanitario pubblico come "bene comune", fortemente partecipativo, egualitario e universalistico (*paragrafo 6*).

Résumé

Anthropologie médicale et stratégies pour la santé. Rapport d'introduction au Colloque

Ce rapport d'introduction, après les salutations et remerciements (*paragraphe 0*), présente la structure thématique et organisationnelle du Colloque (*paragraphe 1*) et décrit brièvement le processus de formation de l'anthropologie médicale italienne, ses contours articulés, ses racines et certaines "charnières" fondamentales de son organisation thématique et théorique (*paragraphe 2*). Il mentionne ensuite, de manière synthétique, l'état de cette discipline en Italie, ses lignes directrices de recherche (*au niveau national* et *à l'étranger*) et sa présence (insuffisante) dans les structures formatives universitaires (*paragraphe 3*); ainsi que ce que l'on peut considérer comme l'apport de base de l'anthropologie médicale à la pensée et à la pratique de la médecine : mettre en lumière le poids du "social" dans la corporéité biopsychique, en tenant compte à la fois de l'*autonomie* relative du niveau *bio* et du niveau *socio* et de leur inévitable *intégration* réciproque (*paragraphe 4*). Toujours dans le cadre de l'anthropologie médicale, le rapport illustre certains points de référence concernant sa signification tant *cognitive* qu'*opérationnelle*, les options de base qui sous-tendent nécessairement son travail et le caractère mystificateur que revêt l'idée d'une *anthropologie appliquée* "neutre" (*paragraphe 5*): il en découle (très schématiquement), pour notre travail, un fondement éthique, dont la projection – aujourd'hui particulièrement d'actualité – est avant tout la défense et le développement d'un système sanitaire public comme "bien commun", fortement participatif, égalitaire et universaliste (*paragraphe 6*).

Resumen

Antropología médica y estrategia para la salud. Relación introductiva al Congreso

En esta relación introductiva, después de los saludos y los reconocimientos (párrafo 0), se presenta la estructura temática y organizativa del Congreso (párrafo 1) y se delinear

brevemente los contornos articulados del proceso formativo de la antropología médica italiana, sus raíces y algunas de sus principales “articulaciones” de su planta temática y teórica (párrafo 2). Se ha hecho una breve reseña de la situación de la disciplina en Italia, de sus directrices de investigación (*at home e abroad*) y su (escasa) presencia en la estructura formativa (párrafo 3), y aquello que puede considerarse el aporte de fondo de la antropología médica, al pensamiento y a la práctica de la medicina; o sea, pone en evidencia el peso del “social” en la corporalidad biofísica, tomando en cuenta *sea* la relativa autonomía *sea* la necesaria recíproca *integración* entre el nivel *bio* y el nivel *socio* (párrafo 4). Siempre respecto a la antropología médica vienen fijos algunos puntos de referimiento, concerniente a su significado y a un tiempo *cognoscitivo* y *operativo*, las opciones de fondo que están necesariamente a la base de su trabajo y el carácter mistificador de la idea de una “neutral” *antropología aplicada* (párrafo 5); deriva (muy esquemáticamente) un fundamento ético de nuestro trabajo, cuya proyección – hoy particularmente actual – es antes que nada la defensa y el desarrollo de un sistema sanitario público como un “bien común”, fuertemente participativo, igualitario y universalista (párrafo 6).

Abstract

Medical anthropology and health strategies. A Conference introduction

In this introductory paper, after the greetings and acknowledgments (*paragraph 0*), the Author presents the thematic structure and organization of the Conference (*paragraph 1*), and briefly delineates the articulated outlines of the constitution process of Italian medical anthropology, its roots and some major “hubs” of its thematic and theoretical setting (*paragraph 2*). The Author synthetically appoint, then, the state of the discipline in Italy, its research lines (*at home and abroad*) and its (scarce) presence in the universities (*paragraph 3*), as well as the fundamental contribution of anthropology to the theory and practice of medicine: which is to highlight the “social” aspects of biopsychic construction of body, taking into account both the relative *autonomy* and the necessary *integration* between the *bio* and the *social* (*paragraph 4*). The Author finally fixes up some landmarks about medical anthropology and its role, analytical and operative at once, the background options that are necessarily at the base of its work and the mystifying risk of the idea of a “neutral” *applied anthropology* (*paragraph 5*). What comes out (very schematically) is an ethical foundation of our job, whose intent – particularly topic today – is, first of all, the defense and the enhancement of the public health system as a “common”, highly participated, egalitarian and universalistic (*paragraph 6*).

*Cinque tesi per un'antropologia medica critica**

Didier Fassin

Institute for advanced study, Princeton / École des hautes études en sciences sociales, Paris

Prendere parte a un avvenimento così importante come il Primo convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica è per me un grande piacere e un immenso onore. Tengo in particolar modo a ringraziare per avermi invitato il professor Tullio Seppilli, il cui ruolo nella nascita dell'antropologia medica in Italia è a tutti noi noto, e il professor Ivo Quaranta, per avere stabilito i primi contatti in vista della mia partecipazione. Esprimo la mia riconoscenza anche a Lorenzo Alunni per aver tradotto questa conferenza (occupandosi della traduzione di due dei miei libri è ormai abituato alle mie frasi dallo sviluppo quasi proustiano). Spero perdonerete le esitazioni della mia pronuncia italiana: i miei sforzi per riprendere lo studio di questa bella lingua sono troppo recenti e la mia mente è un po' annebbiata da una notte d'aereo quasi senza sonno per venire dagli Stati Uniti.

L'anno scorso, negli Stati Uniti, è stato pubblicato un libro collettivo dal titolo *Medical anthropology at the intersections*. Era il risultato di un convegno organizzato nel 2009 all'Università di Yale per celebrare il cinquantesimo anniversario della nascita dell'antropologia medica. Nella loro introduzione, Marcia Inhorn e Emily Wentzel ripercorrono la storia della loro «disciplina». Fanno riferimento a un articolo del 1959 dell'antropologo e medico James Roney intitolato, per la prima volta, *Medical anthropology*. Le due autrici evocano i nomi di padri fondatori quali George Foster, Charles Hughes, Charles Leslie e Benjamin Paul: tutti statunitensi. Citano poi 141 antropologi che hanno dato forma al sapere antropologico sulla medicina, la salute e il corpo: non viene menzionato nessun autore italiano. Tuttavia, si dà il caso che nel 1956, dunque tre anni prima della

* Questo scritto riprende la lectio magistralis pronunciata il 22 febbraio 2013 alla Sapienza Università di Roma, in occasione del Primo convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica, intitolato *Antropologia medica e strategie per la salute*. Mi è parso preferibile conservare il testo della versione orale, che restituisce fedelmente, spero, lo spirito del luogo e del momento.

nascita ufficiale dell'antropologia medica statunitense, veniva pubblicato *Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia*, un testo che criticava i programmi dell'Organizzazione mondiale della sanità per il terzo mondo. Il giovane autore era un certo Tullio Seppilli. Ci sono certamente più storie dell'antropologia medica, e meritano tutte di essere raccontate. Il concetto di egemonia culturale – e non è certo a degli italiani che vengo a insegnarlo – non è utile solo per spiegare perché certe rivoluzioni comuniste non hanno avuto luogo, ma può anche aiutare a capire perché certe tradizioni intellettuali s'impongono su altre, anche nelle scienze sociali. È dunque un avvenimento felice, questo convegno, con cui l'antropologia medica italiana celebra quello che potrebbe essere il suo 57° anniversario...

Tuttavia, più che la datazione delle origini, sempre soggetta a controversie e di fatto utile soprattutto per dei punti di riferimento della memoria, è importante cogliere la singolarità delle formazioni intellettuali, in questo caso quella che ha dato vita all'antropologia medica. Più che le fondazioni e i loro miti, è il caso di comprendere i fondamenti e le loro idee. L'approccio deve farsi genealogico. La presentazione che già due decenni fa fece Mariella Pandolfi dell'antropologia medica italiana s'intitolava significativamente *Al di là di Gramsci e de Martino*. Ricordava l'influenza, non sempre emancipatrice, del marxismo sulle nascenti scienze sociali in Italia, il ruolo essenziale del pensiero dell'autore dei *Quaderni del carcere* e il lavoro pionieristico dell'etnologo dell'Italia meridionale. Non mi azzererò certamente a ricostruire, sui passi della mia amica e collega, la storia dell'antropologia medica italiana, che molti dei presenti conoscono meglio di me. Ma, richiamando questa genealogia, fin troppo allusivamente, vorrei mettere in evidenza il trinomio che sembra caratterizzare questa antropologia più di ogni altra, quantomeno nel suo movimento iniziale, ovvero la combinazione di teoria, critica e politica – un trinomio che, per esempio, negli inizi dell'antropologia medica nordamericana, francese o tedesca non ritroviamo. È molto probabile che alcuni non si riconosceranno in questa definizione del loro campo di ricerca, e hanno sicuramente ragione a non voler farsi rinchiudere nelle delimitazioni nazionali del dibattito intellettuale. Ma è proprio lì che vedo l'originalità di una tradizione intellettuale che oggi non mi sembra avere il posto che merita nell'antropologia mondiale, e che forse nelle ricerche attuali si è un po' persa, anche in Italia. In tutti i casi è su questo punto che colloco il mio contributo all'ambito scientifico in questione – lì dove un lavoro teorico, nutrito da una riflessione critica, permette di affrontare le questioni della medicina, della salute e del corpo in una prospettiva politica.

Anche se il senso che diamo a queste tre parole e l'uso che ne facciamo in questo ultimo mezzo secolo è cambiato, non è insensato né senza importanza rivendicarle nelle scienze sociali contemporanee.

Come articolare teoria, critica e politica? Il titolo di questo convegno invita certamente a farlo: *Antropologia medica e strategie per la salute*. A rischio di semplificare troppo, potremmo dire che vi è da un lato la teoria – antropologia medica – e dall'altro il politico – strategie per la salute. Introdurre un pensiero critico può consistere nel chiedersi in che modo si passa dalla teoria al politico (come può il sapere antropologico aiutare a definire un'azione sanitaria?), ma anche come il politico trasforma la teoria (in che modo un'azione sanitaria può nutrire il sapere antropologico?). In questa tensione produttiva fra teoria e politica, il lavoro critico presuppone anche l'interrogarsi sulle categorie a cui facciamo ricorso dandole per scontate, a cominciare da quella di salute. Nei suoi *Scritti sulla medicina*, Georges Canguilhem dedica a tale categoria un capitolo dal titolo *La salute, concetto volgare e questione filosofica*. Basandosi sull'idea di Kant secondo la quale ci si può sentire bene in salute senza però poterlo sapere, ne concludeva che «non c'è una scienza della salute» e che «la salute non è un concetto scientifico». Ma poi – sviluppando un'osservazione di Cartesio secondo cui la conoscenza della verità è come la salute dell'anima, perché quando la si possiede non ci si pensa più – si chiede: «Com'è possibile che non si sia mai pensato d'invertire questa assimilazione e che non ci si sia mai chiesti se la salute non è una verità del corpo?» Ispirandomi a queste due osservazioni, vorrei difendere l'idea secondo cui l'antropologia medica, costituendo un sapere critico, fornisce elementi particolarmente pertinenti per comprendere la salute a partire da questa relazione fra scienza e verità, idea che trecento anni fa era già al centro della riflessione di Giambattista Vico in *De antiquissima Italorum sapientia*.

Di tutto ciò darò una illustrazione a partire da uno studio di caso che ho realizzato qualche anno fa in Francia sul saturnismo infantile, una malattia dovuta all'ingestione o all'inalazione di piombo e che provoca nei bambini colpiti problemi neurologici che possono arrivare fino alle convulsioni e al coma, o addirittura alla morte. La medicina che si somministra mira a ridurre la concentrazione di metallo nel sangue, ma si tratta solamente di un palliativo, perché non riduce quanto si è già accumulato negli organi, in particolare nel cervello.

L'affezione è stata identificata per la prima volta in Australia alla fine del diciannovesimo secolo. Tuttavia, nei manuali di medicina francesi, fino a poco tempo fa era menzionata solo in maniera aneddotica e quindi

poco conosciuta dai medici. Parafrasando i primi paragrafi de *La Nascita della clinica* di Michel Foucault – dove l'autore mette in parallelo due descrizioni mediche di patologie neuropsichiatriche redatte a qualche decennio di distanza fra loro, fra la fine del diciottesimo secolo e l'inizio del diciannovesimo, per rilevare la mutazione di un discorso che traduce una trasformazione dello sguardo e permette la nascita della clinica moderna – vorrei mostrare, attraverso due scritti sul saturnismo infantile, come avviene in meno di venti anni la nascita di un problema di sanità. È un episodio eroico in cui si può vedere, in una certa misura, una nascita della sanità pubblica francese.

Nel 1981, alcuni pediatri di Lione riportarono in un articolo medico una singolare osservazione. Si trattava di un bambino di cinque anni, di nome Mammarr, che presenta degli inspiegabili disordini neurologici. Durante la sua ospedalizzazione, mentre il suo stato si aggravava e sopraggiungevano crisi di epilessia ed episodi di perdita di coscienza, i medici, incapaci di stabilire una diagnosi, decisero di procedere a un intervento neurochirurgico nella speranza d'identificare la malattia e allo stesso tempo di ridurre la pressione cerebrale. La loro speranza venne delusa, ma, fra la sorpresa generale, qualche giorno dopo uno dei prelievi sanguigni sistematici offrì una risposta: il tasso di piombo nel sangue era di gran lunga superiore alla norma. Una ricerca bibliografica su questa patologia a loro sconosciuta rivelò ai medici che la causa più frequente nei bambini è l'assorbimento di scaglie di vecchie tinteggiature in case particolarmente degradate. Infatti, in Francia le vernici al piombo erano state vietate già nel 1948, e sono solo i condomini più vecchi a conservarne ancora traccia. Consultando i genitori, i pediatri confermarono che il bambino a volte portava alla bocca dei frammenti d'intonaco caduti dai muri degradati dell'appartamento dove viveva la famiglia, cosa che interpretarono come un caso di picacismo, un disturbo del comportamento alimentare che consiste nell'ingerimento di sostanze non commestibili. Al bambino venne somministrato il trattamento palliativo, il suo stato migliorò e fece rientro a casa, senza che nessuno si preoccupasse della sua nuova esposizione allo stesso problema ambientale, senza che gli altri bambini della famiglia venissero esaminati e senza nessuna visita all'abitazione. Fieri del loro successo diagnostico e terapeutico, i medici pubblicarono infine questa osservazione eccezionale e dichiararono di aver trovato solo dieci casi simili in venticinque anni di letteratura pediatrica francese.

Nel 1999, l'Istituto nazionale francese della sanità e della ricerca medica (INSERM), pubblicò un rapporto sul saturnismo infantile. Il documento si basava su una rassegna bibliografica di 1.600 articoli, indagini epeide-

miologiche che riguardano i bambini e studi ecologici sui condomini. Venne fornito un numero: i casi di saturnismo infantile stimati in Francia erano 85.000, ovvero quasi il 2% dei bambini. Vennero formulate raccomandazioni in termini di *screening* e di prevenzione. Poiché la maggior parte dei bambini intossicati non erano stati identificati, bisognava tenerli sotto osservazione attraverso il prelievo del sangue sistematico di coloro che vivevano nelle abitazioni più precarie. E poiché a essere nel mirino sono le vecchie verniciature, bisognava se possibile trasferire le famiglie coinvolte oppure almeno ristrutturare le loro abitazioni, operazione che sarebbe consistita semplicemente nel rivestire i muri con dei pannelli di legno per coprire le pareti scalcinate. Venne avanzata una valutazione del costo di queste operazioni che varia fra i quattrocento milioni e i tre miliardi di euro, secondo le strategie scelte.

Cos'è successo allora fra il 1981 e il 1999 per passare dal "bel caso" all'"epidemia silenziosa", da dieci casi osservati in venticinque anni a 85.000 bambini colpiti? Ci fu un'esposizione di massa di famiglie povere alle condizioni insalubri degli alloggi o a un'altra fonte d'intossicazione da piombo? Per niente, ed è successo proprio il contrario: con i grandi programmi di rinnovamento urbano che accompagnano la riqualificazione del patrimonio fondiario delle grandi città e dei loro sobborghi, la parte di alloggi obsoleti tende a ridursi. Quanto successo dunque non ha niente a che vedere con un aggravamento della situazione epidemiologica oggettiva, ma consiste in una trasformazione dello sguardo che fa emergere un problema sanitario.

Ritorniamo allora al nostro piombo, ai nostri bambini e ai nostri pediatri. Successe che, quattro anni dopo l'osservazione clinica che ho riportato, quindi nel 1985, venne diagnosticato un altro caso di saturnismo infantile, questa volta a Parigi e questa volta in una bambina di due anni, anche lei maliana, fortunatamente affetta in maniera meno grave. Si trattava di un'anemia con sintomi digestivi e problemi di sviluppo. Ancora una volta, è dopo numerose settimane di vani tentativi diagnostici e quasi per caso che venne riconosciuta l'intossicazione da piombo, permettendo così la somministrazione del trattamento palliativo. La differenza più importante con il caso precedente e con tutti quelli riportati dalla letteratura francese riguardò una doppia contingenza umana: prima di tutto, invece che accontentarsi di aver identificato e curato la patologia, come i suoi colleghi, il pediatra coinvolse un'assistente sociale per verificare le condizioni di vita della famiglia; in seguito, invece che consultare i genitori all'ospedale, come d'abitudine, l'assistente sociale si sarebbe recata presso il loro domicilio. Sarà l'occasione per accorgersi dell'ambiente deleterio

nel quale viveva non solamente quella famiglia, ma anche molte altre: edificio cadente, con la verniciatura che si sgretola e i pavimenti che crollavano, e la cui insalubrità era evidente. Vennero infatti riscontrati notevoli valori del piombo nei muri e tassi elevati di quel metallo nel sangue di quattro dei sette bambini che vivevano lì. Ma era evidente che, in quel quartiere popolare di Parigi, non era certo l'unico condominio ad essere ridotto in simili condizioni. Affiorò progressivamente l'idea secondo cui il problema poteva essere di portata molto più vasta e che meritasse un esame più ampio.

Vennero portate avanti in parallelo due tipi d'indagine. Da una parte, ci si volle assicurare che il problema era effettivamente costituito dalle abitazioni, cosa che, come prevedibile, smentì il servizio che gestisce gli alloggi della città e anche il consiglio nazionale d'igiene, dove siedono anche dei rappresentanti dell'industria della vernice. Per tutto ciò venne realizzato uno studio epidemiologico, definito eziologico, in due gruppi di bambini di famiglie immigrate povere che vivevano i primi in appartamenti obsoleti e gli altri in edifici di recente costruzione. Venne così dimostrato che solamente il primo gruppo di bambini, ovvero il novanta per cento di loro, era colpito dalla malattia, per la quale venne confermata l'origine nella vernice. Il problema era quindi l'alloggio in degrado, senza più alcun dubbio. Si cercò poi di stimare la dimensione del fenomeno, visto che la direzione generale per la salute del ministero riteneva che si tratta solamente d'intossicazioni isolate. Per questo fine, venne avviato uno *screening* fra i bambini che si recavano alle consultazioni pubbliche di protezione materna e infantile. Attraverso un colloquio si verificò prima di tutto in che tipo di alloggio risiede la famiglia e, se si tratta di edifici costruiti prima del 1948, si procedette al prelievo del sangue. È così che, in meno di cinque anni, furono stati diagnosticati 1.500 casi di saturnismo infantile sulla base non dei sintomi, perché la maggior parte di questi bambini non ne presentava, ma dalla stima di un rischio valutato in relazione alla conoscenza dell'alloggio, conoscenza che permise di optare per il prelievo sanguigno. Vennero poco a poco vinte le resistenze dei servizi urbani e sanitari dell'amministrazione comunale di Parigi e del Ministero della salute: il saturnismo infantile era chiaramente dovuto agli alloggi in degrado e riguardava un numero importante di bambini. Era un problema di salute pubblica che richiede risposte all'altezza della gravità della situazione.

Con 1.500 bambini trovati positivi fino al 1990, si era comunque lontani dagli 85.000 a cui si faceva riferimento nel rapporto pubblicato nove anni più tardi. Per capire come avvenne il passaggio da un simile numero all'al-

tro, bisogna attraversare l'Atlantico. Negli Stati Uniti, è il *Center for disease control* (CDC) di Atlanta a stabilire le norme e le procedure in materia di sorveglianza, prevenzione e trattamento di malattie a carattere epidemico, raccomandazioni che vengono spesso adottate anche in altri paesi, assumendo una sorta di valore universale. Fino a metà del Ventesimo secolo, il saturnismo infantile era considerato negli Stati Uniti un'affezione pediatrica eccezionale, che riguardava dunque la sola competenza dei medici, ma, nel 1953, la scoperta all'ospedale di Chicago di ventuno casi d'encefalite, di cui cinque mortali, spinse i medici a fare appello al CDC nell'ipotesi di una infezione virale. Tuttavia, questi esperti non è un virus che scoprirono, ma del piombo. Da allora, il termine "epidemia" non venne più applicato solamente alle malattie infettive, ma servì anche a indicare la situazione di affezioni croniche che toccavano molte persone, spingendo l'istituzione a cambiare il proprio nome, pur conservando le stesse iniziali, e il *Communicable disease center* diventò il *Center for disease control*. A questo punto il saturnismo infantile era entrato nella sfera della sanità pubblica. Le prime raccomandazioni stabilite negli anni sessanta consideravano che un tasso di 600 µg/l di piombo nel sangue indicasse l'esistenza di saturnismo e imponessero un'azione medica. Progressivamente, nei tre decenni che seguono, quando ci si rese allora conto della tossicità neurologica del piombo, anche a livelli più bassi, l'istituzione di riferimento diminuì la soglia di allerta a 250 µg/l. È questo il livello ad essere preso in considerazione nello studio che a Parigi ha scoperto i primi casi nei vecchi edifici. All'inizio degli anni Novanta, sulla base di studi epidemiologici che coinvolsero un numero di operatori più importante e test clinici più raffinati, negli Stati Uniti il livello che lascia presagire dei danni neurologici venne ulteriormente abbassato, questa volta a 150 µg/l. È questo nuovo indice ad essere stato utilizzato in quello *screening* parigino che ha permesso di scoprire 1.500 casi. Logicamente, più si abbassa quel valore e più il numero di bambini diagnosticati è alto.

Tuttavia, modificando la soglia non s'interviene solo quantitativamente sulla conoscenza che si ha del saturnismo infantile, ma la si trasforma anche qualitativamente. Nel corso degli ultimi due decenni, le indagini epidemiologiche si sono moltiplicate, soprattutto negli Stati Uniti, e si sono rivolte non più allo stato neurologico dei bambini, ma alle loro performances cognitive e alle loro caratteristiche comportamentali. Risultava che anche fra 100 e 150 µg/l si osservano statisticamente ritardi nell'apprendimento della lettura e della scrittura e un quoziente intellettivo più basso, una volta controllate le variabili riguardanti il livello socioeconomico e l'origine etnonazionale. È del resto quella nuova soglia

di 100 µg/l a essere presa in considerazione dagli esperti dell'INSERM per stabilire il nuovo numero di 85.000. Più che il numero, tuttavia, importante è capire il capovolgimento concettuale avvenuto in questo periodo. Nel momento in cui iniziò questa storia, negli anni Ottanta, il saturnismo infantile veniva identificato attraverso sintomi e segni, riguardava individui, i suoi contorni venivano definiti attraverso una tabella clinica che i pediatri hanno imparato a riconoscere. Due decenni più tardi, durante gli anni Duemila, l'intossicazione da piombo colpiva bambini che apparentemente non soffrivano di niente, toccava solo certe fasce di popolazione e la sua esistenza veniva dimostrata attraverso calcoli statistici realizzati dagli epidemiologi. Il paradosso è che più l'epidemia sembrava estendersi e meno la patologia era grave: ieri si parlava di venticinque casi, e tutti presentavano segni clinici gravi, oggi si parla di 85.000 bambini colpiti, ma nessuno presenta dei sintomi. Ma questa storia non è finita. Un rapporto del Cdc del 2012 raccomandava ormai di non avere più una soglia d'allerta, perché si riscontravano effetti nefasti del piombo anche sotto i 100 µg/l: bisognava sostituirgli un livello di 50 µg/l indefinitamente adattabile in funzione non più di un dato assoluto, ma relativo ai valori riscontrati nella popolazione infantile. Inoltre, il piombo oggi è considerato responsabile dell'aumento di quelle nuove e controverse patologie psichiatriche dei bambini che sono i problemi di deficit d'attenzione e quelli di iperattività e impulsività, e addirittura considerato come un fattore di rischio di comportamenti criminali già dall'adolescenza. Non solo l'intossicazione da piombo ridisegna i contorni della clinica, ma estende la definizione di salute includendovi la devianza e, reciprocamente, oggi fa anche parte del sapere criminologico.

C'è un elemento che finora è rimasto fuori da questo resoconto. Ripensiamo al fatto che i due bambini dell'inizio della storia sono maliani. Di fatto, di tutte le forme gravi di saturnismo infantile diagnosticato nella regione di Parigi, il 99% sono sopraggiunte in famiglie africane, di cui l'85% originarie della regione subsahariana. Che quasi tutti i bambini colpiti fossero neri non poteva sfuggire ai medici che hanno realizzato i primi studi. Questa realtà li ha tuttavia immersi nell'imbarazzo. Come interpretare questo dato sorprendente? È qui che la cultura entra in scena. Poiché sono africani, la spiegazione dev'essere culturale, pensavano gli esperti. Quando i primi elementi dell'epidemia hanno cominciato a delinearsi a metà anni Ottanta, malgrado la letteratura di lingua inglese sul saturnismo, il mondo medico e ancora di più l'amministrazione sanitaria si mostrarono riluttanti ad ammettere la responsabilità delle vecchie imbiancature. Un'idea diffusa sul mestiere dei padri delle vittime

d'intossicazione fece parlare di "malattie dei figli di marabutto", andando a ricercare una improbabile presenza di piombo nell'inchiostro che i marabutti userebbero per preparare le tavolette sulle quali scrivono le loro formule coraniche; poi, visto che questa ricerca si è rivelata vana, si sono rivolti con risultati altrettanto scarsi verso il trucco delle madri e le suppellettili di terra utilizzate in cucina. Alla fine si è imposta la spiegazione delle schegge di vernice, ma non la si è finita ancora con la cultura. Gli esperti si sono chiesti infatti perché i bambini delle famiglie africane fossero così attratti da queste sostanze e per questo hanno fatto appello a due antropologi. I due specialisti hanno risposto con ciò che ci si aspettava da loro: un'interpretazione esotica. Le donne dell'Africa occidentale, spiegarono, succhiano dell'argilla durante la loro gravidanza e trasmettono ai loro bambini questo appetito per le sostanze minerali. Quindi non si tratta più di picacismo, il problema psicologico delle prime osservazioni, ma di geofagia, pratica culturale attestata dagli etnologi. Una simile interpretazione ha sedotto i medici.

Ci sono tuttavia due problemi che questi ultimi avrebbero potuto sollevare consultando la letteratura medica in lingua inglese. Alcuni studi hanno dimostrato che i bambini non s'intossicavano solamente ingerendo delle schegge di vernice, ma anche semplicemente inalando la polvere. Difficile trovare delle ragioni culturali per il fatto di respirare l'aria dell'ambiente dove ci si trova. Inoltre, negli Stati Uniti, sono essenzialmente i bambini neri americani a essere colpiti, mentre in Gran Bretagna sono soprattutto quelli di famiglie caraibiche o indiane. Difficile trovare una parentela culturale fra questi gruppi e le famiglie dell'Africa occidentale immigrate in Francia. In compenso, ad accomunarli è una somiglianza strutturale a proposito della posizione che occupano sia nello spazio sociale che nella distribuzione degli alloggi urbani. È proprio questa la pista che dobbiamo esplorare. A partire dalla metà degli anni Settanta, quando è sopraggiunta quella che viene spesso chiamata la crisi del petrolio, si sono sommati due fenomeni. Prima di tutto, l'immigrazione del lavoro, fino ad allora facilitata per ragioni economiche, venne bruscamente interrotta dal governo. Inoltre, l'aumento della disoccupazione e della precarietà ha ridotto le possibilità per le famiglie modeste, che risiedevano negli alloggi sociali, di poter diventare proprietarie di abitazioni. Durante questo periodo, di conseguenza, i flussi migratori che continuavano, in parte illegalmente, non hanno potuto che riassorbirsi nelle abitazioni private più insalubri. Le famiglie originarie dell'Africa subsahariana, che in quel periodo erano le più numerose e anche le più povere, sono state così costrette a risiedere nel segmento più degradato dell'insieme delle abitazioni. È in questi

vecchi edifici che i bambini s'intossicavano con le vernici al piombo. Se i piccoli Africani venivano colpiti in massa dal saturnismo, era per il risultato dell'evoluzione delle politiche dell'immigrazione e della chiusura delle politiche immobiliari sociali, una spiegazione prosaica che non ha certo lo *charme* delle interpretazioni culturali.

Per la conoscenza che ormai negli anni Duemila ne abbiamo, il saturnismo appare come un problema di sanità pubblica le cui cause sono sociali più che culturali e le cui soluzioni riguardano le questioni urbane più che quelle mediche. Sotto la pressione di associazioni di famiglie di vittime della malattia, di organizzazioni umanitarie e di medici del sistema sanitario pubblico, la rivendicazione del saturnismo come priorità nazionale ha portato alla modifica della legislazione per obbligare i proprietari degli alloggi insalubri a effettuare lavori di risanamento, al dispiegamento di misure di rinnovamento urbano e a un'accelerazione delle operazioni di *screening*. Eppure, dieci anni dopo l'inizio di questo cambiamento politico, il numero di nuovi casi diagnosticati ogni anno diminuisce regolarmente, ma solo il 5% degli 85.000 casi stimati sono stati identificati e, mentre il costo della ristrutturazione delle abitazioni supera il miliardo di euro, il budget messo a disposizione della lotta contro il saturnismo infantile è di 9 milioni, ovvero meno dell'1%.

Quali insegnamenti possiamo trarre da questa storia del saturnismo infantile in Francia? Delineerò cinque punti principali che hanno in comune la caratteristica di combinare analisi teorica, pensiero critico e questioni politiche. Prima di discuterli, vorrei tuttavia giustificare la scelta della storia che ho brevemente riportato, anticipando due critiche che potrebbero essermi rivolte. La prima obiezione riguarda la scelta della malattia, un'affezione quasi di un altro secolo, con i suoi alloggi insalubri e le sue famiglie povere, che non appartiene più alle patologie emergenti e che non chiama in causa le tecnologie biomediche recenti, alle quali s'interessano a giusto titolo per esempio Paul Rabinow e Sarah Franklin. È che mi sembra che, pur rimanendo legati ai nuovi problemi e alle innovazioni scientifiche, l'antropologia non deve necessariamente seguire il movimento imposto dalla medicina e dai media, con il rischio di essere presa in quelle stesse logiche di moda e urgenza. Ciò che costituisce la sua originalità e, credo, il suo valore per le nostre società, è che l'antropologia propone un'esplorazione dell'invisibile e dell'ordinario, di ciò che è modesto e lento, ovvero di ciò a cui si finisce per non prestare più attenzione. La seconda possibile riserva riguarda la scelta della scala, l'insistenza sulla dimensione locale dell'ospedale o del quartiere con le sue logiche e i suoi attori, mentre la salute è diventata una questione mondiale

e mentre, fra gli altri, Aihwa Ong e Stephen Collier ci invitano legittimamente a studiare gli assemblaggi globali. Se è vero che i problemi sanitari o i saperi biomedici circolano sempre di più secondo reti internazionali, ciò non vuol dire che le questioni e le azioni in materia di sanità non rimangano ancora largamente locali, o nazionali. La forza dell'etnografia è proprio quella di permetterci di poter dare conto di questi movimenti infimi e degli elementi in gioco più modesti, la cui somma costituisce ciò che chiamiamo cambiamento sociale. Veniamo dunque, dopo queste considerazioni preliminari in forma di autodifesa, ai cinque insegnamenti che propongo di trarre dal mio resoconto.

In primo luogo, la salute o la malattia non sono semplicemente dati biologici o fisiologici, e nemmeno dati dell'esperienza che ne fanno i soggetti. Sono oggetto di una costruzione sociale. È qualcosa di ben noto: Peter Conrad e Joseph Schneider lo hanno dimostrato per l'epilessia, così come Allan Young ha fatto con i traumi e Margaret Lock per la menopausa. Ma questa costruzione, e lo si nota meno spesso, è il risultato di due processi: la scoperta di una realtà che è già presente e l'invenzione di una realtà che non lo è ancora. La trasformazione del saturnismo infantile da una curiosità medica per pediatri illuminati in un grande problema di sanità pubblica è il prodotto allo stesso tempo di una localizzazione, grazie allo *screening*, di malati che i medici avevano trascurato (è la scoperta del caso), e soprattutto risultato di una completa riconfigurazione del profilo e del senso della malattia a partire non più dalla clinica ma dalla statistica, portando a parlare non più di sintomi, organi, persone malate, problemi neurologici o digestivi, ma di soglia, probabilità, popolazione a rischio, ritardi nell'apprendimento o propensione alla delinquenza (è l'invenzione di un'altra entità). Gli epidemiologi hanno creato una malattia senza semiologia le cui manifestazioni si traducono nei risultati scolastici e nei comportamenti impulsivi dei bambini provenienti dagli ambienti popolari. A vacillare è così l'intera nostra visione della medicina e dei suoi limiti. Non è più la malattia a essere devianza, come aveva dimostrato Talcott Parsons, ma la devianza che diventa una malattia. In fondo, il caso dell'intossicazione al piombo è solo un esempio fra i tanti possibili – basti pensare all'alcolismo, all'obesità o ai maltrattamenti infantili – di questa integrazione di deviazioni dalla norma nell'universo della salute. Questo caso fa emergere due fatti importanti. In primo luogo, la mentalità statistica e probabilistica vanno a ricomporre progressivamente quello che era l'ambito della clinica. Non è la sola mentalità a farlo, e le scoperte della genomica e dell'epigenetica fanno parte di questa configurazione. Nell'uno e nell'altro caso, la reinterpretazione delle difficoltà

scolastiche e delle pratiche criminali come conseguenza della presenza del piombo nel cervello dei bambini fanno parte di un fenomeno più largo di patologizzazione e di medicalizzazione del sociale. Si può vederlo come un'estensione dell'ambito della salute che procede attraverso la traduzione di un linguaggio in un altro, per esempio operando il passaggio dal comportamento inadatto del bambino in classe al problema di deficit dell'attenzione con iperattività recentemente introdotto nella nosologia psichiatrica.

In secondo luogo, la salute e le malattie non sono solo socialmente costruite, ma anche socialmente prodotte. Bisogna infatti guardarsi bene da un'interpretazione costruttivista che eluda in qualche modo gli effetti del reale, e soprattutto le condizioni che rendono possibili stati di salute diversi e malattie distinte in termini di frequenza o gravità. Gli igienisti, a cominciare da Villermé, ce lo hanno insegnato già due secoli fa, ben prima che epidemiologi come Richard Wilkinson, storici come Randall Packard, sociologi come Michael Marmot o antropologi come Paul Farmer non si mettessero al lavoro in quella direzione. Il saturnismo infantile è una patologia dell'alloggio insalubre risultato di politiche di restrizione dell'immigrazione legale e del razionamento delle abitazioni sociali. Che i bambini africani siano di gran lunga i più colpiti è conseguenza del fatto che le loro famiglie sono oggetto di esclusione economica e discriminazioni razziali sul mercato immobiliare pubblico e privato. La distribuzione di questa malattia nella società illustra così la necessità di pensare la salute e la malattia secondo la prospettiva delle disuguaglianze sociali. Ma, in ambito medico e anche ben al di là, le cause sociali sono oggetto di un disconoscimento attivo. Non vengono solamente trascurate, ma anche occultate, e la loro rivelazione dà luogo a forme multiple di diniego. La sanità pubblica preferisce le interpretazioni in termini di comportamenti, che si tratti d'indigestione di scaglie di vernice, di consumo alcolico, d'intossicazione da tabacco o di pratiche dietetiche. Ci sono due ragioni per questo disconoscimento, una cognitiva e l'altra politica. Prima di tutto, è più facile pensare l'individuale che il collettivo. Stabilire un'eziologia sociale significa avvicinarsi all'evidenza della relazione diretta fra un agente e ciò che egli fa o ciò che gli succede, ma significa anche mobilitare strumenti statistici e ragionamenti probabilistici relativamente sofisticati. Inoltre, esiste una resistenza crescente alle spiegazioni sociali, considerate talvolta addirittura come delle scuse sociologiche, mentre l'invocazione della responsabilità individuale tende a diventare un luogo comune del discorso politico. Tale postura è caratteristica di una governamentalità liberale legata all'idea dell'autonomia del soggetto libero. È un'idea che

rappresenta una particolare sfida per le scienze sociali, le quali, per definizione, tentano di dimostrare il ruolo delle strutture e delle relazioni sociali in ciò che rende gli individui così come sono.

Terzo, il sociale provoca diffidenza, mentre la cultura suscita adesione. Proporre l'interpretazione culturale di una realtà sanitaria che riguarda un gruppo o una società che s'immagina a priori differente da sé – gli Africani o i migranti, ma anche i contadini o gli operai – significa sempre andare incontro a successo. Ciò che Edward Said chiamava orientalismo a proposito degli scritti sulle società asiatiche e che Michel Trouillot definisce «nicchia selvaggia» riferendosi alla tentazione esotica dell'antropologia può essere allargato a un insieme di ragionamenti di senso comune e talvolta di stampo intellettuale che denotano una forma di culturalismo pratico. Attraverso questa espressione, intendo allo stesso tempo l'essenzializzazione della cultura come entità isolabile e fissa e la sovradeterminazione attraverso la cultura che permette di rendere conto dei fatti più disparati solo finché questi riguardano coloro che concepiamo prima di tutto nella loro alterità. E così, il saturnismo infantile colpisce più i bambini di famiglie dell'Africa occidentale perché i loro padri posseggono dei saperi da marabutti o perché le loro madri hanno delle abitudini geofagiche, allo stesso modo in cui la diffusione dell'Aids nella società sudafricana è dovuta alla promiscuità sessuale delle donne, alla propensione degli uomini alla violenza sessuale e alla credenza secondo cui si può guarire dalla malattia con rapporti sessuali con giovani ragazze vergini. I medici, i giornalisti e più in generale la società amano queste analisi formulate in termini di ostacoli culturali e quindi, per gli antropologi che gliele forniscono, la resa simbolica è alta. Significa che, per la disciplina, c'è una posta in gioco sia intellettuale che etica nel resistere alla facilità di presentare al pubblico la cultura come questo desidera che gli venga mostrata. Il culturalismo pratico ha di fatto conseguenze gravi. Occulta i meccanismi economici, politici e sociali delle disparità di fronte alla salute e alla malattia, sostituendogli delle interpretazioni culturali, cosa che porta ad accusare le vittime piuttosto che la società, e che implica risposte educative piuttosto che strutturali: invece che sistemare in nuovi alloggi le famiglie colpite dal saturnismo infantile, si insegna alle madri che le schegge di vernice sono dannose per i loro bambini. Più grave ancora, questa negazione agisce come una violenza contro la verità su ciò che vivono le famiglie e quello che sono. Ma gli antropologi non devono contribuire assegnando coloro che studiano alla loro alterità.

Quarto, perché ci sia costruzione di una certa rappresentazione della malattia, perché si tenga conto della produzione delle disparità della salute

e perché vengano messe in discussione le spiegazioni culturaliste, come abbiamo appena visto, ci vogliono senza dubbio degli attori. E poiché qui parliamo di strategie della salute, è importante prestare attenzione a coloro che le concepiscono o le sviluppano. Il ruolo degli attivisti è stato studiato da Faye Ginsburg per quel che riguarda l'aborto e da Steven Epstein per l'Aids. Dietro le idee, le indagini e le lotte ci sono uomini e donne. La storia del saturnismo è esemplare perché mostra come la salute non sia, o non sia più, l'ambito incontrastato della medicina. A far esistere il problema di salute sono operatori sociali e tecnici sanitari, tossicologi e statistici, amministratori e urbanisti, organizzazioni umanitarie e associazioni di abitanti e anche gli antropologi, figure che plasmano quel problema e per il quale immaginano delle soluzioni. Ciò che oggi costituisce una priorità di sanità pubblica è il prodotto di minuscole innovazioni (per esempio un pediatra che richiede un'indagine e un'assistente sociale che esce dalla sua routine), anche di accese dispute (per esempio per far riconoscere il ruolo delle vernici e far ammettere la gravità della situazione) e infine di prese di posizione energiche, come "Médecins sans frontières" che organizza una missione a Baltimora per una piccola squadra che, al suo ritorno, contesta il modello culturalista, o "Médecins du monde" che lancia una campagna pubblica di sensibilizzazione sulla malattia. A questo proposito, potremmo mostrare come certi attori, soprattutto del mondo umanitario, hanno giocato un ruolo centrale, prima di tutto fra le associazioni e poi al Ministero della salute, mettendo in piedi delle reti che trasgrediscono la separazione fra il pubblico e il privato in un paese in cui, è vero, tre ex ministri provenivano da organizzazioni umanitarie. Questa genealogia merita la nostra attenzione.

Quinto, è importante cogliere la portata di ciò che è in gioco in questa storia. Per decenni la Francia ha fatto venire lavoratori immigrati per far prosperare la propria economia, poi gli ha vietato bruscamente l'ingresso nel suo territorio. Tuttavia, tanto prima quanto dopo la chiusura delle frontiere, ha dato a questi stranieri, per la maggior parte di origine nord africana e subsahariana, i posti peggiori sia nel lavoro che per le abitazioni, conseguenza di discriminazioni razziali a lungo ignorate, ma ormai dimostrate. Questa situazione culmina con gli alloggi obsoleti e cadenti che si permette a proprietari privati di affittare spesso a prezzi molto elevati a famiglie povere che vi si ammassano con i loro figli. Rispetto allo stato di degrado di queste abitazioni, il piombo delle vernici non è nient'altro che la traduzione medica di un'indegnità per la quale i poteri pubblici e la società francese tutta hanno chiuso gli occhi. È solo attraverso la malattia che la mediocrità del trattamento di queste popolazioni ha potuto essere

enunciato e denunciato. La sofferenza dei bambini ha prodotto quella reazione che la semplice constatazione delle condizioni miserabili d'esistenza non riusciva a suscitare. Si tratta di una realtà il cui significato va oltre il caso del saturnismo infantile, e lo si ritrova in particolare a proposito dell'Aids nel continente africano. Si congiungono infatti due fenomeni. Da una parte, la traduzione dei problemi sociali nel linguaggio medico è spesso la sola maniera di renderli visibili e udibili, al prezzo di ciò che Adriana Petryna definisce come una cittadinanza biologica che riconosce il soggetto solo quando colpito nel suo corpo. Dall'altra parte, l'esposizione del disagio, a maggior ragione quando si tratta di bambini, permette di ricorrere a quelle istanze della compassione che Luc Boltanski analizza attraverso le argomentazioni topiche della sofferenza. La ragione umanitaria si trova al punto di confluenza di queste due logiche, medica e di compassione. La legittimità che ha acquisito nel mondo contemporaneo è stata accompagnata da un arretramento dei valori tradizionali della giustizia sociale. L'immediatezza d'azione che questa rivendica tende ad abolire il tempo storico. Il sollievo della sofferenza supera il rimedio alle disuguaglianze che le soggiacciono. Dalla storia del saturnismo infantile emerge anche questo. Le funzioni sociali operate dalla malattia e dalla sofferenza implicano di conseguenza che l'antropologia medica, così come la concepisco, sia anche un'antropologia politica e morale.

In conclusione, l'antropologia medica, di cui questa sera ho certamente presentato una lettura incompleta e parziale, è un ambito notevole sotto più punti di vista. Se, mezzo secolo fa, questa si è sviluppata ai margini dell'antropologia, come scrive Arthur Kleinman (*Writing in the margins*), oggi vi occupa un posto centrale sia in termini di numero di studiosi che vi si dedicano, sia per l'importanza dei temi che tratta. Pur se si è prima di tutto costituita, come logico, attorno alla salute, alla malattia e alle medicine, l'antropologia medica ha assorbito e riformulato alcune delle grandi questioni delle società contemporanee: la violenza e la sofferenza, la memoria e il trauma, il genere e la sessualità, la devianza e l'invecchiamento, la scienza e la tecnologia, l'umanitario e i diritti umani. Da questo punto di vista, l'antropologia si comporta un po' come il suo oggetto – la salute, la malattia e la medicina –, che non cessano d'integrare elementi del modo sociale che le erano estranei, che adotta, di cui si appropria e che trasforma.

Anche l'antropologia medica italiana, che si riunisce qui per il suo primo convegno, nel corso dell'ultimo mezzo secolo è cambiata. Senza rinnegare i propri antenati (perché tutti gli etnologi sanno quale sarebbe il prezzo da pagare), chi la pratica fa probabilmente meno riferimento a Gramsci

che a Foucault, Fanon, Arendt o Agamben, e rivendica forse una vicinanza maggiore con Marc Augé, Nancy Scheper-Hughes, Veena Das o Mariella Pandolfi che con Ernesto de Martino. In questi movimenti, che fanno parte della vita della ricerca e del pensiero, mi è sembrato tuttavia di ravvisare delle linee di forza. Nei libri di Ivo Quaranta, Giovanni Pizza, Roberto Beneduce, Alessandro Lupo, Michela Fusaschi o Pino Schirripa (e mi perdonerete se cito solo alcuni nomi che mi sono familiari, dimenticandone altri che dovrebbero essermelo), mi sembra che, al di là delle differenze di ambito e oggetto di studio, si ritrovi qualcosa del trinomio che qui ho cercato di esplorare: una riflessione teorica, un pensiero critico e una sensibilità politica. Questo non basta certo a costituire una scuola italiana di antropologia medica (ma ne serve davvero una?). In compenso, tutto ciò definisce il progetto e l'ambizione consacrati da questo incontro.

[traduzione dal francese di Lorenzo Alunni]

Scheda sull'Autore

Didier Fassin, antropologo e sociologo con formazione medica, è “James D. Wolfensohn Professor” presso l’Institute for advanced study di Princeton, School of social science. È inoltre “directeur d’études” all’École des hautes études en sciences sociales di Parigi. In Italia sono disponibili i suoi libri *Ripoliticizzare il mondo* (Ombre Corte, Verona, 2014), *La forza dell'ordine. Antropologia della polizia nelle periferie urbane* (La Linea, Bologna, 2013) e, di prossima pubblicazione, *Quando i corpi ricordano. Esperienze e politiche dell'Aids in Sudafrica* (Argo, Lecce, 2015, Biblioteca di antropologia medica). Il suo ultimo libro è *L'Ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale* (2015) e, fra le sue altre opere, sono da ricordare in particolare *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent* (2010) e *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime* (con Richard Rechtman, 2007), entrambi disponibili anche in inglese.

Riassunto

Cinque tesi per un'antropologia medica critica

In questa lectio magistralis pronunciata in apertura del Primo convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica (Roma, 22 febbraio 2013), viene analizzata con un approccio genealogico la triplice caratteristica che Didier Fassin indica come cuore dell'antropologia medica: la combinazione peculiare di teoria, critica e politica. Dopo una riflessione sui rapporti di forza fra tradizioni intellettuali nelle scienze

sociali, l'Autore prende a esempio un suo studio realizzato in Francia sul saturnismo infantile. Mostra così come può essere costruito un problema di sanità pubblica, quale ruolo può avere l'antropologia e in che modo l'antropologia medica, costituendo un sapere critico, può essere uno strumento particolarmente efficace per comprendere la salute a partire dalla relazione fra scienza e verità.

Parole chiave: saturnismo, critica, sanità pubblica, infanzia, discriminazione, antropologia medica, Francia.

Résumé

Cinq thèses pour une anthropologie médicale critique

Ce texte est issu de la *lectio magistralis* prononcée en ouverture du Premier colloque national de la Société italienne d'anthropologie médicale (Rome, 22 février 2013). L'auteur y analyse, à travers une approche généalogique, les trois caractéristiques qu'il considère comme formant le cœur de l'anthropologie médicale, à savoir la combinaison de la théorie, de la critique et du politique. Après une réflexion sur les rapports de force entre différentes traditions intellectuelles dans les sciences sociales, l'auteur analyse le cas d'une enquête qu'il a réalisée en France sur le saturnisme chez l'enfant. Il montre comment un problème de santé publique peut être produit, quel rôle peut jouer l'anthropologie et dans quelle mesure l'anthropologie médicale, en tant que savoir critique, peut être un outil particulièrement efficace pour comprendre la santé à partir du rapport entre science et vérité.

Mots-clés: saturnisme, critique, santé publique, enfance, discrimination, anthropologie médicale, France.

Resumen

Cinco tesis para una antropología médica crítica

Fruto de la *lectio magistralis* con la cual se abrió el Primer Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Antropología Médica (Roma, 22 de febrero 2013), el presente texto analiza, a través de una perspectiva genealógica, la triple característica que Didier Fassin señala como el eje central de la antropología médica: la peculiar combinación entre teoría, crítica y política. Después de una reflexión sobre las relaciones de fuerza entre distintas tradiciones intelectuales en las ciencias sociales, el autor examina su investigación relativa al saturnismo infantil en Francia. Muestra así cómo se puede construir un problema de sanidad pública, qué rol puede tener la antropo-

logía y de qué manera la antropología médica, que constituye un saber crítico, puede representar un instrumento particularmente eficaz para comprender la salud a partir de la relación entre ciencia y verdad.

Palabras claves: saturnismo, crítica, sanidad pública, discriminación, antropología médica, Francia.

Abstract

Five thesis for a critical medical anthropology

Delivered as the opening keynote speech of the First national conference of the Italian society of medical anthropology (Rome, 22 February 2013), in this text the author analyses through a genealogical approach the triple characteristic he considers as the core of medical anthropology: the combination of theory, critics and politics. After a reflection on power relationships between intellectual traditions even within social sciences, the author analyses the case of a research he conducted in France on lead poisoning pathology on children. He shows how a public health issue can be produced; he discusses which role anthropology can play; and finally analyzes how medical anthropology, as a critical knowledge, can be an effective tool to understand health in the light of the relationship between science and truth.

Keywords: lead poisoning, saturnism, public health, childhood, discrimination, medical anthropology, France.

Antropologia medica e governo dei corpi.

Appunti per una prospettiva italiana

Giovanni Pizza

professore associato di Antropologia medica e di Antropologia culturale, Dipartimento di filosofia, scienze Sociali, umane e della formazione, Università degli studi di Perugia [giovanni.pizza@unipg.it]

Appoggiandosi a un personale percorso di ricerca nel campo dell'antropologia medica, questa relazione "di servizio" presenta, in forma provvisoria, appunti che riflettono sulla elaborazione di una prospettiva italiana nel rapporto fra antropologia medica e governo dei corpi.

Invero questo nostro convegno è il primo congresso nazionale della Società *italiana* di antropologia medica. Vorrei sottolineare proprio questo aspetto: che si tratta di un convegno *italiano*. Cosa implica questo aggettivo oltre l'appartenenza nazionale? A quale specificità, non di "pensiero", ma di pratica teorica, di laboratorio intellettuale, scientifico e politico, esso rimanda?

Rinunciando in questa sede a svolgere una rassegna esaustiva degli studi sul tema in oggetto, pur tenendo conto delle ricerche nel campo internazionale, vorrei delineare, seppur rapsodicamente, alcuni tratti di una simile prospettiva "italiana" in antropologia medica. Innanzitutto chiedendo: come mai la costruzione di una linea di pensiero filosofico italiano, nota come *Italian theory*, non ha tenuto conto del contributo pratico-teorico dell'antropologia italiana, e in primo luogo dell'opera di Ernesto de Martino? Il nostro obiettivo qui dovrebbe essere quello di rivolgere all'antropologia medica italiana uno sguardo di rivisitazione di una "linea" critica sulla questione del rapporto fra i corpi e l'azione di governo. Occorrerebbe svolgere tale percorso in primo luogo, riesaminando il cosiddetto "asse" Antonio Gramsci - Ernesto de Martino, ripensandolo in una chiave inedita e libera dai vincoli identitari della storia degli studi nazionali; in secondo luogo, riconsiderando, in questa luce italiana, il punto di vista antropologico medico sul tema biopolitico, o direi piuttosto fisico-politico, in distinzione dalla linea classica foucaultiana e con una maggiore attenzione alla declinazione gramsciana.

Prassi vivente: riconsiderare l' "asse" Gramsci-de Martino

In un recente scritto ho provato a riaprire il fascicolo del rapporto fra Antonio Gramsci ed Ernesto de Martino (PIZZA G. 2013). Rimando ad esso per l'approfondimento necessario. Si tratta, di un'operazione a mio avviso ineludibile in questa fase, ma di certo complessa. Non soltanto per la straordinaria grandezza delle due figure. Ma anche perché c'è da affrontare un "binomio" identitario, un tratto specifico di una *legacy* di lungo periodo delle scienze antropologiche italiane. Ogni confronto attuale ha dunque il dovere di essere molto più vigile che in passato rispetto al rischio discorsivo, che le genealogie accademico-disciplinari corrono, di cedere al "mito di fondazione", volto ad ancestralizzare gli antenati. Ho provato dunque a farlo andando oltre il de Martino gramsciano sul folklore, e tornando a confrontare il de Martino che legge Gramsci nel 1948 con il de Martino che lo allontana nel volume postumo *La fine del mondo* (DE MARTINO E. 1977). La riflessione ha riguardato il carattere talora paradossale di questi avvicinamenti e allontanamenti.

Provando a liberarci dalle pertinenze storico-disciplinari della lettura canonica demartiniana di Gramsci, il pensiero e l'opera dei due intellettuali può riscoprire in chi li accosti liberamente e li rilegga in parallelo intimità e distanze nuove, diverse da quelle già esplorate. C'è una radice fondante che suggerisce una cornice legittima per un accostamento più libero fra i due intellettuali. Essa affonda nella prima impressione che de Martino ebbe alla lettura dei *Quaderni*, nell'anno in cui si avviò il laboratorio istituzionale democratico italiano, il 1948. Una lettura i cui esiti appaiono sporgersi fino al dibattito odierno. Infatti, riconsiderando i primi scritti che seguirono la lettura diretta di Gramsci da parte di de Martino (cfr. PIZZA G. 2013), il tratto saliente, quello che forse è in grado di rivelarci la qualità della prima percezione demartiniana della prosa gramsciana, risiede a mio avviso nella ripetizione dell'aggettivo *vivente* per descrivere la potenza del marxismo gramsciano e della stessa scrittura dei *Quaderni*, pur in stato di «abbozzo». Tale comprensione della dimensione "vivente" del rapporto fra classe operaia e produzione di una nuova cultura, da un lato ricorda la «filologia vivente» (GRAMSCI A. 1975: 1430) proposta da Gramsci stesso come indicazione consapevole del proprio metodo di analisi dei processi sociali e culturali; dall'altro lato, in riferimento al dibattito attuale, conferma una linea di esplorazione interessante della tradizione filosofica italiana: quel *pensiero vivente* tipico della *Italian theory* tracciato recentemente dal filosofo Roberto Esposito all'interno del quale la figura di Ernesto de Martino potrebbe essere inclusa, accanto a quelle di Gramsci e Pasolini (ESPOSITO R. 2010).

Se è vero che inserendo il sapere antropologico in una genealogia filosofica occorrerebbe parlare forse, con più coerenza, di una *Italian theoretical practice*, stante il carattere pratico-teorico e non teoretico del metodo antropologico, d'altra parte è proprio l'aggettivo *vivente*, riconosciuto alle pagine di Gramsci e frequente anche nel lessico gramsciano, ad essere costitutivo della dimensione etnografica in particolar modo quando intenda esplorare i mondi della sofferenza umana: quella capacità sperimentale di attingere conoscenza nel punto più vicino alle esperienze delle persone in carne ed ossa. In questa direzione si può rafforzare una linea di lettura che approfondisca la vicinanza fra l'etnologo napoletano e il politico sardo così come essa si determina a partire da una connessione non tanto diretta o reale, ma determinata da una "aria di famiglia".

Se de Martino parte da una formazione filosofica idealistica ma sceglie poi l'etnografia quale esito di un suo percorso di emancipazione dall'idealismo, analogamente il metodo della «filologia vivente» di Gramsci muove da una profonda e autonoma dimensione antropologica, che collega cultura, corpi e poteri, «una antropologia, come egli stesso la definisce (GRAMSCI A. 1975: 1917), dalle dense e attuali implicazioni, a mio avviso ancora da attingere in tutta la loro complessità e ampiezza. Forse la vicinanza dell'antropologia alla filosofia trova in quella caratteristica *vivente* del pensiero italiano un elemento di motivazione che supera la ragione genealogica. Si ricorderà come l'ultimo de Martino ponga con accenti nuovi la centralità della questione corporea, rifacendosi a Marcel Mauss o a Marcel Proust, per osservare il rapporto fra il corpo e i processi che puntano ora a motivarlo ora ad annientarlo. Perché in quella analisi Gramsci non torna, ma anzi è allontanato? Come da questa radice sviluppiamo una possibile linea italiana nuova di analisi critica del rapporto fra corpi e poteri?

Sulla dimensione fisico-politica

In un diverso campo di ricerca, Berardino Palumbo aveva già elaborato i tratti di una antropologia dello stato nazionale italiano, mostrando come l'antropologia politica dei processi di patrimonializzazione, da lui inaugurata in Italia alla fine degli anni Novanta del secolo scorso, andasse affrontata con etnografie capaci di svelare la vocazione governamentale delle istituzioni patrimoniali (PALUMBO B. 2003, 2009).

Nel peculiare campo antropologico medico va rilevata a maggior ragione la strategica centralità dell'intreccio fisico-politico. Il campo sanitario,

per esempio, offre presenze concrete che talora costituiscono sporgenze e rischi di “crisi di presenza” sia dal versante dei sofferenti, sia da quello degli operatori, talora anche nei termini di incarnazioni del “male politico” nei contesti sanitari, allorché il confine tra cura e violenza si assottiglia producendo fenomeni sociali spesso classificati come esempi di “bioetica”. Si sviluppano dunque possibili linee etnografiche che alludono ad antropologie politico-fisiche, antropologie critiche delle prassi corporee, necessariamente riflessive e coinvolgenti il corpo stesso dell’etnografo. La questione, non ossimorica, dell’incorporazione trasformativa o quella dell’*embodied engagement* costituiscono oggi ineludibili atti critico-riflessivi del momento etnografico.

Nel volume 27-28 di “AM” che con Helle Johannessen curammo nel 2009, pubblicando una selezione di relazioni di un convegno internazionale organizzato in Danimarca nel 2006, si cercò di coniugare le consapevolezze dell’antropologia medica sulla nozione di *embodiment* con quelle dell’antropologia politica connesse a una lettura etnografica dello Stato nella esperienza quotidiana (PIZZA G. - JOHANNESSEN H. cur. 2009). In un testo a carattere generale, avevo provato a incrociare le consapevolezze politiche dell’antropologia medica col pensiero e l’opera di Antonio Gramsci, avvicinando la riflessione di Thomas Csordas sull’*embodiment* come paradigma per l’antropologia (CSORDAS T. 1990) a una urgente rivisitazione della nozione demartiniana di “presenza” (PIZZA G. 2005). In effetti la nozione demartiniana di “presenza” andrebbe ripensata alla luce del paradigma biopolitico e delle teorie dell’agentività sviluppatesi nella antropologia contemporanea (ibidem). Con Andrea F. Ravenda, autore di uno studio su migrazione e stato di eccezione in Italia, in cui tale operazione di critica italiana del biopolitico è avviata (RAVENDA A.F. 2011), provammo a farlo, coordinando i lavori di ricercatori impegnati a osservare etnograficamente le localizzazioni dell’azione governamentale dello Stato sui corpi dei migranti o meglio, come dicemmo, delle *presenze internazionali* (PIZZA G. - RAVENDA A.F. cur. 2012).

Vorrei dunque qui richiamare ancora l’importanza di considerare la caratura politica della “presenza” demartiniana, per liberare uno spazio nuovo di ripensabilità della nozione, sottraendola a psicologizzazioni e a un certo meccanicismo interpretativo che ne riducono la presa euristica e politica. Si potrebbe in questa chiave ulteriormente riflettere sulle letture demartiniane della magia terapeutica e sul rapporto “agire-essere agiti”, appunto in chiave agentiva, tornando a *Sud e magia* per rivalutarne la forza teorica e critico-politica (DE MARTINO E. 1959). In questa ottica andrebbe inoltre affrontata una contraddizione forte del pensiero antropologico-politico

demartiniano: la mancanza in de Martino di una teoria dei rapporti fra il corpo e lo Stato al confronto, invece, con la forte insistenza di Gramsci sulle iniziative di volontà collettiva e dunque sulle capacità di agire popolari, radicata proprio su una micro-analisi delle esperienze fisico-politiche, definita in termini di molecolarità (PIZZA G. 2003, 2007, 2013) cioè in termini che investono microfisicamente i rapporti fisico-politici tra il corpo e lo Stato, nella dimensione quotidiana della statualità.

Vita corporea dello Stato

Ogni ricerca antropologico-medica non può oggi non includere una riflessione sul rapporto dialettico corpo-Stato, sulla relazione fra esperienza corporea ed esperienza della sovranità. Ancora Gramsci, dunque, può aiutarci ad aprire una comprensione dell'egemonia all'analisi dei rapporti fra il corpo e l'azione di governo su di esso. Oltre la nozione di "senso comune", ciò significa entrare nella dimensione "molecolare", fino ad esaminare uno dei tratti costitutivi della egemonia, ripensata su basi corporee: il concetto di «seconda natura» che in Gramsci è cosa diversa dall'*habitus* bourdieano e dalla biopolitica foucaultiana (PIZZA G. 2012). Questa nozione gramsciana è fondamentale nei contesti in cui spesso i praticanti dell'antropologia medica si trovano a fare etnografia.

La comprensione da parte di Gramsci della vita corporea dello Stato può contribuire in maniera decisiva alla disarticolazione critica di realtà naturalizzate, nei mondi di esperienza della malattia e della sofferenza. Ciò si rivela fondamentale per una etnografia dei processi di incorporazione nella gestione istituzionale della salute, delle persone, della vita stessa. L'etnografia condotta in tale prospettiva in campo biomedico può produrre estensioni della conoscenza dei processi fisico-politici attivati nei contesti istituzionali in cui le pratiche mediche prendono vita.

La posta in gioco nella costruzione/decostruzione dialettica della seconda natura è l'acquisizione di una consapevolezza critica del proprio posizionamento nei processi di trasformazione. Una consapevolezza che può motivare le scelte per agire per o contro il cambiamento. La dialettica di costruzione della seconda natura incarna una serie di relazioni attive, in una rete che unisce persone, istituzioni, tecnologie, dispositivi. Si tratta, gramscianamente, di relazioni non meccaniche, ma organiche, molteplici ed eterogenee. Esse includono qualità umane espresse nella dimensione quotidiana e che qualificano i rapporti professionali, rendendo artificiosa ogni distinzione tra esperienza etnografica ed esperienza di vita e cor-

relando in tal modo la consapevolezza critico-riflessiva al cambiamento sociale.

Una prospettiva italiana sul rapporto fra antropologia medica e governo dei corpi, si fonda, responsabilmente, sulla scelta consapevole di elaborazione di una conoscenza critica della complessa rete di contesti e relazioni di cui l'etnografo/a è uno dei nodi cruciali.

Prassi teorica vivente, ad alto valore riflessivo e a forte agentività relazionale, l'etnografia produce presenza politica, agisce la scena sociale illuminando esperienze e conoscenze pratiche e incorporate che risultano messe in ombra in campi come quello biomedico, in cui i rapporti di forza esistenti impongono una rigida selezione di ciò che è ritenuto superfluo, indicibile, impraticabile.

È la valorizzazione di tali aspetti oscurati che consente a una prospettiva antropologica italiana di influenzare i rapporti di potere nei termini di un cambiamento sociale non necessariamente votato al fallimento. In questi termini una antropologia medica critica di prospettiva italiana può contribuire alla comprensione autocritica e auto etnografica del governo dei corpi.

Riferimenti bibliografici

DE MARTINO Ernesto (1959), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.

DE MARTINO Ernesto (1977), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, a cura di Clara GALLINI, Einaudi, Torino.

ESPOSITO Roberto (2010), *Pensiero vivente. Origine e attualità della filosofia italiana*, Einaudi, Torino.

GRAMSCI Antonio (1975), *Quaderni del carcere*, edizione a cura di Valentino GERRATANA, Einaudi, Torino.

PALUMBO Berardino (2003), *L'Unesco e il campanile. Antropologia, politica e beni culturali in Sicilia orientale*, Meltemi, Roma.

PALUMBO Berardino (2009), *Politiche dell'inquietudine. Feste, passioni e poteri in Sicilia*, Le Lettere, Firenze.

PIZZA Giovanni - RAVENDA Andrea F. (2012) (curatori), *Presenze internazionali. Prospettive etnografiche sulla dimensione fisico-politica delle migrazioni in Italia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 33-34, ottobre 2012.

PIZZA Giovanni - JOHANNESSEN Helle (curatori) (2009), *Embodiment and the State. Health, biopolitics and the intimate life of State powers*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 27-28, ottobre 2009.

PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

PIZZA Giovanni (2007), *La questione corporea nell'opera di Franco Basaglia. Note antropologiche*, "Rivista Sperimentale di Freniatria. La rivista della salute mentale", vol. CXXXI, n. 1, 2007, pp. 49-67.

PIZZA Giovanni (2012), *Second nature: on Gramsci's anthropology*, "Anthropology and Medicine", vol. 19, n. 1, april 2012, pp. 95-106.

PIZZA Giovanni (2013), *Gramsci e de Martino. Appunti per una riflessione*, pp. 77-121, in “Quaderni di Teoria Sociale”, Perugia, Morlacchi, luglio 2013.

PIZZA Giovanni (in corso di stampa), *Il tarantismo oggi. Antropologia, politica, cultura*, Carocci, Roma.

RAVENDA Andrea F. (2011), *Alì fuori dalla legge. Migrazioni, biopolitica e stato di eccezione in Italia*, Ombre Corte, Verona.

Scheda sull'Autore

Giovanni Piza è nato a Nola (provincia di Napoli) nel 1963. È professore associato presso il Dipartimento di filosofia, scienze sociali, umane e della formazione della Università degli studi di Perugia, dove dirige la Scuola di specializzazione in beni demoetnoantropologici.

Si è laureato nel 1986 in Lingue e letterature straniere presso l'Istituto universitario orientale di Napoli, con una tesi in Storia delle religioni diretta da Alfonso Maria di Nola. Ha conseguito il D.E.A. in Anthropologie sociale et Ethnologie presso l'EHESS di Parigi nel 1991, nel 1994 il Dottorato di ricerca in scienze antropologiche e nel 1996 il post-dottorato presso l'Università di Roma “La Sapienza”.

Ha insegnato antropologia medica in diversi atenei italiani ed europei. Già visiting professor presso la University of Southern Denmark (Danimarca) e la University of Pécs (Ungheria), è membro del Consiglio direttivo della SIAM (Società italiana di antropologia medica) ed è iscritto ad altre associazioni antropologiche italiane ed internazionali.

Le sue prime ricerche hanno riguardato le pratiche magico-religiose della “medicina popolare” in Campania. Ha lavorato sulle figure della corporeità femminile, sul tarantismo, la possessione spiritica, in una prospettiva etnografica e comparativa. Ha portato a termine una etnografia in Salento (Puglia) sui processi di patrimonializzazione/mercificazione della memoria antropologica e del tarantismo. Si interessa di antropologia medica, studi gramsciani, migrazioni, processi di incorporazione e patrimonializzazione, e ha coordinato una ricerca etnografica di gruppo sulle diagnosi precoci della malattia di Alzheimer presso l'ospedale di Perugia.

Tra i suoi lavori: *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo* (Roma, 2005); *Embodiment and the State* (curatore, con H. Johannessen, 2009), *Presenze internazionali* (curatore con A.F. Ravenda, 2012); *La vergine e il ragno. Etnografia della possessione europea* (Lanciano, 2012); *Il tarantismo oggi. Antropologia, politica, cultura* (in corso di stampa, Roma, 2015).

Riassunto

Antropologia medica e governo dei corpi. Appunti per una prospettiva italiana

In riferimento a un personale percorso di ricerca nel campo dell'antropologia medica, l'Autore presenta, in forma provvisoria, appunti che riflettono sulla elaborazione di una prospettiva "italiana" nel rapporto fra antropologia medica e governo dei corpi.

Parole chiave: antropologia medica, corpo, stato, biopolitica, Italy, Gramsci, de Martino.

Resumen

Antropología médica y gobierno de los cuerpos. Notas para una perspectiva italiana

En referencia a una trayectoria personal de investigación en antropología médica, el autor presenta, con carácter provisional, notas que reflejan el desarrollo de una perspectiva "italiano" en la relación entre la antropología médica y el gobierno de los cuerpos.

Palabras clave: antropología médica, cuerpo, estado, biopolítica, Italia, Gramsci, de Martino.

Résumé

L'anthropologie médicale et le gouvernement des corps. Notes pour une perspective italienne

En référence à une démarche personnelle de recherche en anthropologie médicale, l'auteur présente, sur une base intérimaire, des notes qui reflètent le développement d'une perspective «italien» dans la relation entre l'anthropologie médicale et le gouvernement des corps.

Mots-clés: anthropologie médicale, corps, état, biopolitique, Italie, Gramsci, de Martino.

Abstract

Medical anthropology and government of bodies. Notes for an Italian perspective

In reference to a personal path of research in medical anthropology, the author presents some provisional notes that reflect the development of an «Italian» perspective in the relationship between medical anthropology and government of bodies.

Keywords: medical anthropology, body, state, biopolitics, Italy, Gramsci, de Martino.

Ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza

Pino Schirripa

professore associato in Antropologia culturale, Dipartimento di storia, culture, religioni, Sapienza - Università di Roma
[pino.schirripa@uniroma1.it]

Ripolitizzare il mondo significa spostare lo sguardo dalle forme della politica alla sua stessa materia. La politica è ciò che trasforma le vite, agisce sui corpi, mette in moto la morale. Pertanto la questione della democrazia non si pone più soltanto in termini di rappresentanti e governanti, ma di uguaglianza e di giustizia, di trattamento degli stranieri e delle minoranze, di risposta ai problemi della disoccupazione e della povertà, di riconoscimento delle forme di violenza e di dominazione esercitate all'interno della società.

(FASSIN D. 2014: 15-16)

1. Le ineguaglianze in salute, un tema che ritorna

Il nesso tra salute e ineguaglianze non è certo nuovo nel dibattito nelle scienze sociali. In effetti, già nel 1842, Chadwick metteva in chiaro l'evidenza che fossero le classi sociali più deboli e i soggetti più deprivati ad essere maggiormente esposti alle epidemie e a malattie di ogni genere, e che avevano una mortalità precoce più alta. Recentemente Paul Farmer (FARMER P. 2008) notava, in maniera provocatoria, come il nesso tra le condizioni materiali di esistenza e l'insorgere di patologie fosse già netto nelle analisi e nelle crude descrizioni che nella seconda metà del XIX secolo erano state compiute da Rudolf Virchow e da Friedrich Engels.

Eppure il tema sembra essere tornato prepotentemente alla ribalta negli ultimi decenni, con accenti nuovi e prospettive innovative; ed è al centro di numerosi dibattiti e polemiche in discipline quali l'antropologia medica, la sociologia e l'epidemiologia, travalicando spesso le riviste specializzate e le arene accademiche per coinvolgere quanti, a diverso titolo, lavorano nelle agenzie internazionali o in organizzazioni che, a vari livelli, intervengono nel campo della salute e nelle sue concrete politiche.

Quanti hanno svolto delle ricognizioni, più o meno esaustive, dell'imponente dibattito sulle ineguaglianze in salute che si è sviluppato negli

anni recenti hanno trovato delle forti continuità tanto nelle analisi che, soprattutto, nelle ipotesi esplicative con quanto era al centro del dibattito un secolo fa. È, ad esempio, il caso di Carlisle, che in un suo contributo su “Critical Public Health” notava che «vi sono anche elementi di continuità tra i modelli comportamentistici/ereditari [di un secolo fa] e le spiegazioni contemporanee che postulano la patologia degli stili di vita e delle culture, l'impatto determinante dei fattori biologici, o la natura endemica delle ineguaglianze in tutte le società» (CARLISLE S. 2001: 269). Questi elementi di continuità si spiegano a mio avviso con il fatto che si persegue a cercare un modello esplicativo – sia esso fondato sulla biologia, sullo stile di vita o sulla “cultura” – che dia conto del peso che le ineguaglianze hanno nel mantenimento o nel ripristino della salute in una serie di fattori la cui applicabilità trascenda gli specifici contesti sociali, e l'impatto delle politiche sanitarie e delle ideologie che li ispirano. Le ineguaglianze in salute non possono essere spiegate solo riferendosi al capitale sociale degli individui⁽¹⁾, alle dannose abitudini di vita e ai modelli che li ispirano, alle “cattive” abitudini culturali o infine ai problemi connessi alla povertà e quindi alle difficoltà di accesso alle risorse di cura, comunque queste ultime si vogliano intendere. È l'ineguaglianza in sé che deve essere messa in questione. Notavano Nguyen e Peschard in una loro nota rassegna critica sull'ineguaglianza in salute:

«Un corpo crescente di ricerche epidemiologiche indica oggi che l'ineguaglianza sociale contribuisce a una cattiva salute indipendentemente dal livello di reddito, fornendo così la prova che gli effetti della gerarchia sociale possono intervenire su popolazioni complessive e non solo su gruppi discreti. Questo indicare mostra che, allo stesso livello assoluto di reddito, un individuo che viva in una società più egualitaria sarà più sano di uno che invece vive in una società meno egualitaria» (NGUYEN V.K. - PESCHARD K. 2003: 449)

Diventa invece cruciale ragionare, in termini di eguaglianza e ineguaglianza, su come l'ideologia neoliberista, dominante oggi non solo nel Nord del pianeta, abbia contribuito a un peggioramento generale delle condizioni di salute delle popolazioni. Questo non solo per l'impoverimento di una buona fascia della popolazione mondiale, ma soprattutto a causa dello smantellamento delle risorse sanitarie di pubblico accesso dovuto al ritirarsi degli stati dai settori fondamentali della economia e dei servizi. Anticipando quanto dirò più ampiamente nelle conclusioni, credo che una antropologia medica che si voglia militante, o che almeno punti ad un uso sociale del suo bagaglio di sapere e conoscenze, debba proprio, attraverso il minuto lavoro etnografico, dar conto di come le ineguaglianze in salute siano oggi inestricabilmente legate al diffondersi

del modello neoliberista. Di come cioè il peggioramento complessivo delle condizioni di vita delle popolazioni, e quindi anche della salute, sia essenzialmente un problema *politico* che bisogna quindi di una analisi che, scientificamente fondata, dia risposte politiche.

2. Neoliberismo, piani di aggiustamento strutturale e salute

A generare il rinnovato interesse verso il tema delle ineguaglianze c'è certamente la constatazione che l'impressionante sviluppo della biomedicina e soprattutto dei suoi apparati tecnologici (sotto forme di nuovi strumenti e di nuovi farmaci), che hanno comportato un accrescimento delle sue capacità di diagnosi (soprattutto a livello di diagnosi precoce), di intervento terapeutico e di gestione delle patologie (che ha reso croniche malattie prima mortali), non si è accompagnata a un altrettanto evidente miglioramento dello stato di salute delle popolazioni. Si può anzi dire che, a livello planetario, il livello di salute stia per molti versi peggiorando, come dimostrano, da un lato, la sempre più forte diffusione di malattie non trasmissibili – dal diabete a quelle degenerative – e, dall'altro, la recrudescenza in forme farmaco-resistenti di patologie che si pensava fossero sotto controllo, quali la tubercolosi.

Non è solo questo ad avere alimentato il dibattito. Il rinnovato interesse per il nesso tra ineguaglianza sociale e patologie nasce anche dalle profonde trasformazioni che si sono operate negli ultimi decenni nelle politiche sanitarie, dove la prospettiva neoliberista, sempre più egemone, ha imposto una sanità sempre più orientata verso il mercato e le sue logiche⁽²⁾. La convinzione di base di tale approccio è che una sanità attenta ai costi e ai ricavi possa in qualche modo contenere le spese, sempre più alte, del sistema sanitario e portare verso un sistema che sposi l'efficienza con l'efficacia. Alcuni di questi teorici, a volte, si ricordano di aggiungere al binomio efficienza/efficacia il termine "equità". Un tale tipo di prospettiva, che oltretutto va di pari passo con la dismissione di parti significative dell'intervento pubblico a favore di quello privato, si sta imponendo non solo nell'Occidente industrializzato, ma in buona parte dei paesi del continente africano e asiatico, così come nella parte meridionale di quello americano, con costi altissimi per lo stato di salute della popolazione e per la capacità degli individui di fronteggiare stati cronici di malattia e condizioni acute.

La qualità della vita nella maggior parte dei Paesi si è deteriorata negli ultimi decenni, a seguito della disgregazione socio-economica, dei feno-

meni sempre più eclatanti e diffusi di violenza, delle migrazioni forzate, delle guerre i programmi di aggiustamento strutturale portati avanti dal Fondo Monetario Internazionale e dalla Banca Mondiale nei paesi in via di sviluppo hanno certamente comportato un aumento della ricchezza per una fetta della popolazione, ma per la maggioranza hanno significato un aumento della povertà e un aggravarsi dei problemi psicosociali. Un numero crescente di persone, di emarginati ed esclusi, hanno perso il potere di controllo sulla propria vita e di capacità di decisione sul proprio destino. In molte parti del mondo, le reti familiari e i sistemi di supporto delle comunità sono stati erosi, indebolendo così ancora di più le capacità degli individui di fronteggiare e agire anche rispetto alle istituzioni nazionali e transnazionali. Tutto ciò è stato ripetutamente sottolineato da quanti, antropologi e non, hanno riflettuto sulle conseguenze sociali dei piani di aggiustamento strutturale. In una rassegna critica sul dibattito intorno a questi temi James Pfeiffer e Rachel Chapman notavano proprio come sulle conseguenze catastrofiche di tali piani sulla salute delle popolazioni ci fosse un accordo generale tra analisti di varie discipline: «Al di là del panorama antropologico, vi è una letteratura autorevole che documenta come i piani di aggiustamento strutturale colpiscano una vasta gamma di determinanti sociali della salute» (PFEIFFER J. - CHAPMAN R. 2010: 152)⁽³⁾.

Diversi ricercatori hanno evidenziato, in questi ultimi anni, come i dati macroeconomici dimostrino che lo iato nella differente produzione di ricchezze tra i paesi occidentali e quelli in via di sviluppo sia diminuito. E quindi come si possa parlare di una distribuzione meno diseguale della ricchezza a livello planetario. In realtà questo dato, che è pure evidente, rischia di essere fuorviante. Come ha recentemente mostrato Rob Clark in un bel saggio pubblicato su "Social Problems" (CLARK R. 2011), questo dato infatti si accompagna a una crescita delle diseguaglianze entro i singoli paesi. Ciò significa che i flussi di ricchezza all'interno di ogni paese interessano comunità sempre più ristrette di individui. Chi è fuori da questo circuito vede invece diminuire le sue risorse e con esse le sue capacità di azione e di controllo. Peggiori condizioni di vita, di alimentazione, maggiori difficoltà nell'accesso ai servizi di cura e di prevenzione e altro ancora sono il corollario di questa situazione.

Questi dati vanno ribaditi perché danno il senso di come, nelle ultime decadi, le diseguaglianze si siano acuite, e di come i connessi problemi di salute siano aumentati.

Quale può essere il ruolo dell'antropologia medica in questo contesto? In che modo le descrizioni etnografiche, le analisi e più in generale il

bagaglio concettuale e teoretico della nostra disciplina e le sue prospettive teoriche possono dire qualcosa su questo nesso?

Si può partire da una constatazione: proprio grazie alla nostra peculiare storia disciplinare noi abbiamo molto da dire. È proprio il nostro modo di interrogare e leggere i fatti sociali nella loro contestualizzazione e nella profondità storica che ci rende interlocutori attivi in questo dibattito. Una quindicina di anni fa Gilles Bibeau discutendo del ruolo degli antropologi nel lavoro in politica sanitaria scriveva:

«In qualunque paese gli antropologi lavorino nel campo della sanità pubblica (in via di sviluppo o nei paesi più sviluppati), qualunque cosa facciano nella promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione (ad esempio, le campagne per il sesso sicuro, la promozione di programmi di scambio di siringhe tra i tossicodipendenti, gli studi degli itinerari terapeutici, la formulazione di misure culturalmente appropriate per controllare la tubercolosi o la malaria), e chiunque possano essere i loro colleghi (educatori sanitari, esperti di comunicazione, demografi, epidemiologi, psicologi sociali, nutrizionisti, amministratori sanitari, assistenti sociali, ecc.), gli antropologi tendono a utilizzare un quadro disciplinare organizzato attorno a tre parametri fondamentali: un focus sulla conoscenza locale, una sensibilità culturale, e un radicamento nella comunità» (BIBEAU G. 1997: 246)

Anche Pfeiffer e Chapman insistono su come l'antropologia possa giocare un ruolo attivo e importante in questa fase in cui le diseguaglianze in salute si sono acuite:

«Se, come sostiene Farmer, i diritti sociali ed economici sono diritti umani, il ruolo di un robusto settore pubblico e del governo emerge come vitale; non sufficiente, ma necessario a garantire il diritto alla sopravvivenza. Visto in questa luce, lo smantellamento sistematico, operato all'interno dei piani di aggiustamento strutturale, dei servizi pubblici per la salute, l'educazione, l'agricoltura, l'acqua e delle reti di salvaguardia è giustamente vista come una guerra contro i poveri, la cui violenza si misura nei termini di crescenti tassi di morbidità, malnutrizione, mortalità, perdita di salute e di quei dati di distruzione della comunità difficili da quantificare che gli antropologi hanno tentato di rappresentare. In termini pratici, la lotta per la salute pubblica nell'era dell'aggiustamento strutturale è quindi la lotta per preservare. Rinnovare e rivitalizzare l'idea e il ruolo della sfera pubblica» (PFEIFFER J. - CHAPMAN R. 2010: 158).

Si tratta di considerazioni sulle quali tornerò nelle conclusioni, per il momento vorrei brevemente soffermarmi su come il problema delle diseguaglianze è stato discusso e analizzato, negli ultimi decenni, dall'antropologia medica.

Non credo che in questa sede si debba tentare di fare un resoconto, il più possibile esaustivo, dello stato dell'arte della nostra disciplina. Né tanto

meno penso che il mio compito sia di fornire una rassegna dei dibattiti e delle ricerche. Mi pare che in questa sede sia più opportuno tentare di individuare alcuni punti critici su cui interrogarsi, e che possano diventare punti di avvio di una discussione con nostri potenziali interlocutori (epidemiologi, sociologi, medici di base ...) che ci possa portare a riflettere assieme sulle possibili prospettive di ricerca e di analisi.

Pertanto, piuttosto che fornire un resoconto del dibattito mi limiterò ad alcuni accenni che mi paiono essere importanti come base di partenza per un discorso critico sulle politiche in sanità. Per restringere ancora il campo, proporrò una riflessione su alcuni contributi dell'antropologia che hanno evidenziato il nesso tra salute e forme di cittadinanza. La scelta deriva proprio dal particolare taglio che intendo dare a questo mio intervento. Riflettere infatti su ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza è un modo – non l'unico forse, ma sicuramente tra i più efficaci – per mettere al centro delle analisi le implicazioni più immediatamente politiche del discorso sulle ineguaglianze, e su come esse si creano entro un quadro in cui la dimensione sovranazionale e quella locale risultano inestricabilmente legate.

3. Forme di cittadinanza

Didier Fassin in un noto saggio sulla genesi dello spazio politico della salute scrive:

«In tutte le società la malattia mette in gioco dei rapporti di potere. Essa si esprime nei corpi attraverso le differenze tra gli individui di fronte al rischio dell'esistenza o alla possibilità di curarsi, che sono altrettanti modi di iscrivere fisicamente l'ordine sociale. Essa si rivela nell'intervento di quelli che sono accreditati della capacità di guarire, che siano sciamani, marabutti o medici, ma anche nelle relazioni che si instaurano tra professionisti della salute e poteri pubblici. Infine si svela nella ricerca di risposte collettive, ad esempio i rituali di purificazione, o programmi di prevenzione, la cui efficacia rappresentata sempre un test dell'autorità tanto tradizionale quanto statale. Iscrizione dell'ordine sociale nei corpi, legittimazione dell'azione dei terapeuti, gestione collettiva della malattia, tre figure nelle quali il potere si manifesta» (FASSIN D. 1996: 3)

Riecheggiando l'idea foucaultiana del passaggio dal potere assoluto del sovrano alle forme di biopotere come marcatore dell'epoca occidentale moderna, Fassin mostra come nella società "premoderna" la disuguaglianza si manifestasse soprattutto con modifiche del corpo determinate attraverso il rituale: una forma di violenza che non si è significativamente tradotta in differenze di morbilità o mortalità tra gruppi che si trovano

a un diverso livello della scala sociale. Nella società moderna, invece, le diseguaglianze nella salute e nell'accesso alle cure diventano incarnate biologicamente, si iscrivono nei corpi riproducendo le ineguaglianze sociali: come evidenziano molte statistiche i tassi di morbilità e mortalità più elevati si registrano tra gli individui più svantaggiati.

Su questa scia Nguyen e Peschard (NGUYEN V.K. - PESCHARD K. 2003) propongono che si distingua tra situazioni ed epoche in cui la violenza della disuguaglianza è più spesso espressa in forma ritualizzata, lasciando tracce visibili sul corpo, da quelle in cui si iscrive sul corpo come differenza biologica e si esprime come "rischio" che deve essere gestito attraverso tecniche di governo. Questa distinzione differenzia gli spazi politici della salute "moderni", in cui il malanno è gestito attraverso istituti specializzati terapeutici e la violenza viene sublimata nelle gerarchie della malattia; dagli spazi di terapia "pre-moderni", quelli su cui ha lavorato l'antropologia classica, come la stregoneria, la possessione spiritica, e altre forme che vengono spesso riferite ai sistemi medici "tradizionali", e infine da ciò che, seguendo Latour, potremmo definire situazioni "a-moderne" (LATOUR B. 1995): spazi dove le linee di demarcazione tra il potere terapeutico e la politica sono ancora più sfocate.

Nelle società contemporanee, siano esse occidentali o meno, quindi la salute, intesa come rischio, viene gestita attraverso appropriate tecniche di governo. Governo degli individui e delle popolazioni, seguendo le idee foucaultiane di "anatomo-politica" e di "bio-politica". L'ineguaglianza in salute è una questione politica perché riguarda tanto la iscrizione nel corpo delle differenze sociali che l'imposizione di modelli normativi che istituiscano i giusti comportamenti e le appropriate discipline del corpo.

Tale imposizione è però occultata nel gioco degli "invisibili" della biomedicina (MARTINEZ HERNAEZ A. 2000). Essa si presenta come un sapere universale e neutrale che non tiene conto della dimensione sociale e culturale, nonché della costruzione storica, delle patologie. Questo gioco ovviamente occulta le ineguaglianze o, quando ne tiene conto, lo fa invocando modelli di comportamento individuali oppure vizi che si possono riferire alla cultura, cioè a quello che nelle letterature dell'OMS e delle agenzie di sviluppo vengono definiti come gli *harmful cultural habits*.

In molti dei suoi lavori, Paul Farmer (2001, 2003, 2006) ha duramente criticato quei modelli riduttivi e, aggiungerei, a-sociali e a-storici, di spiegazione della diffusione delle patologie. Farmer si riferisce a due modelli molto utilizzati dalle agenzie sovranazionali e nazionali nell'approntamento di piani di intervento: il modello epidemiologico di rischio che si basa

sulla attribuzione di responsabilità all'agentività individuale e quello che riposa su più generali modelli culturali. Piuttosto, egli ha sostenuto che si dovrebbe vedere nell'utilizzo di questi modelli un oscuramento delle basi sociali ed economiche, e delle cause politiche, della sofferenza umana. Un utilizzo essenzialistico del concetto di cultura ha oscurato, fin troppo spesso, i meccanismi più profondi di emarginazione, povertà e gli altri fattori socio-economici. La "Cultura" spesso sembra piuttosto offrire degli stereotipi che comodamente giustificano il fallimento medico. Farmer invece insiste su come le cause vadano cercate nella violenza strutturale, nell'accesso limitato al cibo, all'alloggio, all'istruzione e all'assistenza sanitaria.

Come è noto, il concetto di violenza strutturale si riferisce essenzialmente agli effetti delle disuguaglianze, istituzionalizzati in termini di ricchezza e potere, su coloro che sono svantaggiati: soprattutto le donne, i poveri, le persone di colore. Farmer sostiene che non bisogna guardare alla malattia solo in termini di rischio individuale, ma anche evidenziare i suoi legami con la povertà, il sessismo, il razzismo – violenza strutturale – se si vuole meglio comprendere la sua ineguale distribuzione tra le classi e i generi (FARMER P. 2007).

Quel che va sottolineato, tanto in Fassin che in Farmer, è la consapevolezza della necessità di andare oltre l'etnograficamente visibile. Di dar conto cioè delle dimensioni transnazionali e delle profonde radici storiche delle disuguaglianze. Indagare quindi in profondità, dando conto delle complesse e cronologicamente profonde relazioni che intessono e informano ogni situazione di disuguaglianza.

Su questa linea si muovono anche altri antropologi medici criticamente informati. È il caso ad esempio di Briggs e Mantini-Briggs, nel testo *Stories in the time of cholera* (BRIGGS C.L. - MANTINI-BRIGGS C. 2003). I due Autori discutono una serie di narrazioni relative all'epidemia di colera in Sud America che ebbe inizio in Perù nel 1991. Per documentare le storie delle persone che furono infettate dal morbo e che morirono, i due autori dialogarono con diversi soggetti, quali gli abitanti della foresta pluviale e delle cittadine circonvicine in una area del Venezuela, ma allo stesso tempo con funzionari del servizio sanitario nazionale, dell'Organizzazione mondiale della sanità e di altre agenzie sovranazionali. I due antropologi analizzano le varie narrazioni, elaborate dai diversi attori sociali, mostrando come queste siano tra loro "in competizione", restituendo analisi e resoconti differenti rispetto alla epidemie e alle forme di intervento. Quel che, comunque, emerge è il modo in cui le pratiche dei programmatori politici e sanitari hanno dato forma al modo in cui l'epidemia è stata affrontata

e al modo in cui la “razza” e la “malattia” siano state sovrapposte tanto nel lavoro epidemiologico che nelle programmazioni e negli interventi politici. Nella loro indagine i due antropologi mettono a nudo i meccanismi attraverso cui si è realizzata la “razzializzazione” e la patologizzazione culturale delle vittime indigene dell’epidemia di colera in Venezuela.

«Coloro i quali, attraverso le proprie abitudini e disposizioni mentali, sembrano potersi collocare al di là del circolo di rischio del colera erano costruiti come cittadini sanitari [...] Lo Stato si assunse l’obbligo di proteggerli dal *vibrio cholerae* dopo aver loro suggerito che in ogni caso era difficile che rimanessero infettati. Le persone invece che per ignoranza, luogo di residenza, occupazione, povertà, razza e abitudini non igieniche erano sottoposti al rischio dell’infezione, divennero soggetti non-sanitari (*unsanitary subjects*) [...] Poiché i corpi e le menti dei soggetti non sanitari sembrano essere inseparabili dai loro esecrabili ambienti, lo Stato doveva proteggerli dalla loro natura e dai loro desideri, in breve da loro stessi. Allo stesso tempo, lo Stato isolò i suoi soggetti non sanitari perché i cittadini sanitari dovevano essere protetti» (BRIGGS C.L. - MANTINI-BRIGGS C. 2003: 33).

La ricerca di Briggs e Mantini-Briggs si interroga sui meccanismi e i dispositivi, per come tale termine è usato da Foucault, attraverso cui il potere, in questo caso lo Stato venezuelano, designa chi ha le prerogative per rientrare in ciò che essi chiamano la cittadinanza sanitaria, e in che modo i diritti siano riconosciuti o negati a partire da forme di stigmatizzazione che riposano su una particolare visione dei comportamenti culturali che vengono, a loro volta, patologizzati. Con l’affermarsi del modello dello Stato-nazione, diventa centrale il potere di riconoscere chi è che può usufruire dei diritti, o per meglio dire il potere di assegnare la possibilità di accesso a determinate risorse. Chi non rientra in queste categorie viene quindi di fatto escluso. Ancora una volta questa idea ruota attorno al concetto foucaultiano di biopotere. In questo caso “cittadinanza sanitaria” significa che la possibilità di accesso alle risorse viene concessa a chi rientra in schemi comportamentali e culturali di protezione contro il rischio, che devono coincidere con quelli proposti dalle agenzie nazionali e internazionali. Attraverso la patologizzazione culturale, quei comportamenti che non rientrano in tali profili vengono definiti a “rischio” e intere fasce di popolazione vengono marginalizzate o escluse da diverse forme di intervento sanitario. Il comportamento individuale viene quindi schiacciato su quello pensato come culturale per produrre nuove sacche di marginalità.

Non lontani da questo concetto sono quelli di “cittadinanza terapeutica” formulato da NGUYEN (2010) e quello di “cittadinanza farmacologica” di ECKS (2005, 2008). Anche in questo caso, l’accesso alle risorse è mediato

dall'adesione a modelli di comportamento e di attenzione proposti dalle agenzie internazionali e per molti versi dalle ONG. L'accesso alle cure viene quindi declinato sull'adesione ai modelli di rischio decisi altrove e con pretese universalizzanti. In tal modo però gli interventi di aiuto, si pensi al caso descritto da Nguyen, diventano di fatto luoghi di produzione di nuove ineguaglianze basate sulla possibilità di accesso alle risorse. Una possibilità che passa dalla concreta adesione a modelli di comportamento pensati come salutari e positivi. Vorrei solo ricordare come Farmer ha più volte sottolineato che l'adesione a regimi di cura e di prevenzione come quelli proposti nelle agende delle agenzie internazionali e delle ONG non dipende da scelte e volontà individuali, come invece sembrerebbe essere se si sposa la prospettiva di queste agenzie. L'insistenza sulla dimensione individuale, ancora una volta, cela invece il fatto che la mancata adesione a questi protocolli dipende da problemi strutturali di carattere economico e sociale. Osservare un regime farmacologico, o regimi di vita salutari, o ancora impegnarsi per il sesso sicuro, sono spesso chimere quando si vive in situazioni di estrema povertà e di marginalizzazione e si ha un controllo limitato sulle proprie scelte.

Vorrei infine notare come i concetti di cittadinanza "sanitaria", "terapeutica" e "farmacologica", insistendo sul fatto che l'accesso alle risorse venga connesso all'adesione di modelli peculiari, evidenziano come, proprio in tal modo, le agenzie internazionali propongano delle tecnologie di plasmazione del comportamento e del sé. Attraverso queste tecnologie, per riprendere la terminologia foucaultiana, si vengono così a creare delle nuove soggettività.

Se prendiamo in esame altri lavori etnografici, il discorso sulle forme di cittadinanza si arricchisce di ulteriori e inediti elementi. Penso, ad esempio, ai lavori di SARAVIA (2013) sulla tubercolosi in Bolivia, di WHITE (2009) sulla lebbra in Brasile e di PETRYNA sulle vittime di Chernobyl in Ucraina (2002). Quel che emerge da tutte e tre queste ricerche è che in questi casi le patologie piuttosto che essere un danno o, meglio ancora, una condanna per chi ne è afflitto, diventano un meccanismo per l'inclusione politica dei soggetti malati o a rischio, e un modo per lo Stato di gestire il rischio stesso. È chiaro che al centro delle analisi qui discusse vi sia il modo in cui lo Stato esercita il controllo sui cittadini a rischio e ciò che per questi ne deriva.

Si tratta di una costruzione dialettica e inedita che nasce da un complesso insieme di flussi globali: il ruolo delle agenzie sovranazionali ad esempio, ma anche la pressione mediatica internazionale – si pensi a Chernobyl – o

infine il ruolo attivo di ONG e organizzazioni caritatevoli. Questi interagiscono, in varie forme, con le circostanze locali, come ad esempio la mutata situazione politica in Bolivia e la necessità di rifare i conti con un passato coloniale e di dipendenza politica ed economica. Ad esempio, nel suo lavoro, Adriana Petryna analizza la costituzione di ciò che definisce “cittadinanza biologica” nel caso delle persone affette da patologie conseguenti al disastro nucleare di Chernobyl, nell’Ucraina post-socialista. Emerge il fatto che la gestione della malattia, e ancor di più i modi che portano un cittadino – quindi un individuo che può esercitare la sua cittadinanza – a essere inglobato nella categoria di “sofferente”, siano in realtà complesse dinamiche sociali e politiche foriere di contraddizioni. La costruzione di questa cittadinanza biologica emerge come il risultato di azioni e negoziazioni complesse, sia a livello transnazionale che locale. È la stessa identità politica dei soggetti a essere in gioco, attraverso l’azione delle associazioni di malati e le contro-azioni dello Stato. Emerge il modo in cui le relazioni di potere, che in questo caso passano attraverso la medicalizzazione, incidono nei processi di soggettivazione dei sofferenti. La loro soggettività viene costruita attorno all’incidente (*Chernobyl-personhood*), e tale processo si configura come una strategia di sopravvivenza che legittima le strutture di ineguaglianza sociale che sono conseguenze tanto dell’incidente radioattivo che delle radicali trasformazioni economiche dell’Ucraina post-socialista.

Il lavoro di Saravia sulla tubercolosi in Bolivia, aggiunge a queste riflessioni un elemento nuovo e di sicuro interesse. Il processo attraverso cui la patologia diventa un dispositivo di inclusione politica viene definito da Saravia come il “doppio vincolo” della malattia, poiché esso dà luogo a un meccanismo che è, allo stesso tempo, di inclusione e di esclusione. Inclusione, poiché attiva processi di medicalizzazione pianificati dallo Stato, e quindi include il soggetto come legittimo beneficiario di tali azioni; esclusione, perché, in ogni caso, si tratta di patologie fortemente stigmatizzate e che conducono all’isolamento sociale del sofferente. Il prezzo dell’inclusione nel processo di medicalizzazione è il rischio dell’esclusione sociale. È tale meccanismo, inclusivo ed esclusivo, che è la base di una forma di cittadinanza biologicamente fondata.

Il sottile gioco tra flussi globali e realtà locali, tra esigenze e politiche imposte dalle agenzie sovranazionali e la loro concreta traduzione nei contesti locali, è al centro dei testi qui analizzati. Ho cercato di mostrare come, al di là delle ineguaglianze economiche – che restano comunque centrali –, tali giochi politici, definendo criteri di legittimità e di accesso

alla cittadinanza, contribuiscano a creare nuove forme di ineguaglianza che si basano sull'esclusione. Una esclusione spesso fondata a partire dalla costruzione della categoria di soggetto e rischio e di comportamento a rischio.

Paradossalmente, i meccanismi di costruzione di inedite forme di ineguaglianza possono essere visti in opera anche nel campo delle azioni umanitarie e nell'intervento delle organizzazioni caritatevoli. Riferendomi a un caso etnografico preso dal mio lavoro di campo in Etiopia, proprio su questo paradosso vorrei ora riflettere.

4. Ineguaglianze e i paradossi del caritatevole: un caso etnografico

Nell'introduzione a *Ragione umanitaria*, Didier Fassin nota come:

«I sentimenti morali sono diventati una forza essenziale nelle politiche contemporanee: nutrono i suoi discorsi e legittimano le sue pratiche, particolarmente dove tali discorsi e pratiche sono focalizzati sugli svantaggiati e sui dominati, sia a casa (i poveri, gli immigrati, i senzatetto) che altrove (le vittime di carestie, epidemie o guerra) [...] la compassione rappresenta la più completa manifestazione di questa paradossale combinazione di cuore e ragione: la commiserazione che si sente per le disgrazie di un vicino genera l'indignazione morale che può portare all'azione per risolvere tali disgrazie» (2012: 1)

Quel che Fassin cerca di fare, dopo aver illustrato i meccanismi e la lunga tradizione filosofica e religiosa del compassionevole, e dopo essersi interrogato sulla genealogia dell'umanitario, è invece investigare i meccanismi sociali della ragione umanitaria. Ancor di più, interrogandosi sulle pratiche, i discorsi e le ragioni che presiedono a quello che definisce governo umanitario:

«Il concetto di governo umanitario va oltre la definizione usuale che lo restringe agli interventi di aiuto nel terzo mondo e, mimeticamente, corrisponde all'immagine presentata dalle organizzazioni che si definiscono come umanitarie. Infatti l'umanitarismo è diventato un linguaggio che lega inestricabilmente valori e affetti, e serve sia per definire che per giustificare i discorsi e le pratiche del governo degli esseri umani» (2012: 2)

Il libro di Fassin spazia dalle forme di intervento umanitario in Francia, ad esempio con i richiedenti asilo, con i corpi malati degli immigrati, con i poveri, fino alle pratiche di governo umanitario al di fuori dell'Occidente: i malati di Aids in Sud Africa, le vittime di disastri o di conflitti.

Il libro si muove su piani diversi: dalla ricostruzione della genealogia dell'umanitario, alla sua gestione politica, cercando di rendere intelligen-

bile la logica globale della ragione umanitaria. Per molti versi esso è un ragionamento critico sugli assunti dell'umanitario e del compassionevole che occultano, nel senso marxiano del termine, le determinanti sociali delle ingiustizie e delle sofferenze:

«Una critica della compassione è necessaria non a causa dell'attitudine di superiorità che implica, ma perché presuppone sempre una relazione di ineguaglianza. La ragione umanitaria governa le vite precarie: le vite dei disoccupati e dei richiedenti asilo; le vite degli immigrati malati e di chi è affetto da Aids; le vite delle vittime di disastri e di conflitti: le vite minacciate e dimenticate che il governo umanitario riporta in essere, proteggendole e rivelandole. Quando la compassione è esercitata nello spazio pubblico, è comunque sempre diretta dall'alto verso il basso; dal più potente al più debole, al più fragile, al più vulnerabile: quelli che, di norma, possono essere costruiti come le vittime di un destino che li sovrasta» (2012: 4)

Quel che la ragione umanitaria svela, e a volte esibisce, tramite le immagini della sofferenza che sono entrate a far parte del nostro quotidiano mediatico, e che spesso sono il motore di immagine delle campagne di sostegno al caritatevole⁽⁴⁾, è la sofferenza in sé. La condizione intollerabile in cui versa buona parte dell'umanità. Quel che invece sembra celare è la dimensione sociale dell'ineguaglianza. Dimensione che appare sia nelle dinamiche stesse dell'aiuto, che rendono manifesto il divario di potere e forza sociale tra chi dà e chi riceve, sia nel fatto che l'idea di fato o di destino sembra nascondere il dato fondamentale delle determinanti sociali, che sono ad un tempo locali e globali, della sofferenza. Fassin nel suo libro, indaga le varie forme dell'umanitario, in tutte le loro contraddizioni. Dall'intervento degli Stati, che sia esso armato o meno, ma sempre giocato in nome dell'umanitario, a quello delle ONG che intervengono tanto in Occidente, a favore dei diseredati, che nel Terzo Mondo, tra le vittime di disastri così come di quotidiana sofferenza.

Il problema, dunque, non sta nella necessità di rintracciare una ragione cinica o strumentale nell'aiuto, quanto invece in quella di indagare le sottese dinamiche. Dinamiche che rimandano a una genealogia morale dell'umanitario, e più ancora alla possibilità che esso, intervenendo sulla sofferenza, lavori in realtà sull'immagine che la nostra società ha di se stessa, e proponendosi di intervenire sulle altrui sofferenze, agisca per alleviare a noi stessi il peso delle diseguaglianze.

«[...] Propongo che si consideri il governo umanitario come la risposta della nostra società a ciò che è intollerabile nello stato del mondo contemporaneo. Di fronte alla violenza, ai disastri, alle epidemie, e anche alla povertà, all'insicurezza e alla sfortuna, ciò che è intollerabile non è solo la presenza del tragico, ma dell'ineguaglianza in cui essa è immersa [...] La sofferenza del disoccupato, del rifugiato e della vittima di un disastro

non è semplicemente il prodotto di una fatalità ma è anche la manifestazione di un'ingiustizia. La ragione umanitaria, istituendo l'equivalenza delle vite e l'equivalenza delle sofferenze, ci permette di continuare a credere – contrariamente all'evidenza quotidiana delle realtà che incontriamo – in questo concetto di umanità che presuppone che tutti gli esseri umani abbiano uguale valore perché appartengono a una comunità morale. Così il governo umanitario ha per noi un potere salutare, perché salvando vite esso salva qualcosa dell'idea di noi stessi, e perché alleviando sofferenze esso allevia il peso dell'ordine ineguale del mondo» (2012: 252)

Non ho lavorato in contesti di conflitto, o comunque di emergenza. Vero è però che i due Paesi in cui mi sono impegnato nel mio lavoro etnografico, Ghana ed Etiopia, sono al centro, in misura differente e per diverse ragioni, di campagne di aiuto e di cooperazione allo sviluppo, che vedono come protagonisti agenzie nazionali, europee e americane, o sovranazionali, e organismi privati quali le ONG. La domanda che intendo pormi qui è come quella ragione umanitaria di cui parla Fassina lavori nel quotidiano di questi contesti, dove la sofferenza, e quindi l'aiuto, non è dettata dall'emergenza o da una situazione di eccezione ma dalla difficile gestione del quotidiano, appunto. In che modo le pratiche della ragione umanitaria incidono in questo contesto? Quel che voglio capire è fino a che punto l'intervento di organizzazioni caritatevoli, per quanto dettato dalla buona volontà di alleviare sofferenze e incrementare le possibilità di accesso alle cure, non sia invece foriero di nuove e inedite forme di ineguaglianza.

Prenderò in esame un caso etnografico della mia ricerca sul campo in Tigray, uno degli Stati regionali della Repubblica federale democratica di Etiopia.

In Tigray sono molte le ONG che lavorano nel campo sanitario, sia occupandosi della costruzione di strutture poi gestite dallo Stato, sia invece gestendo direttamente luoghi di cura. Anche le agenzie di cooperazione di Stato, tra cui quella italiana, sono molto attive in questo campo. Infine diverse organizzazioni caritatevoli, soprattutto religiose, si impegnano nel dispensare cure per patologie o condizioni specifiche, gratuitamente o a prezzi molto contenuti.

Quel che vorrei indagare, attraverso un esempio specifico, è come tali interventi, ancorché pensati nell'ottica di alleviare sofferenze e di migliorare l'accesso alle cure e quindi la qualità della vita, possono in certi casi avere effetti paradossali, come quello di creare nuove condizioni di ineguaglianza. Per far questo mi concentrerò sul caso della questione della distribuzione dei farmaci.

È bene descrivere brevemente l'organizzazione generale che presiede alla distribuzione di farmaci. Il budget del governo centrale per l'acquisto di medicinali da distribuire poi nei dispensari ospedalieri e nelle farmacie pubbliche è molto limitato. Per tale motivo, in genere, gli acquisti si concentrano su farmaci di costo contenuto e adatti a certe patologie. Ovviamente tale budget viene incrementato anche da donazioni straniere, ad esempio quelle della cooperazione pubblica, e in questo caso l'acquisto di farmaci può anche essere diretto verso altre patologie, ove ciò sia concertato tra i contraenti.

In altri casi invece, organismi sovranazionali, come la Croce Rossa, si impegnano direttamente nell'acquisto di farmaci, partecipando a gare d'acquisto internazionali e, in genere, riuscendo a ottenere grandi quantitativi a prezzi relativamente contenuti.

L'organizzazione della distribuzione pubblica dei farmaci è abbastanza complessa. Per buona parte i farmaci vengono distribuiti dal governo centrale che li ripartisce tra i vari governi regionali, i quali a loro volta redistribuiscono ai livelli amministrativi più bassi (*woreda* e *kebelle*) che si occupano della distribuzione nelle farmacie pubbliche di loro competenza. A questi farmaci bisogna aggiungere quelli che i vari livelli amministrativi comprano con i propri budget, che a volte derivano da donazioni⁽⁵⁾. I farmaci in genere vanno a coprire i bisogni di salute primari per come definiti dalle politiche sanitarie a vario livello. Ci sono quindi i farmaci essenziali, come diversi tipi di antibiotici, e farmaci, o dispositivi medico-chirurgici, che rientrano in specifici programmi di contrasto di alcune malattie – ad esempio la tubercolosi, la malaria, l'Hiv-Aids, la lebbra – o quelle per il *family planning*, che sono distribuiti dal Ministero della salute federale. Il Ministero regionale e gli uffici distrettuali provvedono invece all'acquisto di ulteriori farmaci che non rientrano in tali programmi o per far fronte a situazioni specifiche o ad emergenze⁽⁶⁾.

Le persone più povere sono esenti dal pagamento dei farmaci e delle prestazioni: è l'amministrazione che si fa carico dei loro costi. Affinché ottengano l'esenzione è necessario che esibiscano un certificato rilasciato appositamente dalle amministrazioni zonali (*kebelle*).

Il sistema però presenta alcune criticità su cui vale la pena di riflettere. Innanzitutto può accadere che, per problemi di budget, vi sia una carenza nella distribuzione dei farmaci essenziali, quelli dei programmi prima citati, e che quindi le strutture locali si trovino sprovviste. In questo caso, poiché spesso si tratta di farmaci specifici, è difficile procurarseli anche nelle farmacie private, quindi i pazienti rischiano di rimanere per un periodo senza

copertura, a meno che non si rivolgano al mercato nero dove i prezzi sono sensibilmente maggiori. Lo stesso accade per alcuni farmaci, ad esempio antibiotici, che, nei periodi di carenza, possono essere reperiti nelle farmacie private. Anche in questo caso i pazienti sono costretti a costi alti.

Le limitazioni del budget inoltre fanno sì che spesso le amministrazioni pubbliche, per risparmiare denaro, non si riforniscano di farmaci che sanno essere distribuiti dalle organizzazioni caritatevoli. Questo aspetto è emerso chiaramente da prolungate osservazioni nelle farmacie che ho condotto, durante le nostre ricerche, con Alessia Villanucci (VILLANUCCI A. 2011). Per un lungo periodo è stata presente a Mekelle una struttura clinica gestita da una ONG italiana, che dispensava cure e farmaci dermatologici, altrimenti impossibili da avere nella regione. L'intento, come si vede, era assolutamente comprensibile e per certo l'azione del personale italiano e locale impiegato ha alleviato la condizione di sofferenza della popolazione afflitta da problemi dermatologici, a volte anche gravi. Ma, come dicevo prima, è proprio nel dispiegarsi della ragione umanitaria, certamente fornita di buone intenzioni e capace di pratiche meritevoli, che si nascondono i paradossi del caritatevole, che ovviamente vanno oltre le intenzioni degli attori sociali coinvolti.

La clinica forniva prestazioni e farmaci a prezzi irrisori, facilmente affrontabili da una buona parte della popolazione. Inoltre, forniva i suoi servizi gratuitamente a quanti erano provvisti del certificato rilasciato dalla *kebele*. La presenza di tale clinica che garantiva la fornitura di farmaci dermatologici a prezzi bassi, unita al fatto che non vi erano specialisti in dermatologia nella regione, ha fatto sì che il governo regionale e le amministrazioni locali non investissero in farmaci dermatologici, preferendo utilizzare il denaro per supplire ad altre necessità.

Come si può facilmente evincere, le ragioni dei vari attori sociali erano più che giustificate, e si basavano su una logica facilmente comprensibile se si pensa alla scarsità di mezzi. Nonostante ciò, essa produceva effetti distorsivi che gravavano sulla popolazione. Il fatto che i dispensari pubblici fossero sprovvisti di scorte adeguate di farmaci dermatologici⁽⁷⁾ faceva sì che questi fossero disponibili o nella clinica della ONG, oppure nelle farmacie private, in quest'ultimo caso a prezzi sensibilmente maggiori. Chi, quindi, era appena al di sopra della soglia di povertà che permetteva l'accesso al certificato era costretto a servirsi delle farmacie private. Lo stesso accadeva per tutti gli altri nel momento in cui, per ragioni economiche o organizzative, il dispensario della clinica aveva esaurito la scorta. L'intervento caritatevole, pensato per alleviare una situazione di disagio, contribuisce esso stesso, sia pur in modo indiretto, a creare nuove

forme di ineguaglianza. Poiché non disponibili, indirettamente anche per l'azione del soggetto caritatevole, sul mercato pubblico, i farmaci diventavano quindi difficilmente accessibili, perché disponibili solo nel privato, per quella popolazione che era al di sopra della soglia di povertà. Anche se questo non significava la disponibilità di molto denaro. Ancor di più è evidente l'effetto paradossale nel caso di una carenza di scorte.

La ragione umanitaria è animata da buone intenzioni. Il suo obiettivo, ovviamente, è intervenire per alleviare situazioni di disagio e di sofferenza. Come notava Fassin, essa però manca a volte di incidere sulle situazioni di ineguaglianza in cui lavora. In realtà, il caritatevole presuppone rapporti ineguali, quello tra donatore e ricevente, che mai potrà restituire ciò che ha ricevuto. Il problema è che l'intento caritatevole, la ragione umanitaria, immerso in situazioni di ineguaglianza sociale, pur intervenendo per alleviare sofferenze, rischia, come si è visto, di ingenerare, suo malgrado, nuove forme di ineguaglianza. È questo uno dei paradossi, ma non certo l'unico, della ragione umanitaria.

5. Conclusioni

Ho cercato, trattando delle ineguaglianze, di mettere in luce come esse non si propongano solo a un livello di mera questione di reddito, per quanto il tema della povertà resti centrale. L'accesso ai servizi sanitari, la possibilità concreta di seguire regimi di cura, si lega inestricabilmente con la definizione di altri diritti, come evidenzia il dibattito sulla cittadinanza. Sicuramente il nesso tra diritti umani e diritti sociali, evidenziato più volte da Farmer è centrale, anche se porta con sé il rischio di riproporre, attraverso la pur giusta battaglia per l'accesso ai farmaci, il paradigma universalizzante della biomedicina a detrimento del riconoscimento delle terapie locali (NGUYEN V.-K. - PESCHARD K. 2003). Le ineguaglianze nell'accesso alle cure, in ogni modo queste si vogliano declinare, si lega alla più ampia questione della definizione dei diritti e della cittadinanza, delineandosi così come una questione politica fondamentale. In un suo articolo Farmer (FARMER P. 2008), denunciando giustamente come le ineguaglianze in salute non si possano leggere separatamente da una più ampia analisi, sembra proporre una soluzione ad un tempo più globale, ma forse insufficiente. Riprendendo le parole di un suo collaboratore scrive, a mo' di denuncia e di esortazione, che in fondo il problema è più generale. *"Food, food, food"* esclama il suo collaboratore quando gli si chiede cosa bisognerebbe fare per alleviare i problemi di salute. Mi chiedo però se sia questo il ruolo degli antropologi. Se, quindi, l'etnografia, con il

suo lavoro minuto e in profondità, sia chiamata a rendere evidenti soluzioni, che forse sono già di per sé evidenti. Probabilmente, se pensiamo a un uso sociale della nostra disciplina, possiamo e dobbiamo andare oltre. Occorre riprendere l'appello di Pfeiffer e Chapman che ho già citato, che vedono proprio nella battaglia per la rivitalizzazione della sfera pubblica uno dei compiti fondamentali per gli antropologi e gli scienziati sociali. Vuol dire pensare che rigorose analisi possano produrre un tentativo di riproporre le strette questioni politiche della contemporaneità. Didier Fassin (FASSIN D. 2014) sostiene che oggi l'antropologia ha un compito particolare che gli deriva dal suo stesso statuto, poiché la pratica antropologica, a differenza di quella filosofica, non è normativa, ma descrittiva. Attraverso rigorose analisi, cioè, descrive il mondo per come esso è, e non spiega come invece dovrebbe essere. Questo però può essere un punto di forza nel tentativo di "ripoliticizzare il mondo".

Note

⁽¹⁾ Sulla definizione di capitale sociale, e ancor più sulla sua relazione con la salute, c'è una bibliografia vastissima. Rimando a questo proposito all'accurato repertorio analitico di Massimiliano Minelli (MINELLI M. 2007).

⁽²⁾ Su questo tema la letteratura è vastissima. Oltre agli specifici interventi di antropologi medici, cui mi riferirò in seguito, segnalo qui, tra gli altri, e solo a titolo di indicazione generale: NAVARRO V. - SHI L. (2001), NAVARRO V. (2002) e COBURN D. (2004).

⁽³⁾ In questa sede mi limito a segnalare, tra la letteratura antropologica e non: CASTRO A. - SINGER M. (2004); COBURN D. (2000); HARRIS R.L. - SEID M. (2004); JAMES C.R. - CORBETT K.K. (2009); KAWACHI I. - WAMALA S. (2007); KIM J.Y. - MILLEN J.V. - IRWIN A. - GERSHMAN J. (2000); LABONTÉ R. - SCHRECKER T. - PACKER C. - RUNNELS V. (2009); ROWDEN R. (2009); RYLKO-BAUER B. - WHITEFORD L.M. - FARMER P. (2009); SACHS J.D. (2005); SAHN D.E. - BERNIER R. (1995); SAHN D.E. - DOROSH P.A. - YOUNGER S.E. (1997). Per lavori antropologici che svolgono una critica più complessiva alle applicazioni e agli esiti dei piani di aggiustamento strutturale si vedano: COMAROFF J. - COMAROFF J. (2001); ESCOBAR A. (1995); FERGUSSON J. (2006).

⁽⁴⁾ Scrive infatti FASSIN: "Dobbiamo enfatizzare questo paradosso: mentre lo spettacolo della sofferenza è completamente scomparso dallo spazio pubblico, dove la punizione fisica inflitta ai criminali era un tempo esibita, la rappresentazione delle sofferenze attraverso le immagini e le narrative è diventata sempre più un luogo comune nella sfera pubblica, non solo nei media di cui la propensione all'esposizione dei dettagli più intimi delle pene è ben conosciuta, ma anche nell'arena politica dove fornisce una giustificazione efficace per l'azione (2012: 250).

⁽⁵⁾ Sull'organizzazione della distribuzione pubblica di farmaci ho avuto modo di intervistare diversi funzionari del Tigray Health Bureau tra il 2008 e il 2009. A queste interviste era presente anche Alessia Villanuoci, che in quel periodo lavorava assieme a Aurora massa e Emanuele Bruni a una ricerca sulle malattie dermatologiche in Tigray, finanziata dal Ministero per gli Affari esteri.

⁽⁶⁾ Parte di questi acquisti si sostiene attraverso il sistema del *revolving funds*. In breve, i farmaci vengono venduti dai dispensari pubblici a un prezzo leggermente maggiorato rispetto a quello di costo. Il profitto così ottenuto viene accantonato per far fronte agli acquisti di ulteriori farmaci.

⁽⁷⁾ In seguito, un intervento della cooperazione pubblica italiana ha in parte modificato questa situazione.

Bibliografia

- BIBEAU Gilles (1997), *At work in the fields of public health. The abuse of rationality*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 11, n. 2, giugno 1997, pp. 246-252.
- BRIGGS C.L. - MANTINI-BRIGGS C. (2003), *Stories in the time of cholera. Racial profiling during a medical nightmare*, University of California Press, Berkeley.
- CARLISLE S. (2001), *Inequalities in health. Contested explanations, shifting discourses and ambiguous policies*, "Critical Public Health", vol. 11, n. 3, 2001, pp. 167-281.
- CASTRO A. - SINGER M. (curatori) (2004), *Unhealthy health policy. A critical anthropological examination*, AltaMira Press, Walnut Creek.
- CLARK R. (2011), *World income inequality in the global era: new estimates, 1990-2008*, "Social Problems", vol. 58, n. 4, novembre 2011, pp. 565-592.
- COBURN D. (2000), *Income, inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neoliberalism*, "Social Science & Medicine", n. 51, 2000, pp. 139-150.
- COBURN D. (2004), *Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities*, "Social Science & Medicine", n. 58, 2004, pp. 41-56.
- COMAROFF J. - COMAROFF J. (2001), *Millennial capitalism and the culture of neoliberalism*, Duke University Press, Durham.
- ECKS S. (2005), *Pharmaceutical citizenship. Antidepressant marketing and the promise of demarginalization in India*, "Anthropology & Medicine", vol. 12, n. 3, 2005, pp. 239-254.
- ECKS S. (2008), *Global pharmaceutical markets and corporate citizenship: the case of Novartis' anti-cancer drug glivec*, "BioSocieties", vol. 3, n. 2, 2008, pp. 165-181.
- ESCOBAR A. (1995), *Encountering development. The making and unmaking of the Third World*, Princeton University Press, Princeton.
- FARMER P. (1992), *Aids and accusation. Haiti and the geography of blame*, University of California Press, Berkeley.
- FARMER P. (1999), *Infections and inequalities. The modern plagues*, University of California Press, Berkeley.
- FARMER P. (2003), *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley.
- FARMER P. (2007), *Un'antropologia della violenza strutturale*, pp. 17-49, in QUARANTA Ivo (curatore), *Sofferenza sociale*, "Antropologia Annuario", n. 8, 2007.
- FARMER P. (2008), *Challenging orthodoxies. The road ahead for health and human rights*, "Health and Human Rights", vol. 10, n. 1, 2008, pp. 5-19.
- FASSIN D. (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, P.U.F., Paris.
- FASSIN D. (2012 [2010]), *Humanitarian reason. A moral history of the present*, traduz. dal francese di Rachel Gomme, University of California Press, Berkley - Los Angeles - London [ediz. orig.: *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Hautes Études - Gallimard - Seuil, Paris, 2010]
- FASSIN D. (2014), *Ripolitizzare il Mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*. Ombre Corte, Verona.
- FERGUSON J. (2006), *Global shadows. Africa in the neoliberal world order*, Duke University Press, Durham.
- HARRIS R.L. - SEID M. (curatori) (2004), *Globalization and health*, Brill, Leiden - Boston.
- JANES C.R. - CORBETT K.K. (2009), *Anthropology and global health*, "Annual Review of Anthropology", n. 38, 2009, pp. 167-183.
- KAWAKI I. - WAMALA S. (curatori) (2007), *Globalization and health*, Oxford University Press, Oxford.
- KIM J.Y. - MILLEN J.V. - IRWIN A. - GERSHMAN J. (2000), *Dying for growth. Global inequality and the health of the poor*, Common Courage Press, Monroe.

- LABONTÉ R. - SCHRECKER T. - PACKER C. - RUNNELS V. (curatori) (2009), *Globalization and health. Pathways, evidence and policy*, Routledge, New York.
- LATOUR B. (1995 [1991]), *Non siamo mai stati moderni*, traduz. dal francese, Elèuthera, Milano [ediz. orig.: *Nous n'avons jamais été modernes*, Editions la Découverte, Paris, 1991].
- MARTINEZ HERNÁEZ A. (2000), *Rendere visibile l'invisibile. L'antropologia e la trasparenza del potere biomedico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 9-10, ottobre 2000, pp. 9-34.
- MINELLI M. (2007), *Capitale sociale e salute. Una bibliografia ragionata*, Morlacchi Editore, Perugia.
- NAVARRO V. (2002) (curatore), *The political economy of social inequalities*, Baywood Publishing, Amityville - New York.
- NAVARRO V. - SHI L. (2001), *The political context of social inequalities and health*, "Social Science & Medicine", n. 52, 2001, pp. 481-491.
- NGUYEN V.-K. (2010), *The republic of therapy. Triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*, Duke University Press, Durham
- NGUYEN V.-K. - PESCHARD K. (2003), *Anthropology, inequality, and disease: a review*, "Annual Review of Anthropology", vol. 32, 2003, pp. 447-474.
- NGUYEN V.-K. (2007), *Attivismo, farmaci antiretrovirali e riplasmazione del sé come forme di cittadinanza biopolitica*, pp. 71-92, in QUARANTA IVO (curatore), *Sofferenza sociale*, "Antropologia Annuario", n. 8, 2007.
- PETRYNA A. (2002), *Life exposed. Biological citizens after Chernobyl*, Princeton University Press, Princeton.
- PFEIFFER J. - CHAPMAN R. (2010), *Anthropological perspectives on structural adjustment and public health*, "Annual Review of Anthropology", n. 39, 2010, pp. 149-165.
- SARAVIA Paula F. (2013), *From suffering to citizenship. Tuberculosis, pharmaceuticals, and decolonization in Bolivia*, in *Acta científica XXIX Congreso de la Asociación latinoamericana de sociología 2013*, <http://www.actacientifica.servicioit.cl/>
- ROWDOWN R. (2009), *The deadly ideas of Neoliberalism. How the IMF has undermined public health and the fight against AIDS*, Zed Books, London.
- RYLKO-BAUER B. - WHITEFORD L.M. - FARMER P. (2009), *Global health in times of violence*, School Advance, Santa Fe.
- SACHS J.D. (2005), *The end of poverty. Economic possibilities for our time*, Penguin Press, New York.
- SAHN D.E. - BERNIER R. (1995), *Have structural adjustments led to health sector reform in Africa?*, "Health Policy", vol. 32, n. 3, 1995, pp. 193-214.
- SAHN D.E. - DOROSH P.A. - YOUNGER S.E. (1997), *Structural adjustment reconsidered. Economic policy and poverty in Africa*, Cambridge University Press, Cambridge (UK)
- VILLANUCCI A. (2011), *Pluralismo medico e mercato delle terapie a Mekelle*, pp. 193-203, in M. PAVANELLO - E. VASCONI (curatori), *La promozione della salute e il valore del sangue. Antropologia medica e sanità pubblica*, Bulzoni, Roma.

Scheda sull'Autore

Pino Schirripa è professore associato di Discipline demotnoantropologiche presso il Dipartimento di storia, culture, religioni della Sapienza - Università di Roma. Si occupa di antropologia medica e antropologia religiosa e ha svolto ricerche sul campo in Ghana, Etiopia e Italia. È membro del Direttivo della Società italiana di

antropologia medica e della redazione delle riviste “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica” e “L’Uomo. Società tradizione sviluppo”. Attualmente dirige la Missione etnologica italiana in Tigray - Etiopia e la Missione etnologica italiana in Ghana. È *chair* del Medical anthropology network within EASA. È stato *visiting professor* presso la Keio University di Tokyo.

Tra le sue pubblicazioni: *L’ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicina tradizionale in Africa e nelle Americhe* (Argo, Lecce, 2000), curato insieme a Pietro VULPIANI; *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo* (Argo, Lecce, 2005); *Materiali di ricerca sulla medicina tradizionale in area Nzema (Ghana)* (Nuova Cultura, Roma, 2008), curato insieme a Mariano PAVANELLO e tradotto in inglese nel 2011 (Legon [Ghana], Institute of African studies); *Health system, sickness and social suffering in Mekelle (Tigray-Ethiopia)* (Lit Verlag, Münster, 2010) (curatore); *Terapie religiose. Neoliberismo, cura e cittadinanza nel pentecostalismo contemporaneo* (CISU, Roma, 2012) (curatore); *La vita sociale dei farmaci. Produzione, circolazione, percezioni degli oggetti materiali della cura* (Argo, Lecce, in stampa).

Riassunto

Ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza

L’Autore discute, alla luce del dibattito internazionale, di come si situi oggi la questione delle ineguaglianze in salute e nell’accesso alle cure. Le diverse dimensioni politiche emergono attraverso una analisi del nesso tra ineguaglianze e forme di cittadinanza, definite di volta in volta nel dibattito, come “sanitaria”, “farmaceutica”, “biologica”, “terapeutica”. L’analisi di tale nesso, visto anche attraverso un esempio del suo lavoro sul campo, permette di discutere quali siano oggi e prospettive di un uso sociale e politico dell’antropologia medica.

Parole chiave: ineguaglianze in salute, cittadinanza, ragione umanitaria.

Résumé

Inégalités en santé et formes de citoyenneté

L’Auteur examine, à la lumière du débat international, comment situer aujourd’hui la question de l’inégalité dans la santé et dans l’accès aux ressources de soins. Les différentes dimensions politiques émergent à travers une analyse du lien entre les inégalités et les formes de citoyenneté, défini de temps à autre dans le débat, comme la “sanitaire”, “pharmaceutique”, “biologique”, “thérapeutique”. L’analyse d’un

tel lien, vu à travers un exemple de son travail dans le terrain, permet de discuter de ce que sont aujourd'hui les perspectives pour l'utilisation sociale et politique de l'anthropologie médicale.

Mots-clés: inégalités en matière de santé, la citoyenneté, l'intervention humanitaire.

Resumen

Desigualdades en salud y formas de ciudadanía

El Autor analiza, a la luz del debate internacional, como se encuentra hoy el tema de la desigualdad en la atención sanitaria y en el acceso a los recursos. Las diferentes dimensiones políticas emergen a través de un análisis de la relación entre la desigualdad y las formas de ciudadanía, que se define de vez en cuando en el debate, como "sanitaria", "farmacéutica", "biológica", "terapéutica". El análisis de dicho vínculo, visto a través de un ejemplo de su trabajo de campo, le permite discutir lo que son hoy las perspectivas de un uso social y político de la antropología médica.

Palabras clave: desigualdades en salud, ciudadanía, razón humanitaria.

Abstract

Inequalities in health and forms of citizenship

The Author discusses, by confronting with the international debate, how to be situated today the issue of inequality in health and in the access to the health care facilities. The different political dimensions emerge through an analysis of the link between inequality and forms of citizenship, defined from time to time in the debate, such as "health", "pharmaceutical", "biological", "therapeutic". The analysis of such a link, seen also through an example from his fieldwork, sheds a light on the perspectives of a social and political role of medical anthropology.

Keywords: inequalities in health, citizenship, humanitarian.

Antropologia medica e pluralismo delle cure

Fabio Dei

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

1. Pluralismo medico

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

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

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

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

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

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

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

1.2. *Le medicine non convenzionali*

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

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

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

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

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

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

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

1.3. *Saperi medici e cultura di massa*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Estetiche sociali e strategie distintive

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Riferimenti bibliografici

BAUMAN Z. (1999), *In search of politics*, Polity Press, Cambridge (traduz. dall'inglese: *La solitudine del cittadino globale*, Feltrinelli, Milano, 2008).

BOTTACCIOLI F. (1995), *Psiconeuroendocrinoimmunologia*, RED, Como.

BOURDIEU P. (1979), *La distinction. Critique sociale du jugement*, Minuit, Paris (traduz. dal francese: *La distinzione. Critica sociale del gusto*, Il Mulino, Bologna, 1983).

CANT S. - SHARMA U. (1999), *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the State*, Routledge, London.

CHARUTY G. (1997), *L'invention de la médecine populaire*, «Gradhiva», 22, 1997, pp. 45-57.

COLOMBO E. - REBUGHINI P. (curatori) (2003), *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna.

COLOMBO E. - REBUGHINI P. (2006), *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Carocci, Roma.

COMELLES J.M. (1996), *Da superstizione a medicina popolare. La transizione da un concetto religioso a un concetto medico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 57-88.

DE MARTINO E. (1959), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.

DE MARTINO E. (1961), *La terra del rimorso*, Il Saggiatore, Milano.

DEI F. (2002), *Normative europee sulle medicine non convenzionali: uno sguardo antropologico*, http://www.fareantropologia.it/sitoweb/index.php?option=com_content&view=article&id=101:normative-europee-sulle-medicine-non-convenzionali-uno-sguardo-antropologico-&catid=53:antropologia-medica&Itemid=66

DEI F. (2012a), *Medicine non convenzionali: una prospettiva antropologica*, pp. 157-180, in Cozzi D. (curatrice), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.

DEI F. (2012b), *L'antropologia italiana e il destino della lettera D*, "L'Uomo. Società tradizione sviluppo", n. 1-2, 2012, pp. 97-114.

DEI F. (2013), *Spettri del biopotere*, in Bachis A. - Pusceddu F.M. (curatori), *Storie di un altro mondo*, Cisu, Roma.

DEI F. (2014), *La grana sottile della violenza*, pp. 7-37, in DEI F. - DI PASQUALE C. (curatori), *Grammatiche della violenza. Esplorazioni etnografiche in guerra e in pace*, Pacini, Pisa.

DEI F. - MELONI P. (2015), *Antropologia della cultura materiale*, Carocci, Roma.

DOUGLAS M. (1970), *Natural symbols. Explorations in cosmology*, Penguin Books, Harmondsworth (traduz. dall'inglese: *I simboli naturali*, Einaudi, Torino, 1979).

DOUGLAS M. (1994), *The construction of the physician: A cultural approach to medical fashions*, pp. 23-41, in BUDD S. - SHARMA U. (curatori), *The Healing Bond*, Routledge, London.

KLEINMAN A. (1980), *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley.

MILLER D. (1995), *Consumption and commodities*, "Annual Review of Anthropology", n. 24, 1995, pp. 141-161.

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

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

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

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

Scheda sull'Autore

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

Riassunto

Antropologia medica e pluralismo delle cure

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

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

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

Resumé

Anthropologie médicale et pluralisme thérapeutique

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

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

Resumen

Antropología médica y pluralismo terapéutico

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

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

Abstract

Medical anthropology and healing pluralism

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

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

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

Antropologia medica e umanizzazione delle cure

Alessandro Lupo

Sapienza Università di Roma
[alessandro.lupo@uniroma1.it]

“Umano” / “dis-umano”

Nel momento in cui si parla dell'utilità o della necessità di “umanizzare” le cure, si dà per implicito che le pratiche terapeutiche si siano andate “dis-umanizzando”. Un assunto che merita qualche riflessione preliminare, capace di mettere in luce alcuni presupposti valutativi che non mi pare siano così scontati e da tutti condivisi, tra cui l'idea che la scienza moderna, che nella medicina trova uno dei suoi più diffusi e riconosciuti ambiti di applicazione, sia qualcosa di non compiutamente “umano”. Ora, al di là di un certo fastidio che genera l'uso spesso assai vago e inflazionato di questo aggettivo, è forse utile iniziare proprio da un interrogativo: che cosa rende “umane” le cure mediche, le conoscenze e le pratiche terapeutiche cui tutte le società del passato e del presente hanno dedicato così ampie e costanti attenzioni ed energie? E dunque in cosa consisterebbe la loro “dis-umanizzazione”? In italiano non disponiamo dell'utile distinzione inglese tra *human* e *humane*, che permette di separare ciò che è genericamente attinente agli esseri umani da ciò che li caratterizza moralmente come esseri capaci di benevolenza e compassione. È tuttavia banale constatare che – in quanto eseguite da esseri umani nei confronti di altri loro simili – tutte le cure sono di per sé “umane”. Eppure a chiunque còpiti di sentire l'espressione “umanizzazione delle cure” viene subito in mente qualcosa di intuitivo: che durante gli ultimi due secoli nelle società urbane dell'Occidente industrializzato la medicina ha intrapreso un percorso di straordinari sviluppi, che ha avuto enormi e positive conseguenze sulla morbilità e la mortalità degli esseri umani, ma che l'ha portata sempre più lontano da un approccio che noi antropologi definiremmo “olistico”, cioè capace di guardare non solo alla dimensione organica della salute e della malattia, ma anche a quelle psichica, affettiva, sociale, culturale, economica e politica, che pure la comprendono.

Nella ricca letteratura che da diversi decenni si occupa del problema della “dis-umanizzazione” della medicina e della necessità di renderla nuovamente – o più compiutamente – “umana” (cfr. ILLICH I. 2004 [1976]; HOWARD J. - STRAUSS A. 1975; HOWARD J. *et al.* 1977; WEATHERALL D. 1994; RUSHMER R.F. 1998; GIARELLI G. 2003; DELLE FAVE A. - MARSI-CANO S. 2004; GORDON J. 2005; DEI TOS G.A. - DEL FAVERO A.L. 2006; MARCUM J.A. 2008; IMBASCIATI A. 2008), gli stessi medici hanno individuato diversi fattori che contribuirebbero a questa controproducente deriva: il peso eccessivo assunto dalla tecnologia, la sempre più spinta specializzazione, il crescente determinismo biologico, la burocratizzazione, l'individualizzazione, reificazione e spersonalizzazione dei pazienti, la loro espropriazione di capacità decisionale, la crescente minaccia del contenzioso legale con il conseguente ripiegamento nella medicina difensiva.

In questo mio intervento non ho certo la pretesa di affrontare tutti questi fenomeni, né anche solo di sviscerarne a fondo alcuni; mi limiterò a cercare di mostrare come l'applicazione ad essi di uno sguardo antropologico possa tuttavia contribuire a prender coscienza delle loro conseguenze ed eventualmente a individuare delle strategie per porvi rimedio. È infatti evidente che, grazie al suo approccio intrinsecamente critico, contestualizzante, attento ai significati culturali e alle relazioni sociali, l'antropologia può contribuire non poco ad accrescere – dal versante delle scienze umane e in combinazione con altre discipline – le capacità conoscitive, esplicative e operative della medicina e degli altri saperi e risorse utili a tutelare la salute (SEPPILLI T. 1996).

Tecnologia

Per quel che riguarda l'enorme evoluzione in ambito medico della “tecnologia” e delle sue applicazioni chirurgiche, chimiche, elettroniche, meccaniche, riabilitative ecc., appare fuorviante lasciar intendere che essa si configuri come qualcosa di “inumano”. Come già osservava André Leroi Gourhan mezzo secolo fa (LEROI GOURHAN A. 1977 [1964]), gli strumenti dell'uomo – dalla rudimentale selce scheggiata fino alle più sofisticate tecnologie laser di oggi – non sono che il “naturale” prodotto di quella prerogativa che rende la nostra specie unica nello spettro dei viventi, e cioè la capacità di estendere la propria dotazione corporea mediante l'ingegno, la manualità, la razionalità sperimentale e la capacità di memorizzare e trasmettere le scoperte e le invenzioni che da questa scaturiscono; detto

in breve, ciò che gli antropologi si ostinano a chiamare “cultura”, anche se il concetto è stato ultimamente sottoposto a una radicale revisione critica; esso può comunque continuare a indicare quel patrimonio di modelli comportamentali appresi (e dunque infinitamente variabili) senza i quali nessun membro della nostra specie potrebbe sviluppare compiutamente le proprie potenzialità e sopravvivere.

Come hanno convincentemente argomentato lo stesso Leroi Gourhan (LE-ROI GOURHAN A. 1977 [1964]), Clifford Geertz (GEERTZ C. 1987 [1973]) e Francesco Remotti (REMOTTI F. 2000, 2008), questa plasmabilità culturale degli individui da parte dei membri del loro gruppo, secondo i modelli da questi condivisi e continuamente innovati e adattati, costituisce la più peculiare caratteristica degli esseri umani e li rende intrinsecamente e per ciò stesso radicalmente diversi dagli altri esseri viventi. Nel senso che il nostro supporto fisico senz'altro funziona secondo le stesse leggi – fisiche, chimiche e biologiche – degli altri animali, ma la nostra dotazione genetica non determina che in parte e in modo assai generico ciò che ogni singolo uomo o donna diverrà col tempo, il tipo di persona che sarà, il modo in cui percepirà, concepirà, userà la propria dotazione organica, in breve – per usare un'espressione ormai affermata nel discorso antropologico – non già che corpo «avrà», secondo l'ormai superata dicotomizzazione cartesiana, ma che *mindful body* (“corpo pensante” [LOCK M. - SCHEPER HUGHES N. 2006 [1990]], ma potremmo anche più semplicemente dire *persona*) «sarà» (v. PIZZA G. 2005: 29).

È per questo che la tecnologia costituisce un fenomeno precipuamente “umano”: fin dagli albori del nostro lunghissimo (e sinistramente efficace) percorso evolutivo, essa ha fatto costitutivamente parte del nostro essere “uomini”. Escogitare e diffondere l'impiego di strumenti che “prolungano” i nostri arti, l'apparato boccale, gli organi di senso e le capacità cognitive e operative fa parte della nostra più specifica dotazione di esseri umani. Per quanto noi antropologi si sia generalmente restii ad utilizzare il termine *natura*, penso che tutti si convenga sul fatto che è “connaturata” al nostro essere la necessità di ricorrere a integrazioni tecnologiche per poter vivere e sopravvivere: dalle vesti che, posticcia livrea culturale, suppliscono alla nostra nudità, all'amigdala o al laser, che costituiscono un prolungamento del braccio, delle unghie e dei denti, fino ai più sofisticati strumenti di locomozione, produzione, comunicazione, memorizzazione... e guarigione, che ormai fanno le veci pressoché per intero di inesistenti modelli di comportamento innati (o “istinti”), che sono ben altrimenti presenti e determinanti negli animali.

Riduzionismo biologico

Eppure l'attribuzione di una parte degli insuccessi della medicina e della disaffezione di molti utenti nei suoi confronti al predominio della tecnologia esprime una percezione fondata: e cioè il fatto che la medicina – attraverso la svolta epistemica che ha portato a ricondurre la salute e la malattia alla concreta materialità del corpo e delle sue disfunzioni o degli agenti aggressori, che sono empiricamente osservabili – ha gradualmente escluso dal proprio orizzonte la dimensione del significato e del valore, nonché quelle dei rapporti sociali e delle relazioni di potere, che pure vi sono inestricabilmente connesse.

Questo vero e proprio cambiamento di paradigma (KUHN T.S. 1969 [1962]) – che ha innegabilmente portato con sé risultati di straordinaria rilevanza (l'epidemiologia e la stessa demografia stanno lì a dimostrarlo in maniera difficilmente confutabile) – ha altresì comportato la messa in ombra del fatto che anche il sapere scientifico su cui la medicina moderna si basa è culturalmente plasmato e storicamente variabile, e dunque non è «trasparente verso il mondo naturale» (B.J. 1994: 8), nel senso che esso è pur sempre una *interpretazione* della realtà e non la restituisce in maniera diretta, neutra e completa. Per quanto esplicitamente potente e operativamente efficace, esso non per questo è definibile in termini di “verità” assolute, né è applicabile in modo meccanicamente universale.

Non solo: questo approccio «epistemologicamente ingenuo» (GOOD B.J. 1999 [1994]) finisce per considerare i fatti biologici sottoponibili a scrutinio empirico e a rappresentazioni quantitative come più “reali” di quelli mentali e sociali che meno vi si prestano, e per ritenere conseguentemente più “veri” i saperi “scientifici” che concentrano il proprio sguardo sui primi rispetto ai saperi “umanistici” che si occupano dei secondi (LOCK M. - SCHEPER HUGHES N. 2006 [1990]: 155). Il che produce una concezione semplicistica e mutila della malattia e della terapia, ridotte a mera evidenza empirica di realtà corporee, trascurando le altre dimensioni del fenomeno – non meno “reali”, anche se assai meno facilmente riconducibili a categorie universali e traducibili in modelli quantitativi –, che riguardano la plasmazione culturale e la vita relazionale delle persone. La sfera della salute e della malattia viene così ridotta alla presenza/assenza di “segni” corporei (uno statuto assai meno centrale essendo attribuito ai “sintomi”), che vengono classificati e sistematizzati entro categorie nosologiche universali (GOOD B.J. 1999 [1994]: 14; MARTÍNEZ HERNÁNDEZ A. 1998). In tal modo è spesso la “patologia” ad assorbire la maggior parte

dell'attenzione del medico, anziché il “paziente”, che rischia di venir ridotto – per sineddoche – al suo organo o tessuto malato.

Le emozioni fanno molto. Qui in ospedale invece si è estremamente attenti unicamente al lato corporeo della malattia, ma non a quello interiore. Io non sono un organo malato, invece qua il paziente diventa un oggetto, spostato e toccato a piacimento. [donna di 67 anni, difficoltà respiratorie]⁽¹⁾

Questo approccio biologizzante – potentissimo sul piano della comparabilità dei fenomeni osservati e della capacità di applicare ad essi protocolli operativi di comprovata efficacia sul piano organico – ha tuttavia l'inconveniente di considerare quasi esclusivamente gli aspetti che gli esseri umani hanno in comune con la massima parte degli altri esseri viventi e di trascurare proprio ciò che li contraddistingue dalle altre specie: per dirlo in termini antropologici, guarda agli *individui* – i soggetti biologici – e non alle *persone* – i soggetti culturalmente plasmati, che agiscono secondo variabili modelli assiologici ed entro reti di rapporti sociali (HARRIS G.G. 1989). Un difetto che sta all'origine di molte delle accuse di “inumanità” rivolte alla biomedicina, e che si traduce nell'attribuzione polemica ad essa dell'epiteto di «veterinaria» (KLEINMAN A. 1980: 301). Al contrario, salute e malattia sono fenomeni che travalicano sempre la mera dimensione organica, e non possono esser compresi nella loro complessa multidimensionalità senza tener anche conto che sono fatti sociali, investiti di significati e culturalmente plasmati a seconda dei contesti (LUPO A. 2012).

I medici sembra che quando prendono la laurea, la maggior parte, ringraziando Dio non tutti... Però molti co' la laurea glie danno il fatto che l'umanità la devono cancella', che devono sape' scrive male su 'e cartelle per non fa' legge bene, e basta. [...] Invece sembra che nel momento in cui uno si mette il camice uno è autorizzato a... a non filasse 'e persone. [donna di 33 anni, affetta da cefalee]

Proprio per rispondere a queste derive spersonalizzanti, di cui i medici per primi hanno constatato le conseguenze, negli ultimi anni alla medicina delle evidenze (*Evidence Based Medicine*) si è venuta affiancando una medicina incentrata sul paziente (*Patient Centered Medicine*; *Whole Person Medicine*), ben più attenta al vissuto individuale, alle scale di valori, alle esigenze sociali e alla responsabilizzazione del paziente (v. MILES A. 2009; MILES A. - MEZZICH J. 2011; MILES A. - LOUGHLIN, M. 2011; CAPOREALE M. - FALASCHI P. - FAMILIARI G. 2012). È all'interno di questo spazio di ridefinizione dell'approccio clinico, assai più aperto a una visione olistica in cui rientrano la dimensione del significato, della relazionalità e della capacità di scelta degli utenti dei servizi di sanità pubblica, che negli ultimi anni si sono venute creando le più frequenti e proficue occasioni di collabora-

zione tra medicina e scienze sociali, e in particolare con l'antropologia. Malgrado molti esempi incoraggianti, molto resta però ancora da fare per far accettare una prospettiva che tenga pienamente conto della complessità del fenomeno malattia e che accetti l'idea (legata al concetto di *incorporazione*) che i fatti culturali non costituiscono un semplice ingrediente, esterno alla struttura corporea, e che questa non è naturalmente "data", ma che i modelli appresi dal contesto sociale contribuiscono in maniera determinante a plasmare i corpi, venendone a loro volta riplasmati, producendo persone che percepiscono, rappresentano, vivono e gestiscono la propria malattia e la propria salute in modi estremamente variabili, oltre che creativi, nient'affatto riconducibili a categorie universali e a-culturali (v. CSORDAS T. 1990, 1994, 2003 [1999]; PIZZA G. - JOHANNESSEN H. 2012).

Quantificazione e standardizzazione

Era stato già Georges Canguilhem (CANGUILHEM G. 1998 [1966]) a mettere in guardia nei confronti delle insidie di una prospettiva che determina cosa siano la normalità (cioè la "salute") e l'anomalia (la "malattia") in base a parametri meramente quantitativi e che asservisce la "valutazione" dei risultati delle azioni terapeutiche ai soli indicatori biologici e alle dimostrabili e concrete "prove", o "evidenze" empiriche, che questi forniscono (cfr. VINEIS P. 1999). In termini analoghi si è espresso più di recente Hans-Georg Gadamer (GADAMER H.G. 1994 [1993]: 117), sostenendo che «è proprio dell'essenza della salute [...] non lasciarsi imporre dei criteri standard [...] non è naturale l'applicazione delle regole basate su valori di misura [...] non è possibile misurare la salute».

Se è vero – come una cospicua e solida letteratura non solo antropologica ha dimostrato – che la malattia e la salute non sono definibili solo in termini biologici, secondo categorizzazioni universalizzanti, ma sono fenomeni di ordine anche culturale, sociale e politico (AUGÉ M. 1986 [1983], 1986; KLEINMAN A. 1980, 1988; GOOD B.J. 1999 [1994]: 83; YOUNG A. 2006 [1982]; TAUSSIG M. 2006 [1980]), ne consegue che ogni incasellamento di un singolo caso di malattia all'interno di una categoria nosologica universale – per quanto sensato e operativamente utile sul piano clinico –, fa perder di vista la peculiarità del vissuto esperienziale, dei significati, delle ripercussioni relazionali, delle privazioni di agentività che rendono quel caso e quel paziente in certa misura unici e irriducibili ai modelli comparativi e classificatori della biomedicina. Quando gli stessi docenti di medicina ricordano ai propri studenti che «non ci sono malattie, ci sono

soltanto malati», non fanno altro che mettere in guardia dal rischio di sostituire, reificandole, quelle comode astrazioni che sono le “patologie” ai concreti malati con cui dovranno un giorno confrontarsi. La tendenza a quantificare e omogeneizzare in chiave biologica i casi di malattia ha evidenti e condivisibili vantaggi pratici, ma non può far dimenticare che – anche in presenza di un medesimo agente patogeno o di un’analoga disfunzione sul piano organico – i pur similissimi *corpi* che i diversi individui così accomunati *sono* non esauriscono nella propria ultima realtà organica la complessa esperienza di malattia che quelle *persone* stanno vivendo. Se ciò che caratterizza in termini di “umanità” gli individui malati è la loro condizione di soggetti culturalmente forgiati, produttori di elaborazioni simboliche e agenti eticamente responsabili, inseriti in reti di relazioni sociali e in campi di forze, ne consegue che trattarli come semplici organismi resi disfunzionali dalla malattia li “de-umanizza”, equiparandoli agli altri animali, li reifica, come essi stessi non mancano a volte di denunciare:

Noi siamo composti da corpo, mente e cuore. In ospedale invece si considera solo il fisico, non quello che c'è dietro. Secondo me è un problema di prospettiva più generale, perché i medici sono come addestrati a guardare al corpo sul modello di una macchina e non considerano i sentimenti e le sensazioni che ci fanno agire come esseri umani. Questa per me è la grossa lacuna delle preparazione sanitaria. Bisogna capire che io non sono un malato, sono una persona che ha bisogno in questo momento di cure. [...] C'è la tendenza a trattare il malato come un oggetto. [donna di 67 anni, difficoltà respiratorie]

Il senso del male

Uno dei primi e più rilevanti contributi dell'antropologia medica è consistito nella dimostrazione che per gli esseri umani la dimensione del significato e del valore fa costitutivamente parte della malattia e della terapia. Fenomeno di assoluta e drammatica centralità nell'esistenza umana, la malattia non può sfuggire alla irrimediabile vocazione di ogni uomo e ogni donna a semantizzare il mondo. Mentre ogni persona sofferente, a qualunque società ed epoca appartenga, difficilmente rinuncerà a chiedersi il “perché” e il senso del proprio patire, ed elaborerà il più delle volte rappresentazioni del proprio vissuto di sofferenza che sono anche rivelatrici delle relazioni sociali e dei processi sociopolitici in cui è immersa, il sapere biomedico ha invece sostanzialmente espulso quest'ordine di considerazioni dall'ambito delle proprie competenze e soprattutto dalle proprie pratiche. Una delle caratteristiche della biomedicina è proprio la tendenza a prescindere dai significati simbolici e dalle valutazioni di

ordine morale che i malati e i loro *entourages* sociali attribuiscono ai propri mali, essendo il suo primario interesse rivolto alle cause empiricamente rilevabili dei casi di malattia e non alla loro interpretazione sul piano socio-culturale.

A trent'anni te viene il tumore, però allo stesso tempo hai partorito due mesi prima una creatura che è nata dentro il tuo corpo, che s'è cibata del tuo corpo, che il tuo corpo ha accolto. [...] Tu ti rendi conto che tutto ciò che ti capita, fisicamente e non, sono solo delle prove. Dipende da te se sei un tipo positivo, se sei un tipo negativo... l'estrazione socioculturale, il tipo di aspettativa della tua vita dipende da te. Io queste qui le vivo solo come piccolissime prove. Certo, il tumore è stata una grande prova, perché io c'avevo F. [la figlia] di due mesi... Allora ti chiedi: «Come? prima il mio corpo mi dà F. per nove mesi, la culla, e poi dopo mi si rivolta contro?». Perché a me il tumore m'è nato insieme a F. Ho concepito F. e dopo quattro mesi è nata questa ciste, che poi è un tumore... Lei la prendeva a calci, ci giocava come fosse una palla. [donna di 33 anni, in attesa di tonsillectomia]

Quello di dare un nome, individuare una causa e conferire un senso (anche in chiave morale) al proprio male è il primo passo che ogni malato sente di dover compiere per intraprendere il necessario percorso terapeutico. Al di fuori di questo ambito, in cui evidentemente i modelli culturali, i valori e le logiche sociali agiscono in maniera determinante, la malattia non risulta neppure pensabile. E senza la capacità di definirla e rappresentarla, spesso inserendola in elaborate costruzioni narrative che hanno le caratteristiche della trama di un racconto aperta a svariati sviluppi (Good B.J. 1999 [1994]), difficilmente si può intraprendere una qualsivoglia cura.

Si tratta di un fatto ormai così evidente per noi antropologi che forse non merita soffermarvisi più che per un doveroso quanto fugace accenno. Tra l'altro sull'importanza del senso che gli attori conferiscono ai propri mali e agli atti compiuti per contrastarli tornerò tra breve nel trattare la questione dell'efficacia. Vorrei spendere solo qualche parola sull'auge in cui da qualche tempo è venuta a trovarsi la "medicina narrativa" (GIARELLI G. *et al.* 2005; ZANNINI L. 2008), che certamente riflette una promettente apertura verso l'ascolto dei modi in cui i pazienti e i loro familiari esperiscono, si rappresentano, comunicano e affrontano la malattia e la cura e una conseguente reimpostazione della relazione terapeutica, più egualitaria e disposta alla negoziazione delle scelte. Esiste tuttavia il rischio – confermato da alcune iniziative attuate di recente in svariate strutture sanitarie italiane – che l'attenzione prestata all'espressione da parte dei pazienti delle loro rappresentazioni narrative della malattia e

della cura non sia altro che una benevola quanto marginale concessione all'accoglimento della dimensione espressiva negli spazi in cui il sapere biomedico continua a esercitare egemonicamente il proprio monopolio sulla definizione delle categorie e la scelta delle strategie. Quasi che tali rappresentazioni narrative e l'emersione dei significati che esse comportano non richiedessero un profondo ripensamento dello statuto stesso della malattia, ma si traducessero in un paternalistico strumento con cui ottenere la *compliance* dei pazienti verso le terapie loro prescritte.

Individualizzazione e de-socializzazione del paziente

Strettamente collegata alla questione del “senso” che gli esseri umani inevitabilmente attribuiscono ai propri mali, vi è quella della natura ineluttabilmente sociale della malattia. Così come nessuna donna e nessun uomo sarebbero potuti divenire ciò che sono al di fuori del pluriennale e quotidiano rapporto con i propri simili, e il tipo di persona che essi sono è assai più il frutto della particolarissima interazione con il contesto sociale con cui hanno interagito che non l'effetto della loro iniziale dotazione genetica, analogamente anche quel fenomeno così intimamente individuale e difficilmente comunicabile che è la malattia non è pensabile e comprensibile senza tener conto dei vincoli che legano il malato alla società che lo accoglie, dei modelli cognitivi, assiologici e comportamentali che essi gli hanno trasmesso, delle aspettative che nutrono nei suoi confronti e del tipo di sostegno che sono in grado di offrirgli. Il modo in cui la malattia viene percepita, rappresentata, vissuta e contrastata da chi la subisce dipende in enorme misura da chi egli/ella ha attorno a sé.

Non di rado – e non solo in contesti esotici e presso civiltà organizzate in gruppi corporati – la stessa definizione dei confini individuali della malattia è tutt'altro che univoca: soprattutto se essa è intesa non solo in termini di disfunzioni, traumi o dolori organici (come *disease*, per intenderci; EISENBERG L. 1977; YOUNG A. 2006 [1982]), ma come un più articolato insieme di problemi fisiologici, psichici e relazionali, può succedere che lo status di “ammalato” (*sickness*) venga attribuito a un numero variabile di individui. E se dunque vi sarà un “paziente esteso”, sovraindividuale, in sintonia con le concezioni locali della persona, ne consegue logicamente che anche la terapia avrà una portata collettiva, coinvolgendo i congiunti più prossimi, quando non il lignaggio, il clan, il villaggio, se non addirittura la comunità intera. Non solo: poiché uno dei primi e più penosi effetti della malattia è quello di limitare le capacità dell'individuo

e di inibirlo a svolgere i ruoli a lui consueti, di fatto isolandolo, uno degli obiettivi primari di ogni cura consiste sempre nel restituirlo alla vita sociale, reintegrandolo nel gruppo. Anche in ragione di ciò, assai spesso le terapie tradizionali si configurano come vere e proprie socioterapie, coinvolgendo accanto al terapeuta numerosi altri attori sociali ed esplicitando in maniera assai efficace il coinvolgimento e l'interesse della collettività per la guarigione e il reinserimento del paziente (v. TURNER V. 1976 [1967]; SIGNORINI I. 1996).

Niente, a casa nostra non si nasconde niente, sia di brutto che di bello. Perché bisogna affrontarla tutti assieme, perché non la puoi affrontare da sola una malattia così. [donna di 59 anni, neoplasia polmonare]

Se questa è la realtà attestata da gran parte delle testimonianze etnografiche, balza subito evidente il contrasto con i modelli concettuali e le prassi della biomedicina, la cui tendenza al riduzionismo biologico porta a individualizzare all'estremo l'idea stessa di malattia (salvo per alcune patologie infettive), a circoscrivere l'attenzione sul singolo paziente – quando non addirittura su qualche suo organo o tessuto – ed a escludere ogni coinvolgimento degli altri individui che con lui formano la sua “molecola sociale”. Per quanto la sistematica esclusione dei familiari dai reparti delle strutture sanitarie e dalla presa in carico da parte del personale medico e infermieristico sia giustificata da ragionevoli motivazioni sanitarie, logistiche, organizzative ed economiche, ciò non cancella il fatto che in moltissimi casi essi condividono profondamente (ancorché non sul piano delle evidenze fisiologiche) la sofferenza del proprio congiunto. Tanto più che questa protratta separazione forzata non di rado causa o aggrava la sofferenza di entrambi e di fatto priva chi cura di preziosi e spesso efficaci alleati, trasformandoli per contro in turbolenti antagonisti. In poche parole, questo altro esempio di “dis-umanità” della medicina è riconducibile alla troppo frequente dimenticanza di quanto gli esseri umani siano “animali sociali”.

Perché adesso negli ospedali pediatrici permettono anche ai genitori di starci? Perché i medici si sono accorti che una delle cose che impediva ai bambini di guarire era un taglio netto con un ambiente che dava loro sicurezza. Quando perdiamo la sicurezza, perdiamo tutto. [donna di 67 anni, difficoltà respiratorie]

Rapporti di potere e capacità di scelta

Non meno rilevante della dimensione sociale è poi quella più strettamente politica, legata alle differenze di status e di potere tra gli individui e al modo in cui esse influiscono sulla loro capacità di scelta e d'azione. Non

intendo riprendere qui la questione delle diseguaglianze e degli altri fattori strutturali che tanto peso hanno nel determinare il sorgere e la possibilità di contrastare le malattie, di cui tratta estesamente nel suo contributo a questo volume Pino Schirripa. Mi soffermerò solo brevemente sulle conseguenze che la malattia e la sua gestione da parte di chi assume la responsabilità di curarla hanno sulla capacità del malato di valutare, decidere e agire in maniera consapevole, libera e responsabile; in altri termini su ciò che con un brutto ma efficace neologismo gli scienziati sociali chiamano “agentività” (*agency*). È infatti evidente che, tra le menomazioni che la malattia impone a chi ne è colpito, vi è quella nel disporre pienamente della propria persona, nell’essere indipendenti, nel preservare il proprio status, prestigio e dignità. Da persone attive e sovrane, si diventa “pazienti”, nel duplice senso che si “soffre”, ma anche che si è “passivi”, perdendo il ruolo attivo che solo la salute consente di esercitare appieno.

Me pare che so’ ‘ncatenato. Nun te poi anna’ a puli’, nun poi annatte a pia’ un caffè. Nun poi scenne. Nun poi fa’ questo, nun poi fa’ quell’altro. Quindi adesso co’ ‘a trasfusione nun posso fa’ niente, ecco. [uomo di 65 anni, affetto da flebite]

Un giorno fai il ribelle, il giorno dopo ti adegui. Alla fine tutto è organizzato secondo le esigenze dell’ospedale, non del malato. [...] Anche perché tante volte uno col tumore non sta male all’esterno, può condurre una vita diciamo regolare, certo nel limite delle forze. A me non mancano le forze, ma la possibilità di fare qualcosa. [uomo di 61 anni, neoplasia polmonare]

Dipendere totalmente dagli altri è la condanna più terribile: il non saper gestire il proprio corpo. [donna di 67 anni, difficoltà respiratorie]

Alla debilitazione causata dalla malattia, che come s’è detto crea dipendenza e si traduce in subalternità, si somma la sudditanza determinata dal divario di saperi e di potere tra chi il più delle volte è un profano e chi invece è uno specialista della cura, e cui viene riconosciuto lo status di responsabile del ripristino del bene di cui il malato sommamente difetta: la salute (LUPO A. 1999). Attraverso gli anni, in Italia l’impianto normativo ha subito profonde trasformazioni, nella direzione di un riequilibrio dei rapporti tra medico e paziente e dell’affermarsi di un modello negoziale apparentemente assai più equilibrato, in cui il “consenso informato” del paziente è l’irrinunciabile premessa di qualsiasi atto terapeutico (SANTOSUOSSO A. 1996; BINETTI P. 2010). Tuttavia nella pratica è fin troppo evidente quanto tale forma di consenso si traduca assai spesso in un mero atto formale, tappa finale di un frettoloso e quasi unidirezionale scambio comunicativo, incentrato sulla sola presentazione della prospettiva clinica e circoscritto alla dimensione tecnica e organica della cura.

Il medico ha dalla sua parte il sapere, l'ammalato non ha armi perché non sa nulla. Vorrei ricevere tutte le informazioni necessarie, vorrei delle spiegazioni chiare e semplici. Trovo che i medici parlano in modo troppo complicato, non tenendo conto del fatto che chi viene qui il più delle volte è ignorante rispetto alla medicina, specialmente le persone anziane. I paroloni andrebbero banditi, altrimenti non si capisce nulla. Spesso poi ci si vergogna di chiedere informazioni più particolareggiate, di farsi ripetere i concetti e quindi si esce dalla sala visite senza aver capito una parola. Il malato è in una condizione subordinata. [donna di 35 anni, con problemi ormonali]

La sensazione è: «Decido io, faccio io, lei non deve sapere niente, non deve di' niente», mentre io ero curiosa, volevo sapere delle cose, volevo sapere quando mi faceva l'intervento, quanto dovevo aspettare, e appunto mi ha risposto con: «Per ora faccio io, lei deve solo venire qua quando glielo dico io, faccio io». [...] Quindi lui non spiega assolutamente niente di quello che fa, mi ha messo una membrana di cui non mi ha detto cos'è, da che cosa è costituita. [...] Non glielo chiedo neanche più, perché io ho provato all'inizio a parlare e, le ripeto, questo è l'atteggiamento. [donna di 45 anni, affetta da piorrea]

Su questo spesso mancato confronto tra appartenenti a universi culturali distanti e a fatica mutuamente traducibili (e non mi riferisco certo solo ai migranti da altri paesi e continenti), l'antropologia può mettere a disposizione la sua collaudata strumentazione analitica, smascherando la fallacia di interpretazioni letterali e decontestualizzate della comunicazione e dell'espressione di tale consenso, nonché il paternalismo, anche inconsapevole, di chi sovrimpone come universalmente validi i modelli organicisti della medicina su quelli più complessi, inclusivi e idiosincratici dei pazienti e dei loro familiari (SPINSANTI S. 1999, 2004; QUARANTA I. - RICCA M. 2012).

Ma soprattutto, la trasversalità critica dello sguardo antropologico può aiutare a cogliere i limiti di una concezione ingenuamente razionalistica delle scelte individuali, che vede i soggetti come sempre mossi dalla capacità di valutare liberamente, secondo un calcolo quasi algebrico di costi e benefici, le conseguenze delle opzioni di cura che vengono loro illustrate. La lunga esperienza di ricerca maturata anche in contesti ove l'esercizio della forza è assai meno formalmente codificato che nel mondo occidentale ci mette in grado di cogliere e portare alla luce le pesanti forme di condizionamento a cui i singoli sono tante volte inconsapevolmente sottoposti (QUARANTA I. - RICCA M. 2012: 109 ss.): né d'altra parte il fatto che la nostra società democratica escluda espressamente dal contesto medico forme di costrizione e di imposizione evita che le persone vengano socialmente condizionate nelle loro scelte.

Infine, tra gli elementi avvertiti come responsabili di “dis-umanizzazione”, non possiamo trascurare la progressiva emersione di quella che Giorgio Agamben (AGAMBEN G. 2005 [1995]) chiama «nuda vita» (l’aristotelica *zōē* che gli uomini hanno in comune con gli animali) come oggetto privilegiato dell’esercizio del biopotere (*Ibidem*: 12-13), a discapito della loro specificità di «animali politici», caratterizzati anche da un *bíos* declinabile nelle forme della contemplazione, del piacere e, appunto, della politica (*Ibidem*: 3); e se da tempo Michel Foucault (FOUCAULT M. 1998 [1963], 1984 [1976]) ha contribuito a svelare come il sapere medico sia servito negli Stati dell’Occidente moderno a esercitare un sempre maggior controllo sui corpi biologicamente intesi dei cittadini, assai più recenti sono le promettenti ricerche antropologiche ispirate al concetto di incorporazione, su come le entità politiche sopraindividuali – in primis lo Stato – agiscano sui corpi, determinandoli e plasmandoli (PIZZA G. - JOHANNESSEN H. 2012: 125).

Efficacia

Per concludere questa breve riflessione antropologica sulla questione della “umanizzazione” delle cure, desidero infine affrontare – sia pure in forma estremamente sintetica e schematica rispetto alla complessità del tema – il problema dell’efficacia, che inevitabilmente ingloba quello della relazione paziente-terapeuta (LUPO A. 1999, 2012). Anche in questo caso il contributo dell’antropologia può rivelarsi utile nel definire in termini più ampi del solo livello corporeo lo spettro delle efficacie che è possibile attivare e degli strumenti a ciò più idonei, oltre che nell’individuare con maggior precisione il numero di coloro che la malattia variamente affligge (il “paziente esteso”) e il tipo di aiuti (non solo di ordine sanitario) che è utile fornire loro; infine, può servire a riconoscere la centralità del ruolo del paziente nella stessa determinazione dell’efficacia della cura, che non può esser valutata con metri che prescindano dalla sua più intima e soggettiva esperienza (WALDRAM J. 2000; LUPO A. 2012).

Ma soprattutto l’apporto del ricco repertorio di casi etnografici esotici e domestici offerto dall’antropologia può esser fruttuoso nell’esplorare finalmente a fondo e senza pregiudizi il ruolo che la gestione del significato (o dei “simboli”) e delle reazioni ad esso sul piano emozionale produce sui malati, attivando quei meccanismi endogeni di guarigione che sono stati spesso guardati con sospetto per il semplice fatto di non esser replicabili *in vitro*, fuori dall’alea delle interferenze degli attori e degli osservatori

(MOERMAN D.E. 2004 [2002]; SEPPILLI T. 2004; LUPO A. 2012). Si tratta di quell'efficacia chiamata "simbolica" da Claude Lévi-Strauss (LÉVI-STRAUSS C. 1975 [1949]), sulla quale un'enorme quantità di terapie tradizionali (e non solo) basano il proprio successo, e che non è certo meno "reale" di quella dei farmaci e del bisturi per il solo fatto di non esser facilmente spiegabile in termini clinici e replicabile sul piano sperimentale. Come è già stato osservato da Roberto Lionetti (LIONETTI R. 1988: 4) e Tullio Seppilli (SEPPILLI T. 1996: 21), le complesse elaborazioni simboliche soggettive alle terapie rituali possono anche non esser "vere" in termini scientifici, senza che ciò ne infici la peculiare efficacia. Stupisce piuttosto come questa così singolarmente "umana", onnipresente, economicissima e perfino misurabile forma di efficacia basata sulla gestione del significato, meglio nota nel mondo della biomedicina col nome di *placebo*, non sia stata finora oggetto di adeguati investimenti per realizzarvi su studi sistematici e approfonditi (SEPPILLI T. 2004: 84).

Le cure sembra stiano facendo effetto, anche i dolori sono notevolmente diminuiti, però ho paura di arrivare lì [a casa] e puntualmente di sentirmi nuovamente male, perché non ci sto bene lì, soprattutto con la testa; quindi questo influisce, penso che influisce sulla malattia. Infatti se io faccio la stessa cura lì, sicuramente non mi fa effetto, e quindi ho paura anche di quello: se la faccio [nella mia regione] mi dà conati di vomito, eccetera, perché tanto lì è come un serpente che si morde la coda: non standoci bene poi si ripercuote tutto sull'intestino. [donna di 30 anni, affetta da Morbo di Chron]

Tutto è soggettivo: la sintomatologia è diversa nelle persone, non si sa mai. Io per esempio mi curo con il pane quando sto male, perché il pezzo di pane mi attenua le ulcere, e infatti quando ho l'ulcera allo stomaco metto in bocca il pane e mi passa il dolore. E poi se è qui [si tocca la testa] o se è qui [si tocca la pancia] che va meglio, non fa niente, cioè se la terapia o quello che io faccio mi fa bene perché mi fa bene alla testa o all'intestino, non mi interessa. [donna di 35 anni, affetta da Morbo di Chron]

Proprio alla luce del riconoscimento del fatto che questi meccanismi dell'efficacia basino il proprio successo sulle aspettative di guarigione accese nel paziente dalla fiducia nel guaritore e dall'intensità emotiva della relazione instaurata con questi, rattrista constatare come in ambito sanitario si investa così poco – dai primi percorsi formativi, alle continue ristrutturazioni aziendali ispirate a criteri di appropriatezza ed efficienza, alla concreta messa in atto dei protocolli operativi – sulla costruzione e sulla valorizzazione della relazione terapeutica, la cui scadente qualità tanto sottrae alla stessa efficacia delle cure (*nocebo*), pregiudicando la *compliance* dei pazienti e contribuendo non poco all'incremento del contenzioso e al lievitare delle spese legali e assicurative.

Dal punto di vista medico nulla da dire, però io credo che bisognerebbe cambiare il lato del rapporto umano tra i pazienti e tutto il personale sanitario, dai medici ai portantini. A volte infatti questi ruoli sono ricoperti da persone inadatte, che non so come abbiano fatto a fare questo lavoro, specialmente i primari! [...] Se una persona è anziana e per di più malata, ha bisogno di conforto, di attenzione oltre che di medicine, di un sorriso, perché deve considerare che in un ospedale si perde ogni tipo di orientamento, si ci sente soli e confusi. Quindi, se il personale non risponde a determinati requisiti, non dovrebbe fare questo lavoro. [...] Io sono convinta che trattare i malati con umanità significa non solo farli sentire più compresi, ma vuol dire anche farli guarire prima, in modo più dolce e meno faticoso per sé e per gli altri. [donna di 67 anni, con difficoltà respiratorie]

Non soltanto la qualità della relazione è spesso in grado di determinare in molti pazienti quel grado di coinvolgimento e quella spinta creativa nel ridefinire la propria condizione di sofferenza che li aiuta a uscire dalla prostrazione e dalla passività in cui la malattia li aveva ridotti, dando avvio a concreti processi di autoguarigione (v. CSORDAS T. 1994; SEVERI C. 2004; LUPO A. 2012). Ma anche nei casi in cui la malattia non sia più contrastabile né con le risorse “tecniche” della medicina, né con quelle “simboliche” degli atti terapeutici in sé – come nel caso delle patologie metaboliche, croniche e degenerative che sempre più affliggono quanti la stessa biomedicina sottrae con successo alle affezioni acute che un tempo li avrebbero precocemente uccisi –, la relazione terapeutica offre pur sempre il principale strumento attraverso cui aiutare i malati a pensare, gestire e lenire la sofferenza, a sopportarla e convivere in modo dignitoso e senza farsene schiacciare e annichilire, preservando la propria piena “umanità”.

Ben lo comprendono i pazienti, cui l'incontro con medici capaci di ascolto, condivisione e partecipazione nel processo di risignificazione dell'esistenza segnata dalla malattia può fornire un contributo inestimabile:

Essendo stata sempre bene prima di quel momento [quando le hanno diagnosticato un carcinoma], ero molto arrabbiata. All'inizio non riuscivo a parlare del mio male, mi ero chiusa in me stessa, rifiutavo totalmente di affrontare il problema. Poi, durante il ricovero, ho conosciuto un medico che mi ha spinto con la sua attenzione verso di me a esprimere ciò che tenevo dentro. Ho iniziato a riflettere su me stessa e ho capito che fino a quel momento mi ero considerata immortale, mi ero illusa di stare sempre bene, mentre la mia malattia mi ha fatto toccare da vicino la mia condizione reale, quella di essere umano. Ho capito che potevo vivere in modo diverso, privo di rabbia, godendo dei momenti che posso vivere. Bisogna comprendere che la vita non finisce con la malattia, cioè che si deve cercare di vivere al meglio il tempo che rimane, altrimenti si muore prima di morire. [donna di 67 anni, con difficoltà respiratorie]

Note

⁽¹⁾ A commento delle considerazioni che vengo formulando in queste pagine, utilizzo alcuni brani delle circa 100 interviste realizzate da alcuni studenti (Emanuele Bruni, Silvia D'Amico, Serena Di Genova, Arianna Drudi, Sara Fabrizi, Anastasia Martino, Aurora Massa, Giovanna Salome) della laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche della *Sapienza Università di Roma* nel corso della ricerca sulle narrazioni di degenza svolta presso 10 reparti dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma nel corso del 2007 (v. ASTOLFI C. - BISCAGLIA L. - IUSO A. - LUPO A. - NATALUCCI G. 2008).

Riferimenti bibliografici

- AGAMBen Giorgio (2005 [1995]), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino.
- ASTOLFI Cristina - BISCAGLIA Lilia - IUSO Anna - LUPO Alessandro - NATALUCCI Giovanna (2008), *Medico o dottore? Ti racconto la mia malattia*, Edizioni Panorama della Sanità - Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma.
- AUGÉ Marc (1986 [1983]), *Ordine biologico, ordine sociale. La malattia come forma elementare dell'avvenimento*, pp. 33-85, in AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine (curatori), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, ediz. italiana a cura di Francesco MAIELLO, traduz. dal francese di Annick WOUTERS e Lietta FERRI, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig. del saggio: *Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'événement*, pp. 35-81, in AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine (curatori), *Le sens du mal*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris, 1983].
- AUGÉ Marc (1986), *L'anthropologie de la maladie*, "L'Homme", vol. 26, 1986, fasc. 1-2, pp. 81-90.
- BINETTI Paola (2010), *Il consenso informato. Relazione di cura tra umanizzazione della medicina e nuove tecnologie*, Magi, Roma.
- CANGUILHEM Georges (1998 [1966]), *Il normale e il patologico*, introduzione di Mario PORRO, postfazione di Michel FOUCAULT, traduz. dal francese di Dario BUZZOLAN, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1966].
- CAPORALE Maria - FALASCHI Paolo - FAMILIARI Giuseppe (curatori) (2012), *Prendersi cura: la relazione terapeutica medico-paziente. Manuale di Metodologia clinica e Scienze Umane I*, UniversItalia, Roma.
- CSORDAS Thomas J. (1990), *Embodiment as a paradigm for anthropology*, "Ethos", vol. 18, 1990, fasc. 1, pp. 5-47.
- CSORDAS Thomas J. (1994), *The sacred self*, University of California Press, Berkeley.
- CSORDAS Thomas J. (2003 [1999]), *Incorporazione e fenomenologia culturale*, traduz. dall'inglese, "Antropologia", vol. 3, fasc. 3, pp. 19-42. [ediz. orig. del saggio: *Embodiment and cultural phenomenology*, pp. 143-164, in WEISS Gail - FERN HABER Honi (curatori), *Perspectives on Embodiment: The Intersections of Nature and Culture*, Routledge, New York].
- DEI Tos Gian Antonio - DEL FAVERO Angelo Lino (2006), *Etica, qualità e umanizzazione in Sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- DELLE FAVE Antonella - MARSICANO, Sergio (2004), *L'umanizzazione dell'ospedale. Riflessioni ed esperienze*, FrancoAngeli, Milano.
- EISENBERG, Leon (1977), *Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 1, 1977, pp. 9-23.
- FOUCAULT Michel (1998 [1963]), *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, traduz. dal francese di Alessandro FONTANA, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris, 1963].
- FOUCAULT Michel (1984 [1976]), *La volontà di sapere. Storia della sessualità I*, traduz. dal francese di Pasquale PASQUINO e Giovanna PROCACCI, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Histoire de la sexualité, I. La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976].

- GADAMER Hans-Georg (1994 [1993]), *Dove si nasconde la salute*, traduz. dal tedesco di Marialuisa DONATI e Maria Elena PONZO, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig.: *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1993].
- GEERTZ Clifford (1987 [1973]), *Interpretazione di culture*, introduzione all'edizione italiana di Francesco REMOTTI, traduz. dall'inglese di Eleonora BONA, revisione di Rino GAION, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The interpretation of cultures*, Basic Books, New York, 1973].
- GIARELLI Guido (2003), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Milano, FrancoAngeli.
- GIARELLI Guido - GOOD Byron J. - DEL VECCHIO GOOD Mary-Jo - MARTINI Mariella - RUOZI Corrado (curatori) (2005), *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*, FrancoAngeli, Milano.
- GOOD Byron J. (1999 [1994]), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, traduz. dall'inglese di Silvio FERRARESI, Edizioni di Comunità, Torino [ediz. orig.: *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994].
- GORDON Jill (2005), *Medical humanities: to cure sometimes, to relieve often, to comfort always*, "Medical Journal of Australia", vol. 182, 2005, fasc.1, pp. 5-8.
- HARRIS Grace Gredys (1989), *Concepts of individual, self, and person in description and analysis*, "American Anthropologist", vol. 91, 1989, fasc. 3, pp. 599-612.
- HOWARD Jan - DAVIS Fred - POPE Clyde - RUZEK Sheryl (1977), *Humanizing Health Care: The Implications of Technology, Centralization, and Self-Care*, "Medical Care", vol. 15, 1977, fasc. 5 [Supplement: Issues in Promoting Health Committee], pp. 11-26.
- HOWARD Jan - STRAUSS Anselm (curatori) (1975), *Humanizing Health Care*, Wiley, New York.
- ILICH Ivan (2004 [1976]), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, traduz. dall'inglese di Donato BARBONE, Bruno Mondadori, Milano [ediz. orig.: *Limits to Medicine, Medical Nemesis: the Expropriation of Health*, Pantheon Books, New York, 1976].
- IMBASCIATI Antonio (2008), *La mente medica. Che significa "umanizzazione" della medicina?*, Springer, Milano.
- KLEINMAN Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN Arthur (1988), *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, Basic Books, New York.
- KUHN, Thomas S. (1969 [1962]), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche. Come mutano le idee nella scienza*, traduz. italiana di A. CARUGO, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago University Press, Chicago, 1962].
- LEROI GOURHAN André (1977 [1964]), *Il gesto e la parola*, traduz. italiana di F. ZANNINO, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Le geste et la parole*, Albin Michel, Paris, 1964].
- LÉVI-STRAUSS Claude (1975 [1949]), *L'efficacia simbolica*, pp. 210-230, in LÉVI-STRAUSS Claude, *Antropologia strutturale*, traduz. dal francese di Paolo CARUSO, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig. del saggio: *L'efficacité symbolique*, "Revue de l'Histoire des Religions", vol. 135, n. 1, 1949, pp. 5-27].
- LIONETTI Roberto (1988), *L'efficacia terapeutica: un problema antropologico*, in LIONETTI Roberto (curatore), *L'etnopsichiatria*, "La ricerca folk lorica", vol. 17, pp. 3-6.
- LOCK Margaret - SCHEPER-HUGHES Nancy (2006 [1990]), *Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica. Rituali e pratiche disciplinari e di protesta*, pp. 149-194, in QUARANTA Ivo (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, traduz. dall'inglese di Elena FABIETTI, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig. del saggio: *A critical-interpretive approach in medical anthropology: ritual and routines of discipline and dissent*, pp. 47-72, in Johnson Thomas M. - Sargent Carolyn F. (curatori), *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Praeger, Westport (CT), 1990].
- LUPO Alessandro (1999), *Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta tra dialogo e azione*, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", voll. 7-8, 1999, pp. 53-92.

LUPO Alessandro (2012), *Malattia ed efficacia terapeutica*, pp. 127-155, in Cozzi Donatella (curatrice), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.

MARCUM James A. (2008), *An Introductory Philosophy of Medicine: Humanizing Modern Medicine*, Springer, New York.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Angel (1998), *L'antropologia del sintomo. Fra ermeneutica e teoria critica*, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", voll. 5-6, 1998, pp. 7-37.

MILES Andrew (2009), *On a Medicine of the Whole Person: away from scientific reductionism, towards the embrace of the complex in clinical practice*, "Journal of Evaluation in Clinical Practice", vol. 15, fasc. 6, pp. 941-949.

MILES Andrew - MEZZICH Juan (2011), *The care of the patient and the soul of the clinic: person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice*, "International Journal of Person Centered Medicine", vol. 1, fasc. 2, pp. 207-222.

MILES Andrew - LOUGHLIN Michael (2011), *Models in the balance: evidence-based medicine versus evidence informed individualized care*, "Journal of Evaluation in Clinical Practice", vol. 17, fasc. 4, pp. 531-536.

MOERMAN Daniel E. (2004 [2002]), *Placebo. Medicina, biologia, significato*, traduz. dall'inglese di Stefano GALLI, Vita e Pensiero, Milano [ediz. orig.: *Meaning, medicine and the 'placebo effect'*, Cambridge University Press, Cambridge, 2002].

PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

PIZZA Giovanni - JOHANNESSEN Helle (2012), *Incorporazione e Stato*, pp. 113-125, in Cozzi Donatella (curatrice), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.

QUARANTA IVO - RICCA Mario (2012), *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina, Milano.

REMOTTI FRANCESCO (2000), *Prima lezione di antropologia*, Laterza, Roma-Bari.

REMOTTI FRANCESCO (2008), *Contro natura. Una lettera al Papa*, Laterza, Roma-Bari.

RUSHMER Robert F. (1998), *Humanizing Health Care. Alternative Futures for Medicine*, MIT Press, Boston.

SANTOSUOSSO Amedeo (curatore) (1996), *Il Consenso Informato. Tra giustificazione per il medico e diritto del paziente*, Raffaello Cortina, Milano.

SEPPILLI Tullio (1996), *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", voll. 1-2, 1996, pp. 7-22.

SEPPILLI Tullio (2004), *La questione dell'efficacia delle terapie sacrali e lo stato della ricerca nelle scienze umane. Dialogo a cura di Pino Schirripa*, "Religioni e Società", vol. 48, 2004, pp. 75-85.

SEVERI Carlo (2004), *Il percorso e la voce. Un'antropologia della memoria*, Einaudi, Torino.

SIGNORINI Italo (1996), *Influenze cognitive sulla scelta terapeutica. Il caso dei Huave dell'Istmo di Tehuantepec (Oaxaca, Messico)*, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", voll. 1/2, 1995, pp. 141-154.

SPINSANTI Sandro (1999), *Chi ha potere sul mio corpo?*, Edizioni Paoline, Milano.

SPINSANTI Sandro (2004), *Chi decide in medicina?*, Zadig, Roma.

TAUSSIG Michael T. (2006 [1980]), *Reificazione e coscienza del paziente*, pp. 75-106, in QUARANTA Ivo (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, traduz. dall'inglese di Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig. del saggio: *Reification and the consciousness of the patient*, "Social Science and Medicine", vol. 14B, 1980, pp. 3-13].

TURNER VICTOR (1976 [1967]), *Un medico ndembu all'opera*, pp. 417-455, in TURNER VICTOR, *La foresta dei simboli. Aspetti del rituale ndembu*, traduz. dall'inglese di Nicoletta GREPPI COLLU, Morcelliana, Brescia [ediz. orig. del saggio: *An Ndembu doctor in practice*, pp. 230-263, in Ari KIEV (curatore), *Magic, faith, and healing*, Glencoe, The Free Press, 1964].

VINEIS Paolo (1999), *Nel crepuscolo della probabilità. La medicina tra scienza ed etica*, Einaudi, Torino.

WALDRAM James B. (2000), *The efficacy of traditional medicine: current theoretical and methodological issues*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 14, 2000, fasc. 4, pp. 603-625.

WEATHERALL David J. (1994), *The inhumanity of medicine*, "British Medical Journal", vol. 39, 1994, pp. 24-31.

YOUNG Allan (2006 [1982]), *Antropologie della "illness" e della "sickness"*, pp. 107-147, in QUARANTA Ivo (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, traduz. dall'inglese di Elena FABIETTI, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig. del saggio: *The anthropologies of illness and sickness*, "Annual Review of Anthropology", vol. 11, pp. 257-285].

ZANNINI Lucia (2008), *Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina, Milano.

Scheda sull'Autore

Alessandro Lupo è nato a Roma l'11 giugno 1958 e si è addottorato in *Scienze etnoantropologiche* nel 1990 presso la Sapienza Univeristà di Roma, ove è professore associato di *Etnologia* e dirige la *Missione Etnologica Italiana in Messico*, di cui fa parte dal 1979; dal 2010 è coordinatore del Dottorato di ricerca in *Etnologia ed etnoantropologia* e, dal 2014, dirige la rivista *L'Uomo. Società Tradizione Sviluppo*. In Messico, ha svolto ricerche tra i Huave di Oaxaca e i Nahuas della Sierra Norte di Puebla, studiandone l'etnoastronomia, la cosmologia, la tradizione orale (narrativa e testi rituali), i saperi medici e le pratiche rituali, nonché le dinamiche culturali in generale; dal 2000, ha svolto indagini sull'attività pastorale del clero cattolico presso le comunità indigene messicane. Nel 2006 il Governo Messicano gli ha conferito la decorazione dell'*Aguila azteca*, per i suoi contributi scientifici allo studio del Messico indigeno. In Italia, dal 2004 coordina diversi progetti di ricerca etnografica in ambito di sanità pubblica, in collaborazione con le istituzioni sanitarie della capitale. Tra le sue principali pubblicazioni: (con Italo Signorini) *I tre cardini della vita. Anime, corpo, infermità tra i Nahuas della Sierra di Puebla* (Palermo 1989); *La tierra nos escucha. La cosmología de los nahuas de la Sierra a través de las súplicas rituales* (México 1995); *La cultura plural. Reflexiones sobre diálogo y silencios en Mesoamérica* (curatore, con A. López Austin, México 1998); *Gli Aztechi tra passato e presente* (curatore, con L. López Luján - L. Migliorati, Roma 2006); *Il mais nella croce. Pratiche e dinamiche religiose nel Messico indigeno* (Roma 2009); *San Juan Diego y la Pachamama. Nuevas vías del catolicismo y de la religiosidad indígena en América Latina* (curatore, con F. Báez-Jorge, Xalapa 2010); *Corpi freddi e ombre perdute. La medicina indigena messicana ieri e oggi* (Roma 2012); *Civiltà e religione degli Aztechi* (curatore, con L. Pranzetti, Milano 2015).

Riassunto

Antropologia medica e umanizzazione delle cure

In questo articolo si analizzano in prospettiva antropologica alcune delle ragioni che negli ultimi decenni hanno portato a promuovere una “umanizzazione” delle pratiche terapeutiche in ambito sanitario, quasi che la moderna medicina, in ragione del peso crescente che in essa ha assunto la dimensione “scientifica”, si fosse venuta progressivamente dis-umanizzando. Dopo una riflessione iniziale sul fatto che la predisposizione a sviluppare e acquisire conoscenze e capacità tecniche ha da sempre costituito una caratteristica distintiva della nostra specie, si passano in rassegna alcuni dei fattori che, pur accrescendo le capacità di prevenzione, controllo e contrasto delle patologie dal punto di vista organico, hanno contribuito a ridurre la capacità della bio-medicina di farsi carico in senso più ampio delle esigenze dei pazienti e del loro *entourage* sociale: dalla tendenza a ridurre la malattia alle sue sole manifestazioni di ordine biologico, a quella verso la traduzione in termini meramente quantitativi e misurabili degli indicatori di salute e malattia, con la conseguente uniformazione e standardizzazione entro rigide categorie nosologiche dell’infinitamente variabile esperienza soggettiva dei pazienti; dall’incapacità di concedere spazio e riconoscimento ai significati che sempre vengono conferiti agli episodi di malattia, alla tendenza delle istituzioni e del personale sanitario a trascurare il fatto che tanto le ripercussioni sociali della malattia quanto la terapia investono una cerchia assai più ampia che non il singolo paziente biologico; dalla pesante menomazione della capacità di scelta e d’azione che la malattia sempre comporta (e che è spesso aggravata dalle modalità della sua gestione in ambito sanitario), alle importanti conseguenze che la capacità di instaurare una comunicazione e una relazione terapeutica soddisfacenti ha sulla stessa efficacia delle cure.

Parole chiave: Antropologia medica, biomedicina, riduzionismo, olismo, relazione terapeutica.

Resumen

Antropología médica y humanización de las prácticas terapéuticas

En este artículo analizo en perspectiva antropológica algunas de las razones que en las últimas décadas han inducido a promover la “humanización” de las prácticas terapéuticas en el contexto sanitario, como si la moderna medicina, debido al creciente peso que en ella ha adquirido la dimensión “científica”, se hubiera progresivamente des-humanizado. Tras una reflexión inicial sobre el hecho de que la predisposición a desarrollar y adquirir conocimientos y capacidades técnicas siempre ha sido una característica propia de nuestra especie, tomo en consideración algunos de los factores

que, aun incrementando las capacidades de prevención, control y contraste de las patologías desde el punto de vista orgánico, han contribuido a reducir la capacidad de la bio-medicina para hacerse cargo en términos más amplios de las exigencias de los pacientes y su entorno social: a partir de la tendencia a reducir la enfermedad a sus manifestaciones de orden exclusivamente biológico, hasta la predisposición a traducir los marcadores de salud y enfermedad en términos meramente cuantitativos y susceptibles de medición, con la consecuencia de uniformar dentro de categorías nosológicas rígidas las experiencias subjetivas infinitamente variables de los pacientes; desde la incapacidad de otorgar espacio y reconocimiento a los significados que siempre se atribuyen a los casos de enfermedad, hasta la tendencia por parte de las instituciones y el personal sanitario a subvalorar el hecho de que tanto las repercusiones sociales de la enfermedad como la terapia involucran a un conjunto de individuos mucho más amplio que el mero paciente biológico. Finalmente, después de hacer hincapié en la grave menomación de las capacidades de elección y acción que la enfermedad siempre conlleva (y que a menudo es incrementada por la manera en que se gestiona en el contexto sanitario), analizo las importantes consecuencias sobre la eficacia de la terapia debidas a la capacidad de instaurar una comunicación y una relación terapéutica satisfactoria.

Palabras llave: Antropología médica, biomedicina, reduccionismo, holismo, relación terapéutica.

Resumé

Anthropologie medicale et humanization des soins

Dans cet article, nous analysons en perspective anthropologique quelques unes des raisons qui, dans les dernières décennies, ont conduit à promouvoir une «humanisation» des pratiques thérapeutiques en soins de santé, comme si la médecine moderne – en raison de l'importance croissante qu'elle attribue à la dimension «scientifique» – fût devenue de plus en plus in-humaine. Après une première réflexion sur le fait que la prédisposition à développer et acquérir des connaissances et des compétences techniques a toujours été une caractéristique de notre espèce, nous passons en revue quelques-uns des facteurs qui, tout en augmentant la capacité de prévention, de contrôle et de lutte contre les maladies en termes organiques, ont contribué à réduire la capacité de la bio-médecine de prendre en charge dans le sens le plus large les besoins des patients et de leur entourage social. Parmi ces facteurs, on trouve: la tendance à réduire la maladie exclusivement à ses manifestations de nature biologique et à traduire les indicateurs de la santé et de la maladie en termes purement quantitatifs et mesurables, uniformant l'expérience subjective des patients, qui est extrêmement variable, aux rigides catégories nosologiques; l'incapacité de fournir espace et reconnaissance aux

significations qu'on donne toujours aux cas de maladie, et la tendance des institutions et des professionnels des soins de santé à négliger le fait que tant l'impact social de la maladie que le traitement investissent un cercle beaucoup plus grande que le patient biologique; la limitation sévère de la liberté de choix et d'action provoquée par toute maladie (qui est souvent exacerbée par la manière de sa gestion dans le secteur de la santé); enfin, l'impact très positif que la capacité d'établir une communication et une relation thérapeutique satisfaisantes peut avoir sur l'efficacité des soins.

Mots clés: Anthropologie médicale, biomédecine, réductionnisme, holisme, relation thérapeutique.

Abstract

Medical anthropology and the humanization of curing

In this article I analyze from an anthropological perspective some of the reasons that in recent decades have led to promote a “humanization” of therapeutic practices in health-care, as if modern medicine, due to the increasing importance acquired by its “scientific” dimension, had become gradually in-humane. After some initial reflections on the fact that the predisposition to develop and acquire technical knowledge and skills has always been a defining characteristic of our species, I review some of the factors which, while increasing the capacity of preventing, controlling and defeating diseases’ organic aspects, contributed to reducing bio-medicine’s capacity to “take care” in a broader sense of patients and their social milieu. Among these factors, one can list: the tendency to reduce the disease to its biological aspects, and to translate the indicators of health and ailment in purely quantitative and measurable terms, consequently uniforming and standardizing within rigid nosographic categories the subjective experience of patients, which is infinitely variable; the inability to provide space and recognition to the meanings that are always given to illnesses; the tendency of institutions and health care professionals to overlook the fact that both the social impact of disease and its treatment include a much larger circle than the single biological patient; the heavy impairment of patients’ agency that always derives from sickness (often exacerbated by the behaviour of health-care operators); the important consequences that the ability to establish a satisfactory communication and therapeutic relationship has on the very effectiveness of curing.

Keywords: Medical anthropology, biomedicine, reductionism, holism, therapeutic relationship.

*Antropologia medica e salute globale**

Ivo Quaranta

professore associato di Antropologia culturale e Antropologia del corpo e della malattia, Dipartimento di Storia Culture Civiltà, Alma Mater Studiorum-Università di Bologna

[ivo.quaranta@unibo.it]

1. Lo scenario della salute globale

La salute globale è emersa negli ultimi anni come un concetto volto a pensare la salute nei termini di un processo implicato nella complessa trama delle dinamiche economico-politiche, tanto locali quanto globali, che caratterizzano la realtà sociale. È in questi termini che essa si è imposta come cornice teorica, dando vita ad una vera e propria epidemia di ridenominazioni: dipartimenti universitari, agenzie internazionali, istituti nazionali, fondazioni, riviste scientifiche, serie editoriali, programmi accademici di formazione e di ricerca sono stati rinominati all'insegna della salute globale, a prescindere dalle diverse sfaccettature cui il concetto si presta dal punto di vista dei reali contenuti implicati. Lo stesso è avvenuto in antropologia medica, dove dipartimenti, insegnamenti e programmi di dottorato sono stati di fatto rinominati in questo senso (BROWN T. - BELL M. 2008; ERICKSON P. 2003; MACFARLANE S. - JACOBS M. - KAAYA E. 2008).

La salute globale è diventata parola chiave per molti di noi, anche in contesto italiano, dove negli ultimi anni una molteplicità di attori ha dato un impulso determinante alla sua introduzione e al suo consolidamento (si pensi ai contributi in tale senso dell'Osservatorio italiano sulla salute globale, della Rete italiana per l'insegnamento della salute globale, della Società italiana di medicina delle migrazioni, del Segretariato italiano degli studenti di medicina, ecc.).

* Testo definitivo della relazione presentata al 1° Convegno nazionale della SIAM, *Antropologia medica e strategie per la salute* (Roma 21 - 23 febbraio 2013). Il titolo della relazione è stato qui modificato in sostituzione di quello allora proposto (*Antropologia medica e politiche di salute globale*).

Con il concetto di salute globale non possiamo però parlare di una nuova disciplina, quanto piuttosto di una serie di problematiche. Come suggerisce Paul Farmer (FARMER P. 2013): il concetto di salute globale viene chiamato in causa di volta in volta per evocare le complesse trasformazioni epidemiologiche che testimoniano le grottesche disparità in salute fra nord e sud del mondo; così come spesso lo si invoca per mettere in luce il mutato scenario della salute e della sua cura alla luce dei flussi di migrazione di massa e delle specificità legate alle condizioni di rifugiati e richiedenti asilo; lo stesso concetto è utilizzato per rendere conto della circolazione globale delle pratiche, delle tecnologie ma anche delle parti del corpo; la salute globale fornisce una cornice anche per tematizzare le forme di azione della società civile, che sempre più spesso possono assumere forme transnazionali (si pensi al People's Health Movement); infine, esso è speso per rendere parimenti conto della fitta trama di associazioni, istituzioni e apparati (governativi e non) che si occupano della salute e della sua cura in termini di interventi e politiche che trascendono i confini dei singoli stati nazionali, oscillando fra azioni umanitarie e dinamiche securitarie.

Data l'estrema poliedricità che caratterizza il concetto di salute globale, lo stesso editor del "Lancet", Richard Horton, a sua volta impegnato sul fronte della sua promozione, preferisce parlarne nei termini di: "un atteggiamento, una modalità di guardare al mondo [...] che ha a che fare con la universale natura della nostra condizione umana. È una presa di posizione circa il nostro impegno per la salute come dimensione fondamentale della libertà e dell'equità" (in FARMER P. 2013: XV).

Un atteggiamento, più che una disciplina accademica, dunque, che pone al centro della riflessione il tema dell'equità in salute. È in questi termini che, anche per l'antropologia medica, la salute globale è andata a configurarsi come paradigma trasversale volto a collocare i temi della salute e della malattia, degli individui come delle popolazioni, nel quadro dei rapporti di disuguaglianza fra nord e sud del mondo, da un lato, ed entro il nord ed entro il sud del mondo, dall'altro.

Questo "atteggiamento" si è imposto come "buono da pensare" per dare un'innovativa cornice teorico-applicativa a due tradizioni da sempre intrecciate fra loro e in dialogo con l'antropologia: quella della salute internazionale e quella della sanità pubblica (KOPLAN *et al.* 2009).

La salute globale condivide, infatti, con queste tradizioni una predilezione per le dimensioni collettive della salute in ottica preventiva, specialmente in riferimento alle fasce più vulnerabili della popolazione, prediligendo

un approccio interdisciplinare, all'insegna di una visione della salute come bene comune. A differenza della salute internazionale, tuttavia, tradizionalmente concepita nei termini di un intervento del Nord del Mondo nei contesti del Sud del Mondo (principalmente sui temi delle malattie infettive e "tropicali", della malnutrizione e della salute meterno-infantile), la salute globale non intende dare una collocazione geografica alle problematiche di cui si occupa: con l'aggettivo "globale" si punta piuttosto a definire la loro rilevanza, andando oltre i temi classici della cooperazione sanitaria nei contesti a basso reddito, per contemplare anche le questioni relative alle condizioni croniche, alla salute mentale, alla dimensione più strettamente clinica, ecc.

In linea con la posizione di Kelley Lee e colleghi (LEE 2002; LEE K. - FUSTUKIAN S. - BUSE K. 2003), possiamo cogliere un altro tratto caratterizzante il concetto di salute globale nella sua discontinuità con quello di salute internazionale, nel momento in cui primo individua le cause e le conseguenze della salute in dinamiche che trascendono i confini nazionali, imponendo strategie di azione che vanno oltre la capacità di azione dei singoli Stati. In estrema sintesi, il paradigma della salute globale cala le sue analisi nel contesto delle relazioni di potere e di disuguaglianza transnazionali che mettono in discussione i modelli istituzionali tradizionali di governance (BROWN T. - BELL M. 2008; BROWN T.M. - CUETO M. - FEE E. 2006; KICKBUSH I. 2003; LEE K. 2002).

A questo proposito cogliamo subito quella che Linda Whiteford e Lenore Manderson (2000: 2) chiamano la discordanza fra l'ideale globale e la realtà locale: non solo il tema della salute come bene comune globale è presente nelle retoriche delle agenzie internazionali, più che nelle reali politiche, ma la cornice istituzionale in cui il diritto alla salute è regolamentato resta quella degli Stati nazionali, come del resto avviene per i diritti civili. Come sostiene Didier Fassin: la salute globale parte a casa e spesso lì finisce (FASSIN D. 2012: 100).

Va da sé che una prospettiva di tal fatta abbia rappresentato una cornice particolarmente adatta per il dialogo fra le discipline mediche e quelle umanistico-sociali, tradizionalmente dedite all'analisi di specifici contesti locali nel quadro delle più ampie dinamiche storico-politiche in cui sono inseriti, prediligendo una visione della globalizzazione a partire dal basso, dal concreto posizionamento di specifici attori sociali, all'insegna di un atteggiamento in cui: "il locale non è definito da confini geografici ma viene apprezzato come la specifica arena in cui i significati sociali vengono qualificati e adattati" (GINSBURG F. - RAPP R. 1995: 8).

2. Politiche di salute globale

È in questo scenario, dunque, che antropologia e sanità pubblica hanno visto un reciproco coinvolgimento senza precedenti.

Un primo forte punto di contatto fra queste due discipline, che ci aiuta a rendere conto dell'emersione stessa del concetto di salute globale, è stato rappresentato dall'esame critico delle politiche sanitarie globali, dalla cui analisi emergono le ideologie, le rappresentazioni, i sistemi di significati che le informano in modo speso silente e implicito (BIEHL J. - PETRYNA A. 2013; CASTRO A. - SINGER M. 2004; WHITEFORD L.M. - MANDERSON L. 2000).

Le politiche dell'Oms, sin dalle origini, hanno riconosciuto alla salute la valenza di diritto umano fondamentale, cercando di vincolare gli Stati a promuoverla attraverso le proprie legislazioni. In occasione dell'Assemblea mondiale della salute del 1976, venne inaugurato il programma "Salute per tutti nell'anno 2000", che diede poi vita alla conferenza di Alma Ata del 1978. Sotto la direzione di Halfdan Mahler, convinto sostenitore tanto del fatto che molte delle cause dei problemi sanitari fossero da ricercare nell'assetto sociale, quanto della natura fallimentare di approcci sanitari settorializzati, l'Oms si impegnò sul fronte della promozione delle cure primarie e della loro professionalizzazione locale più che sullo sviluppo economico e scientifico.

A dispetto degli auspici dell'Oms, il ventennio successivo fu caratterizzato da uno slittamento radicale nelle politiche globali verso modelli neoliberisti. La base politica che sosteneva la strategia di Alma-Ata si dimostrò fragile al cospetto della crisi del debito che investì i paesi del sud del mondo negli anni successivi e dei mutamenti politici che portarono in primo piano negli USA e nel Regno Unito il blocco conservatore, rispettivamente con Ronald Reagan e Margaret Thatcher (BASILICO M. *et al.* 2013; BODINI C. - MARTINO A. 2010).

L'ascesa del neoliberismo come cornice ideologica per la definizione delle politiche nazionali e globali minò alla base la strategia di salute pubblica che animava il programma di Alma-Ata, incentrato sulle cure primarie e sulla professionalizzazione delle risorse locali.

Le istituzioni finanziarie internazionali guadagnarono crescente centralità nella definizione delle politiche globali, promuovendo mutamenti nell'allocatione delle risorse e nello stesso vocabolario utilizzato per formulare le politiche sanitarie (WHO 2001).

Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale emersero così come attori centrali nella definizione delle politiche sanitarie, concentrando gli

sforzi sulla crescita economica, senza prendere in debita considerazione il suo impatto sociale e men che meno quello sulla salute.

Gli anni novanta del Novecento furono, di fatto, caratterizzati da una vera e propria “epidemia di riforme sanitarie” (KLEIN 1995). A farne le spese furono soprattutto i paesi più poveri, in cui i servizi sanitari nazionali vennero smantellati, indipendentemente dai risultati che stavano generando, e sostituiti con sistemi di tipo commerciale dove farmaci e cure secondarie sono spesso soggette solo alle leggi del mercato e dove la programmazione sanitaria, frammentata e totalmente dipendente dalle politiche e dai capitali internazionali, si limita per lo più a programmi di tipo verticale indirizzati a singole condizioni o patologie (BODINI C. - MARTINO A. 2010).

A partire dall'inizio del nuovo millennio, allorché i primi dati iniziarono ad essere disponibili, una serie di pubblicazioni puntarono il dito contro gli effetti problematici prodotti dalle riforme sanitarie di stampo liberista sulla salute delle popolazioni (KIM J.Y. *et al.* 2000; STUCKLER D., KING L.P. - BASU S. 2008).

Parallelamente alla crescente influenza delle istituzioni finanziarie internazionali, il prestigio dell'OMS andò progressivamente a diminuire. Un segnale inequivocabile in questo senso fu rappresentato dal voto con cui, nel 1982, l'Assemblea mondiale della salute congelò il budget ordinario dell'OMS, costringendola a dipendere da finanziamenti esterni per la realizzazione delle proprie iniziative (BROWN T.M. - CUETO M. - FEE E. 2006).

Dalla metà degli anni Ottanta in poi la quota esterna del budget dell'OMS ha superato di gran lunga il budget ordinario, consegnando di fatto la definizione delle sue priorità a soggetti esterni in virtù della destinazione indicata per l'utilizzo dei loro finanziamenti.

Come suggerito da Fiona Godlee (1995: 182):

«L'OMS è catturata in un ciclo di declino, con i donatori che esprimono la propria mancanza di fiducia nella capacità di gestione dell'Organizzazione collocando i finanziamenti fuori dal suo controllo [...] prevenendo così la possibilità stessa di pianificare e sviluppare dei responsi integrati di lungo respiro per i bisogni dei diversi paesi».

Le strategie neoliberiste di sviluppo che hanno caratterizzato l'ambito sanitario a partire dagli anni Ottanta del Novecento hanno sistematicamente segnato i servizi sanitari, mutandone la capacità, lo scopo e la penetrazione. In questo scenario, caratterizzato dal progressivo ritirarsi del settore pubblico dal campo sanitario, una vasta serie di organizzazioni private, raggruppate sotto la generica dicitura di “società civile”, è emersa come elemento strutturale delle strategie sanitarie, includendo realtà molto

diversificate, che vanno dalle piccole organizzazioni laiche o religiose, a grandi fondazioni filantropiche, a donatori internazionali. Queste organizzazioni, favorite da esplicite politiche globali, hanno progressivamente soppiantato i servizi sanitari pubblici in molti contesti locali, dando vita a quello che BUSE e WALT (1997) hanno definito un “*unruly melange*”, i cui attori non solo non sono sempre ben coordinati, ma entrano spesso in competizione gli uni con gli altri nell’accesso ai finanziamenti per la realizzazione dei programmi sanitari.

ABRAMSON (1999), MARKOWITZ (2001), REDFIELD (2005, 2013), fra i tanti, hanno riflettuto criticamente sul ruolo centrale che le ONG giocano nel campo della salute e le contraddizioni che tale ruolo può spesso produrre. James PFEIFFER (2003, 2004), ad esempio, ha documentato come, nel caso del Mozambico, piuttosto che rafforzare i servizi sanitari, le ONG hanno paradossalmente minato il controllo locale sui programmi sanitari, contribuendo alla crisi del sistema attraverso il reclutamento di personale qualificato, precedentemente impiegato nei servizi pubblici, per la realizzazione dei loro programmi, limitati tuttavia alla durata dei finanziamenti.

In aperta reazione a questo contesto istituzionale e politico, l’Oms ha iniziato a ripensare il suo ruolo precisamente attraverso il concetto di salute globale, con l’esplicito obiettivo di riguadagnare preminenza nel coordinamento e nella definizione delle strategie sanitarie globali.

Il rapporto finale del gruppo di lavoro della World Health Assembly, istituito nel gennaio del 1992 con l’obiettivo di individuare strategie su come l’Oms potesse giocare un ruolo efficace alla luce dei mutamenti globali, formulò le seguenti raccomandazioni: rivedere la gestione frammentaria dei programmi globali, regionali e nazionali; ridurre la competizione fra programmi finanziati dal budget regolare e quelli supportati da finanziamenti esterni; promuovere la salute globale e il ruolo di coordinamento dell’Oms in questo campo.

Quella della salute globale, come sottolineano T. Brown, M. Cueto ed E. Fee, ha di fatto rappresentato più una strategia di sopravvivenza dell’Oms per ritagliarsi un ruolo di preminenza nel coordinamento di una serie di iniziative sempre più a partecipazione privata a livello globale, che non l’implementazione di un paradigma innovativo.

3. Equità, giustizia sociale e rin vigoriti universalismi

Non sorprende che il concetto di salute globale, per quanto attraversato da molteplici tensioni non sempre unitarie, abbia costituito in anni re-

centi il terreno a partire dal quale una sinergia, forse senza precedenti, fra antropologia e sanità pubblica si è sostanziata: la comune inclinazione a leggere le differenze negli indicatori di salute alla luce dei rapporti di disuguaglianza; il non limitarsi all'equità nell'accesso ma interrogare le dinamiche eziopatogenetiche; fare appello alla dimensione etica e dell'impegno sociale del ricercatore; insistere sui temi della partecipazione e delle metodologie qualitative; la critica alla supposta naturalezza dell'ordine delle cose, ecc. rappresentano bandoli di una comune matassa concettuale, etica e politica.

I diversi contributi prodotti nella cornice della salute globale hanno chiaramente messo in luce come la crisi delle politiche sanitarie globali riflettano l'incapacità politica di interrogare i disordini prodotti dal nostro ordine sociale, registrando al tempo stesso la irriducibile indeterminatezza delle realtà locali all'interno dei nuovi assemblaggi globali di politiche, significati, merci, capitali e valori (ONG A. - COLLIER S.J. 2005).

L'attenzione antropologica per la malattia intesa nei termini di uno dei possibili modi in cui si manifestano le dimensioni problematiche del nostro rapporto costitutivo con la realtà socialmente informata ben si coniuga con il paradigma della salute globale alla cui luce l'azione sul mondo equivale all'azione sulle dimensioni sociali della nostra esistenza (KLEINMAN A. - DAS V. - LOCK M. 1997; QUARANTA I. 2006). Se la salute non può che essere pensata alla luce delle dinamiche che ci vedono socialmente implicati, allora essa è, e non può che essere, una manifestazione della dimensione collettiva della nostra esistenza e come tale si configura nei termini di un bene comune.

È precisamente su questo piano che si colloca il rapporto della Commissione sui Determinanti sociali di salute dell'OMS (CSDH 2008), individuando nei seguenti tre punti i principi su cui fondare le azioni di contrasto delle disuguaglianze in salute: migliorare le condizioni della vita quotidiana; contrastare l'iniqua distribuzione di potere, denaro e risorse; misurare e comprendere in maniera opportuna i problemi e valutare adeguatamente l'impatto delle azioni di contrasto.

Gli autori non fanno cenno alcuno alla necessità di investimenti economici o di ulteriore sviluppo scientifico-tecnologico. Essi ci invitano piuttosto a pensare alla salute come campo transdisciplinare per eccellenza e, dunque, individuano l'impatto sulla salute di tutte quelle politiche che puntano al miglioramento delle condizioni di vita quotidiana, inserendo la variabile salute nell'agenda di ogni politica.

Gli estensori parlano chiaramente del ruolo eziopatogenetico delle disuguaglianze, sottolineando come le sistematiche differenze in salute siano

evitabili e, pertanto, semplicemente ingiuste. Raddrizzare queste iniquità è una questione di giustizia sociale e dunque implica un imperativo etico, alla luce del fatto che “l’ingiustizia sociale sta uccidendo persone su larga scala”.

Il rapporto della Commissione sui determinanti sociali testimonia come lo spirito di Alma Ata non si sia sopito, tanto in seno all’OMS, quanto nel lavoro di quegli antropologi che proprio sull’analisi delle disuguaglianze hanno fondato il loro approccio. Proprio all’insegna dell’analisi delle disuguaglianze in salute, infatti, le dimensioni applicative ed etiche hanno avuto una rinascita robusta in seno alle analisi antropologiche (BIEHL J. - PETRYNA 2013; RYLKO-BAUER B. - SINGER M. - VAN WILLIGEN J. 2006).

Anche in questo caso, la salute globale è emersa nella letteratura antropologica come cornice concettuale per tematizzare l’impegno di quegli antropologi che aspirano a promuovere una ricaduta pubblica e istituzionale delle proprie analisi con l’auspicio di contribuire allo sviluppo di pratiche e politiche salutogeniche.

Protagonista indiscusso di questa stagione dell’antropologia medica è stato Paul Farmer con la sua proposta di un’antropologia della violenza strutturale. Come noto, Paul FARMER (2003) recupera il concetto di violenza strutturale dal pensiero di J. Galtung, con l’intento di problematizzare quelle indirette forme di violenza che non richiedono l’azione di un individuo per essere esercitate, in virtù del loro essere esercitate dalle stesse forme dell’organizzazione sociale. La violenza strutturale agirebbe, tanto a livello locale quanto a quello globale, sulla vita di chi occupa i segmenti più marginali di ordinamenti sociali segnati da profonde disuguaglianze.

L’impatto del lavoro di Farmer è stato senza dubbio rivoluzionario. La sua proposta infatti non si pone come ulteriore variante paradigmatica nel diversificato campo dell’antropologia medica, nella misura in cui egli arriva a mettere sotto accusa l’antropologia culturale tutta su due fronti, intrecciati fra loro: da un lato egli rinfaccia alla tradizione nord-americana di aver limitato lo scopo dell’impresa analitica della disciplina al solo studio delle rappresentazioni culturali della malattia, del corpo, della persona, ecc. ignorando così l’analisi di quei processi economico-politici che contribuiscono alla distribuzione delle patologie e della sofferenza nella realtà sociale; dall’altro lato egli sottolinea come questa impostazione teorico-metodologica, derivante da una problematica interpretazione dell’atteggiamento relativista, abbia portato gli antropologi a farsi complici inconsapevoli della violenza strutturale stessa, arrivando a rappresentare come espressione di processi culturali locali l’impatto stesso della violenza strutturale.

Secondo Farmer, infatti, il problema della diffusione dell'Hiv, come di altre patologie, non andrebbe ricercato nelle locali concezioni culturali, quanto piuttosto nelle limitazioni che le forze sociali esercitano sulla capacità di azione dei soggetti. In altre parole, sostiene Farmer, sono le limitazioni economiche e sociali all'agire individuale che esporrebbero le persone a specifici rischi e forme di vulnerabilità. È in questo senso che egli giunge a parlare di patologie del potere (FARMER 2003) e della malattia come incorporazione biologica della violenza strutturale. Attraverso tale prospettiva la malattia viene a configurarsi come un processo sociale: non più mera realtà biologica, frutto di un beffardo destino o di rischio statistico, ma realtà attivamente prodotta da particolari assetti sociali informati da profonde disuguaglianze.

Se dunque la violenza strutturale agisce limitando la capacità di azione dei soggetti, è proprio sul fronte della promozione di quest'ultima che la lotta per la salute pubblica deve essere combattuta, mettendo al centro dell'azione politica la promozione dei diritti sociali ed economici.

Questo approccio ha certamente avuto il merito di destare l'attenzione dell'antropologia di tradizione anglofona per l'analisi dei processi eziopatogenetici, dando però vita a nuove forme di intervento improntate a un problematico universalismo che tradirebbe la specificità stessa della riflessione antropologica: la sua imprescindibile considerazione del punto di vista degli attori sociali circa la propria realtà.

In questa direzione Leslie BUTT (2002), ad esempio, ha sottolineato come l'approccio proposto si iscriva in una nuova agenda politica in cui l'utilizzo delle biografie nei resoconti antropologici per cogliere l'azione della violenza strutturale ci offre narrazioni decontestualizzate di esperienze il cui fine è quello di convalidare più ampi assunti teorici circa i diritti umani e la giustizia sociale: così facendo, tuttavia, si maschera l'assenza di una sfera pubblica internazionale in cui le voci di queste persone possano trovare legittimità ed essere udite (se non ascoltate). Leslie Butt sostiene quanto un serio attivismo dovrebbe non solo esaminare le distruttive relazioni di disuguaglianza, ma dovrebbe anche mettere in discussione gli assunti, culturalmente orientati e politicamente implicati in strutture economiche globali, su cui si fonda oggi un'industria umanitaria e filantropica sempre più universalista che si arroga il primato di definire cosa sia meglio per gli altri, per i poveri e gli svantaggiati, con il rischio che questi vengano, nel loro interesse, ulteriormente privati della propria voce.

Il rischio è quello di accogliere i bisogni solo nella misura in cui siano compatibili con la cornice ideologica che muove l'apparato istituzionale,

dando vita a specifiche soggettività come terreno per la possibile rivendicazione di diritti.

Come vedremo nelle conclusioni, una sfida possibile per la declinazione dell'antropologia in seno alla cornice della salute globale potrebbe risiedere proprio in quella forzatura autoriflessiva che crea cittadinanza cognitiva e politica per promuovere e accogliere la definizione che dei propri bisogni producono gli attori sociali.

È proprio questo aspetto che risulta principalmente assente nelle proposte che privilegiano il tema delle disuguaglianze e dei determinanti sociali come fondamento dell'equità.

La sfida allora emerge nei termini non già di una contrapposizione fra etica della nuda vita ed etica della giustizia sociale, quanto nell'incessante sforzo di non ridurre le questioni etiche alle sole dimensioni della mera esistenza biologica, iscrivendole in seno ad una più robusta pratica politica della cittadinanza (COMAROFF, 2006) in cui le dimensioni biologiche dell'esistenza non siano svincolate dalle dimensioni politiche che le informano e che sollevano a partire dalla prospettiva e dall'esperienza degli attori sociali coinvolti.

In anni recenti l'antropologia ha affrontato in modo sistematico l'analisi delle dimensioni politiche iscritte nelle nuove forme dell'impresa umanitaria (ABRAMOWITZ S. - MARTEN M. - PANTER-BRICK C. 2015; ALLEN T. - SCHOMERUS M. 2008; ATLANTI-DUAULT L. - DOZON J.-P. 2011; BORNSTEIN E. 2012; BORNSTEIN E. - REDFIELD P. 2012; COULTER C. 2009; DANIEL E.V. - KNUDSEN J. 1995; DELVECCHIO GOOD M.J. *et al.* 2008; DUFFIELD M.R. 2001; EGGERMAN M. - PANTER-BRICK C. 2010; FARMER P. 2012; FASSIN D. 2007, 2011; FASSIN D. - PANDOLFI M. 2010; FELDMAN I. - TICKTIN M. 2010; HAMMOND L. 2004; HARRELL-BOND B.E. 1986; HOFFMAN D. 2011; JAMES E.C. 2010; POLMAN L. 2010; REDFIELD P. 2005, 2013; TICKTIN M. 2011), mettendo in luce come essa partecipi, anche solo indirettamente, di nuove forme di sovranità in cui il tema della giustizia sociale viene spesso schiacciato su quello della promozione e salvaguardia della vita in termini meramente biologici, traducendo un problema sociale e politico nel linguaggio della malattia e della sua cura, finendo con il prenderci cura della malattia anziché promuovere la salute.

Anche di questo si tratta nella letteratura antropologico-medica attraverso il concetto di salute globale, che emerge sempre più come una cornice concettuale "acchiappa tutto", capace di ospitare tendenze spesso fortemente contraddittorie.

4. *Un sapere multidisciplinare*

Il concetto di salute globale si è dunque andato a coniugare principalmente con le analisi antropologiche delle disuguaglianze, fornendo all'antropologia medica una cornice istituzionale per la legittimazione di uno dei suoi punti di forza caratterizzanti: la dimensione della multidisciplinarietà. Fin dalle sue origini l'antropologia medica si è impegnata nel promuovere una ridefinizione del significato stesso di quell'esperienza sociale che culturalmente definiamo malattia. Se ammettiamo, infatti, che la salute non dipende solo dalla sua componente biologica, quando analizziamo le condizioni di salute di un individuo o di una popolazione non analizziamo solo il successo o l'insuccesso della medicina nel garantire cure adeguate: lo stato di salute è molto più che un indicatore di una disfunzione fisiologica, dell'aggressività di una patologia o della efficacia di un presidio diagnostico-terapeutico. Se la malattia è il risultato dell'effetto dinamico dei molteplici fattori che la influenzano, lo stato di salute diviene inevitabilmente indicatore di questi processi (BODINI C. - MARTINO A. 2010).

Si sancisce così uno slittamento dalla prospettiva clinica della cura e della lotta alle malattie, sostanziata attraverso interventi di tipo verticale su singole patologie, a una prospettiva che cerca invece di cogliere a monte "le cause delle cause" delle patologie nelle configurazioni in cui gli individui e i gruppi sociali tessono le trame della loro esistenza. Spostare lo sguardo sui meccanismi eziopatogenetici implica necessariamente un ripensamento radicale delle strategie di intervento all'insegna di un coinvolgimento trasversale e sinergico di una molteplicità di attori e di istituzioni la cui tradizionale collocazione in forme di conoscenza distinte e in settori istituzionali parcellizzati viene individuata essa stessa come patogenetica.

La salute globale si è fatta strada negli ultimi anni in diversi contesti universitari precisamente con l'intento di trasformare una serie di problematiche in una disciplina coerente fondata su un approccio interdisciplinare (FARMER P. - KIM J.Y. - KLEINMAN A. - BASILICO M. 2013)

William Foege sintetizza questa ambizione con e seguenti parole:

«Combinare antropologia, sociologia, storia, economia politica e altre discipline "risocializzanti" con ambiti quali quelli dell'epidemiologia, della demografia, della pratica clinica, della biologia molecolare e dell'economia ci permetterebbe di edificare un nuovo coerente campo disciplinare che potrebbe andare sotto il nome di "equità globale in salute"» (FOEGE W. 2008).

L'ambizione di chi lavora all'insegna del variegato standardo della salute globale è, dunque, quello di fondare una disciplina capace di calare i temi dell'equità e della giustizia sociale sia sul fronte della prevenzione e delle politiche, sia sul fronte più strettamente clinico e delle relazioni di cura (KIM J.Y. - FARMER P. - PORTER M. 2013; KOPLAN *et al.* 2009; RYLKO-BAUER B. - FARMER P. 2002).

Se l'obiettivo auspicato è dunque quello di trasformare la salute globale in un sapere multidisciplinare, capace di coniugare l'analisi dei macro processi sociali con i contesti locali e la dimensione individuale, al fine di sostanziare in termini operativi un approccio biosociale per problematiche intimamente biosociali, quale ruolo può avere il sapere antropologico?

5. Conclusioni

Come abbiamo discusso, un tratto caratterizzante le relazioni fra antropologia e salute globale è certamente quello della dimensione pubblica della ricerca e dell'impegno per la promozione dell'equità in salute e, dunque, più in generale della giustizia sociale. Questo aspetto emerge molto nettamente anche nelle conclusioni del saggio di Craig R. Janes e Kitty K. Corbett dedicato al rapporto fra antropologia e salute globale, quando scrivono:

«I problemi che le persone si trovano ad affrontare sono globalmente troppo vasti e gli assalti alla giustizia sociale e all'ambiente così penetranti da non poterci permettere il lusso di preoccuparci circa gli effetti contaminanti derivanti dal fare lavori applicativi. Impegno e azione sono spesso caotici; le nitide puntualizzazioni della teoria e della concettualizzazione astratta possono apparire irrilevanti nei mondi segnati da sofferenza, ingiustizia e degrado ambientale con cui ci confrontiamo ed essere un intellettuale pubblico non è talvolta abbastanza. Ciò di cui dovremmo preoccuparci nel considerare il nostro posizionamento disciplinare come produttori e consumatori di conoscenza nel contesto economico-politico globale è la pressante domane: "E allora?". Siamo chiamati ad applicare i nostri strumenti e le nostre conoscenze, a cercare partenariati interdisciplinari e intersettoriali con cui impegnarsi direttamente nella ricerca di possibili soluzioni» (JANES C.R. - CORBETT K.K. 2009:178).

Il saggio richiamo degli autori, però, non dovrebbe indurre gli antropologi a cadere vittime di un atteggiamento emergenziale. Il richiamo ai temi della giustizia sociale e dei diritti umani, coniugato con quello della lotta alle disuguaglianze ha, infatti, dato spesso vita, anche in ambito antropologico, a nuove forme di universalismo che una certa lettura meccanicistica del quadro dei determinanti sociali di salute può generare.

Il comune interesse per il ruolo eziopatogenetico delle disuguaglianze, fondato sulle critiche agli approcci culturalisti, non deve infatti implicare un abbandono dell'analisi culturale, con la sua perturbante azione di denaturalizzazione della realtà. Il concetto di salute globale si è senza dubbio imposto nelle retoriche accademiche e istituzionali, da un lato promettendo nuove opportunità per collaborazioni interdisciplinari, dall'altro rischiando di fornire semplicemente una nuova etichetta per tematiche ampiamente note nelle frange progressiste dell'egemonia biomedica.

È significativo che, in apertura del suo volume dedicato alla salute globale, Mark NICTER (2008) sottolinei due questioni fondamentali come preliminari: la prima, volta a mettere in guardia dall'atteggiamento che tende ad enfatizzare le "barriere culturali" come capri espiatori per l'effetto delle disuguaglianze; la seconda, tesa a ribadire – ce n'è ancora bisogno, evidentemente – la natura squisitamente culturale della salute e dei discorsi su di essa, ivi inclusi quelli della biomedicina.

Non è certo un caso che gli approcci che hanno maggiormente dialogato con i saperi biomedici nel recinto concettuale della salute globale siano stati proprio quelli incentrati sulle disuguaglianze, ovvero quelle cornici teoriche che hanno maggiormente lasciato inespresso il perturbante contributo di critica culturale del sapere antropologico nei confronti delle proprie forme di conoscenza e dei propri assetti valoriali.

Le premesse da cui parte Mark Nichter si configurano proprio come un antidoto alle possibili derive etnocentriche che animano il campo della salute globale. È proprio in linea con questa impostazione che l'antropologia può fornire a questo campo il suo contributo, precisamente rispetto alle due questioni, organicamente interconnesse, della promozione dell'autoriflessività incentrata sul riconoscimento della natura culturale del sapere, ivi incluso quello medico e scientifico, e della partecipazione degli attori sociali nella definizione (inevitabilmente culturale) dei propri bisogni, sia nello spazio clinico della relazione terapeutica, sia nel contesto più ampio delle politiche e degli interventi sanitari di comunità.

In assenza di questi prerequisiti fondamentali il rischio è quello di alimentare nuove forme di imperialismo all'insegna di un universalismo dei diritti che di fatto, scavalcando "il punto di vista dei nativi", ambisce a promuovere il loro miglior interesse, indipendentemente dalla loro definizione dello stesso.

Vale la pena ribadire che inneggiare alla natura culturale delle pratiche e dei saperi della biomedicina non equivale a delegittimarla. Come di

recente segnalato dagli estensori del rapporto su cultura e salute del "Lancet":

«Gli operatori sanitari dovrebbero riconoscere i propri valori come culturali e le organizzazioni in cui lavorano dovrebbero investire sulla comprensione di come tali valori culturali condizionino le pratiche. La cultura non è qualcosa che irrazionalmente limita la scienza, essa piuttosto rappresenta il terreno per i sistemi di valore su cui si fonda l'efficacia stessa della scienza» (NAPIER D. *et al.* 2014: 1630).

Riconoscere la natura culturale del proprio agire aiuta ad aprire spazi alternativi di azione precedentemente non contemplati, perché preclusi dai limiti impliciti del nostro esplicito ragionare. È questo, forse, un utile modo di declinare il tema del relativismo culturale di stampo antropologico, da intendersi come atteggiamento volto alla comprensione dell'alterità non come alternativa *a* noi, ma come alternativa *per* noi.

Se quel bene comune che è la salute si sostanzia, di volta in volta, nelle specifiche forme della nostra implicazione con la realtà storico-sociale, allora si impone la necessità di non poter (e di non dover) presupporre quale sia il miglior interesse per le comunità come per le persone (come se, per altro, i concetti di comunità e di persona fossero così pacifici).

Parlare di salute globale oggi in antropologia non significa dunque schiacciare le nostre analisi sulle sole disuguaglianze socio-economiche all'insegna di un atteggiamento emergenziale che mima il campo delle politiche istituzionali, tanto locali quanto globali, quanto piuttosto saper coniugare l'interrogazione dei disordini dell'ordine sociale con la promozione della partecipazione degli attori sociali nella produzione del significato delle loro esistenze (siano essi pazienti, operatori sanitari, comunità o gruppi sociali, ecc.).

In questo processo, l'autoriflessività prodotta dall'etnografia diviene strumento volto ad evitare che le letture materialiste della produzione della sofferenza (che indubbiamente hanno favorito la sinergia con la sanità pubblica, rispetto a precedenti approcci antropologici certamente più contro-intuitivi) sfocino in un nuovo universalismo (potenzialmente inutile se non addirittura dannoso), sul cui altare rischiano di essere immolate le nostre migliori intenzioni.

Se dunque dall'analisi etnografica scaturisce il nostro contributo all'auspicabile chiusura del divario fra ciò che sappiamo e ciò che facciamo, essa deve essere apprezzata come una forma di azione, anche se non implicata in forme dirette di intervento, nella misura in cui volenti o nolenti, attraverso la ricerca partecipiamo alla produzione della realtà che indaghiamo.

Se così non può che essere, allora queste tematiche dovrebbero essere portate al livello di una esplicita riflessione metodologica nei termini di una nostra precisa responsabilità sociale, alla cui luce l'impegno istituzionale, come immaginato da quella che oggi va sotto il nome di antropologia pubblica, non può essere un'opzione metodologica o etica per chi si occupa di antropologia medica, non già perché il suo oggetto di studio naturalmente lo richieda, ma per l'assemblaggio di dispositivi che contribuiscono a strutturare storicamente il campo di quella che culturalmente definiamo salute.

Gli antropologi non possono dunque sottrarsi all'implicazione nei processi istituzionali (della biomedicina come della salute globale), muovendosi in uno spazio multidisciplinare potenzialmente contraddittorio, in cui ribadire con forza che: "la salute è un costrutto culturale, che va generato socialmente"; non già dunque all'insegna di un qualche universalismo, ma alla luce delle specifiche forme in cui si sostanzia storicamente. Immolare l'analisi culturale sull'altare delle disuguaglianze, o viceversa, significherebbe inevitabilmente sacrificare l'equità stessa.

Bibliografia

- ABRAMOWITZ S. - MARTEN M. - PANTER-BRICK C. (2015), *Medical humanitarianism. Anthropologists speak out on policy and practice*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 29, n. 1, 2015, pp. 1-23.
- ABRAMSON D. (1999), *A critical look at NGOs and civil society as a means to an end in Uzbekistan*, "Human Organization", vol. 58, 1999, pp. 240-250.
- ALLEN T. - SCHOMERUS M. (2008), *Complex emergencies and humanitarian responses*, University of London, London.
- ATLANI-DUAULT L. - DOZON J.-P. (2011), *Colonisation, développement, aide humanitaire. Pour une anthropologie de l'aide internationale*, "Ethnologie Française", vol. 41, 2011, pp. 393-403.
- BASILICO M. - WEIGEL J. - MOTGI A. - BOR J. - KESHAVJEE S. (2013), *Health for all? Competing theories and geopolitics*, pp. 74-110, in FARMER P. - KIM J.Y. - KLEINMAN A. - BASILICO M. (curatori), *Reimagining global health. An introduction*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.
- BIEHL J. - PETRYNA A. (curatori) (2013), *When people come first. Critical studies in global health*, Princeton University Press, Princeton.
- BODINI C. - MARTINO A. (2010), *La salute negata: da Alma Ata ai Millenium Development Goals, e ritorno*, pp. 45-68, in PELLECCIA U. - ZANOTELLI F. (curatori), *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, Ed.It, Firenze.
- BORNSTEIN E. - REDFIELD P. (curatori) (2011), *Forces of compassion. Humanitarianism between ethics and politics*, School for Advanced Research Press, Santa Fe (NM).
- BORNSTEIN E. (2012), *Disquieting gifts. Humanitarianism in New Delhi*, Stanford University Press, Stanford.
- BROWN T. - BELL M. (2008), *Imperial or postcolonial governance? Dissecting the genealogy of global public health governance*, "Social Science & Medicine", vol. 67, 2008, pp. 1571-1579.

- BROWN T.M. - CUETO M. - FEE E. (2006), *The World health organization and the transition from "International" to "Global Public Health"*, "American Journal of Public Health", vol. 96, n. 1, 2006, pp. 62-72.
- BUSE K. - WALT G. (1997), *An unruly melange? Coordinating external resources to the health sector: a review*, "Social Science & Medicine", vol. 45, 1997, pp. 449-463.
- BUTT L. (2002), *The suffering stranger. Medical anthropology and international morality*, "Medical Anthropology", vol. 21, 2002, pp. 1-24.
- CASTRO A. - SINGER M. (curatori) (2004), *Unhealthy health policy. A critical anthropological examination*, Alta Mira Press, Walnut Creek (CA).
- COMAROFF J. (2006), *Oltre la politica della nuda vita. L'Aids e l'ordine neoliberista*, pp. 51-70, in QUARANTA I. (curatore), *Sofferenza sociale*, "Annuario di Antropologia" (Meltimi, Roma), vol. 8, 2006.
- COULTER C. (2009), *Bush wives and girl soldiers. Women's lives through war and peace in Sierra Leone*, Cornell University Press, Ithaca (NY).
- COMMISSION ON THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH) (2008), *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, World Health Organization, Geneva.
- DANIEL E.V. - KNUDSEN J. (1995), *Mistrusting refugees*, University of California Press, Berkeley.
- DEL VECCHIO GOOD, M.J. - HYDE S.T. - PINTO S. - GOOD B. (2008), *Postcolonial disorders*, University of California Press, Berkeley (CA).
- DUFFIELD M.R. (2001), *Global governance and the new wars. The merging of development and security*, Zed Books, London.
- EGGERMAN M. - PANTER-BRICK C. (2010), *Suffering, hope, and entrapment. Resilience and cultural values in Afghanistan*, "Social Science & Medicine", vol. 71, 2010, pp. 71-83.
- ERIKSON P. (2003), *Medical anthropology and global health*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 17, n. 1, 2003, pp. 3-4.
- FARMER P. (2003), *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley (CA).
- FARMER P. (2012), *Haiti after the earthquake*, PublicAffairs, New York.
- FARMER P. (2013), *Preface*, pp. XIII-XXIV, in FARMER P. - KIM J.Y. - KLEINMAN A. - BASILICO M. (curatori), *Reimagining global health. An introduction*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.
- FARMER P. - KIM J.Y. - KLEINMAN A. - BASILICO M. (2013), *Introduction. A biosocial approach to global health*, in FARMER P. - KIM J.Y. - KLEINMAN A. - BASILICO M. (curatori), *Reimagining global health. An Introduction*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.
- FASSIN D. (2007), *Humanitarianism as a politics of life*, "Public Culture", vol. 19, 2007, pp. 499-520.
- FASSIN D. (2011), *Humanitarian reason. A moral history of the present*, University of California Press, Berkeley (CA).
- FASSIN D. (2012), *That obscure object of global health*, pp. 95-115, in INHORN M. - WENTZELL E. (curatori), *Medical anthropology at the intersections. Histories, activisms, and futures*, Duke University Press, Durham - London.
- FASSIN D. - PANDOLFI M. (curatori) (2010), *Contemporary states of emergency*, Zone Books, New York.
- FELDMAN I. - TICKTIN M. (curatori) (2010), *In the name of humanity. The government of threat and care*, Duke University Press, Durham (NC).
- FOEGE W. (2008), *Disease prevention in the 21st century*, "Global Health Chronicles", 12 luglio 2008, <http://globalhealthchronicles.org/items/show/3004>.
- GINSBURG F. - RAPP R. (curatrici) (1995), *Conceiving the new world order. The global politics of reproduction*, University of California Press, Berkeley (CA).
- GODLEE F. (1995), *Who's special programmes. Undermining from above*, "British Medical Journal", vol. 310, 1995, pp. 178-182.

- HAMMOND L. (2004), *This place will become home. Refugee repatriation to Ethiopia*, Cornell University Press, Ithaca (NY).
- HARRELL-BOND, B.E. (1986), *Imposing aid. Emergency assistance to refugees*, Oxford University Press, Oxford.
- HOFFMAN D. (2011), *The war machines. Young men and violence in Sierra Leone and Liberia*, Duke University Press, Durham (NC).
- JAMES E.C. (2010), *Democratic insecurities. Violence, trauma, and intervention in Haiti*, University of California Press, Berkeley (CA).
- JANES C.R. - CORBETT K.K. (2009), *Anthropology and global health*, "Annual Review of Anthropology", vol. 38, 2009, pp. 167-183.
- KICKBUSH I. (2003), *Global health governance; some theoretical considerations on the new political space*, pp. 192-203, in LEE K. (curatore), *Globalization and health*, Palgrave, London.
- KIM J.Y. - FARMER P. - PORTER M. (2013), *Redefining global health-care delivery*, "The Lancet", vol. 382, 2013, pp. 1060-1069.
- KIM J.Y. - MILLEN J.V. - IRWIN A. - GERSHAMAN J. (curatori) (2000), *Dying for growth. Global inequality and the health of the poor*, Common Courage Press, Monroe (Maine).
- KLEIN R. (1995), *Big bang health care reform-does it work? The case of Britain's 1991 National health service reforms*, "The Milbank Quarterly", vol. 73, n. 3, 1995, pp. 299-337.
- Kleinman A. - Das V. - Lock M. (curatori) (1997), *Social suffering*, University of California Press, Berkeley (CA).
- Koplan J. - Bond T.C. - Merson M.H. - Reddy K. S. - Rodriguez M.H. - Sewankambo N.K. - Wasserheit J.N. (2009), *Towards a common definition of global health*, "The Lancet", vol. 373, 2009, pp. 1993-1995.
- LEE K. (2003), *Introduction*, pp. 1-12, in LEE K. (curatrice), *Health impacts of globalization. Towards global governance*, Palgrave MacMillan, New York.
- LEE K. - FUSTUKIAN S. - BUSE K. (2002), *An introduction to global health policy*, pp. 3-17, in LEE K. - BUSE K. - FUSTUKIAN S. (curatori), *Health policy in a globalizing world*, Cambridge University Press, Cambridge.
- MACFARLANE S. - JACOBS M. - KAAYA E. (2008), *In the name of global health. Trends in the academic institutions*, "Journal of Public Health Policy", vol. 29, 2008, pp. 383-401.
- MARKOWITZ L. (2001), *Finding the field. Notes on the ethnography of NGOs*, "Human Organization", vol. 60, 2001, pp. 40-46.
- NAPIER D. et al. (2014), *Culture and health*, "The Lancet", vol. 384, 2014, pp. 1607-1639.
- NICHTER M. (2008), *Global health. Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter*, The University of Arizona Press, Tucson (AZ).
- ONG A. - COLLIER S.J. (curatori) (2005), *Global assemblages. Technology, politics and ethics as anthropological problems*, Blackwell Publishing, Oxford.
- PFEIFFER J. (2003), *International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration*, "Social Science & Medicine", vol. 56, 2003, pp. 725-738.
- PFEIFFER J. (2004), *International NGOs in the Mozambique health sector: the "velvet glove" of privatization*, pp. 43-62, in CASTRO A. - SINGER M. (curatori), *Unhealthy health policy. A critical anthropological examination*, AltaMira Press, Walnut Creek (CA).
- POLMAN L. (2010), *The crisis caravan. What's wrong with humanitarian aid?* MacMillan, New York.
- QUARANTA I. (curatore) (2006), *Sofferenza sociale*, "Annuario di Antropologia" (Meltemi, Roma), vol. 8, 2006.
- REDFIELD P. (2005), *Doctors, borders, and life in crisis*, "Cultural Anthropology", vol. 20, 2005, pp. 328-361.
- REDFIELD P. (2013), *Life in crisis. The ethical journey of doctors without borders*, University of California Press, Berkeley (CA).

- RYLKO-BAUER B. - FARMER P. (2002), *Managed care or managed inequality? A call for critiques of market-based medicine*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 16, n. 4, 2002, pp. 476-502.
- RYLKO-BAUER B. - SINGER M. - VAN WILLIGEN J. (2006), *Reclaiming applied anthropology. Its past, present, and future*, "American Anthropologist", vol. 108, n. 1, 2006, pp. 178-190.
- STUCKLER D. - KING L.P. - BASU S. (2008), *International monetary fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries*, "PloS Medicine", vol. 5, n. 7: e143, DOI: 10.1371/journal.pmed.0050143
- TICKTIN M.I. (2011), *Casualties of care. Immigration and the politics of humanitarianism in France*, University of California Press, Berkeley (CA).
- WHITEFORD L.M. - MANDERSON L. (2000), *Introduction*, in WHITEFORD L.M. - MANDERSON L. (curatrici), *Global health policy, local realities. The fallacy of the level playing field*, Lynne Rienner Pub., Boulder (CO).
- WHO (2001), *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, World Health Organization, Geneva.

Scheda sull'Autore

Ivo Quaranta è professore associato in Discipline demo-etno-anthropologiche presso il Dipartimento di Storia culture civiltà dell'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, dove insegna Antropologia culturale e Antropologia del corpo e della malattia.

Negli ultimi anni si occupa dell'applicazione del sapere antropologico nei contesti socio-sanitari in ambito ospedaliero e territoriale.

Fra le sue pubblicazioni ricordiamo: *Corpo, potere e malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun* (Roma, 2006); *Antropologia medica. I testi fondamentali* (curatore, Milano, 2006); *Sofferenza sociale* (curatore, Roma, 2006); *Malati fuori luogo. Medicina interculturale* (con Mario RICCA, Milano, 2012).

Riassunto

Antropologia medica e salute globale

Il concetto di salute globale si è imposto negli ultimi anni come paradigma dominante per declinare i temi dell'equità in salute, dando vita a un dialogo – forse senza precedenti – fra sanità pubblica e antropologia.

Il saggio da un lato intende ripercorrere le dinamiche politiche che hanno socialmente prodotto a livello istituzionale l'emergere del concetto di salute globale; dall'altro vuole riflettere sui punti forza e sui potenziali limiti di un'antropologia della salute globale che schiacci le sue analisi sulla sola lotta alla disuguaglianza socio-economiche, abdicando alla sua funzione di critica culturale.

Parole chiave: salute globale, politiche sanitarie globali, disuguaglianze socio-economiche, equità, antropologia applicata.

Résumé

Anthropologie médicale et santé globale

Ces dernières années le concept de santé globale est devenu le paradigme dominant pour aborder les questions liées à l'équité en matière de santé. Ce fait a stimulé un dialogue – peut-être sans précédents – entre santé publique et anthropologie.

D'une part l'article vise à tracer les dynamiques politiques qui ont socialement produit au niveau institutionnel l'émergence du concept de santé globale; d'autre part il veut réfléchir sur les points forts et les limites potentielles d'une anthropologie de la santé globale qui réduit sa analyse uniquement à la lutte contre les inégalités socio-économiques en renonçant à sa fonction de critique culturelle.

Mots-clés: santé globale, politiques globales de santé, inégalités socio-économiques, équité, anthropologie appliquée.

Resumen

Antropología médica y salud global

El concepto de salud global ha surgido en los últimos años como un paradigma dominante para analizar los temas de la equidad en salud, animando un diálogo – probablemente sin precedentes – entre la salud pública y la antropología.

El artículo se propone por un lado profundizar las dinámicas políticas que han socialmente producido a nivel institucional el surgimiento del concepto de salud global; por otro lado quiere reflexionar sobre los puntos fuertes y sobre las potenciales limitaciones de una antropología de la salud global que encierre su análisis exclusivamente en la lucha contra las desigualdades socioeconómicas, adbiendo a su función de crítica cultural.

Palabras clave: salud global, políticas globales de salud, desigualdades socioeconómicas, antropología aplicada.

Abstract

Medical Anthropology and global health

The concept of global health has recently emerged as a paradigm to deal with equity issues in health, producing unique opportunities for dialogue between anthropology and public health.

The article aims at reconstructing the political processes that led to the very emergence of the concept of global health and the institutional level, on the one hand; on the other hand it wishes to discuss the risks of an anthropology of global health that focuses on the fight against socio-economic inequalities, forgetting its cultural critique function.

Keywords: global health, global health policy, socio-economic inequalities, equity, applied anthropology.

Una “differenza intrattabile”.

Credenze, metafore e politiche della traduzione nella cura degli immigrati

Roberto Beneduce

professore associato di Antropologia medica e psicologica nella Università degli studi di Torino
[roberto.beneduce@unito.it]

1. Enigmi della differenza. Prolegomeni per un'etnopsichiatria dei luoghi bastardi

«È prerogativa dei dominanti essere in grado di far riconoscere il loro particolare modo di essere come universale»

(BOURDIEU P. 1999)

Sono essenzialmente due le questioni che questo lavoro intende considerare. La prima concerne lo statuto della differenza culturale nel comprendere⁽¹⁾, interpretare e curare la sofferenza psichica di coloro che provengono da altre realtà sociali, storiche, morali. Analizzare questo problema richiede che si esplorino brevemente alcune delle domande che hanno animato negli scorsi anni il dibattito intorno all'etnopsichiatria: qual è il ruolo delle metafore e delle “credenze” nell'incontro clinico, quali le sfide lanciate alla diagnosi da modelli di salute e di cura diversi da quelli dominanti nell'orizzonte della medicina e della psichiatria, e quale la posta in gioco di quella che definisco provvisoriamente *sovranità culturale*. Con questa espressione penso in particolare al faticoso governo di contrastanti rappresentazioni delle relazioni familiari e dei rapporti di dipendenza che le strutturano; al lavoro di incessante traduzione di immaginari religiosi e registri morali all'interno di nuovi linguaggi; o al tentativo di realizzare progetti di autonomia fra innumerevoli vincoli sociali ed economici).

La seconda questione riguarda le forme di esperienza e di autoconsapevolezza che emergono nel corso della migrazione, spesso proprio attraverso l'esperienza della malattia, della solitudine o dell'incertezza, e nel corso di un processo largamente ignorato nei suoi aspetti psichici benché decisivo

nel riconfigurare la coscienza di Sé o la percezione del proprio corpo. Si tratta di processo la cui forma è spesso quella di una *disputa epistemologica interiore*. Gli esempi che potrei fare sono innumerevoli. Una paziente sa che quella macchia sul piede, diagnosticata come un banale neo, è il “segno” che lei è una strega, e d'altronde il suo stesso nome è un nome-*juju*; un'altra associa l'anemia non alla sua menorragia, come le ha ripetuto il ginecologo, ma a “quell'uomo” che è penetrato nel suo corpo mentre camminava in una strada di Torino, e la sta *consumando* lentamente; un uomo, da mesi alle prese con le minacce di una setta che gli ingiunge di prendere il posto in precedenza occupato dalla madre, è ora rassicurato dal sogno in cui suo padre ha ucciso il pitone che lo stava inseguendo⁽²⁾.

Potrei riassumere questi due motivi con la seguente domanda: se assumiamo alla lettera il valore decisivo che sempre ha per il Soggetto la ricerca di “conferma della sua esistenza in categorie, termini e nomi di produzione non sua”⁽³⁾, quali sono le conseguenze psichiche dell'attraversamento di territori epistemologici diversi, di categorie (diagnostiche, giuridiche, morali) “di produzione non sua” (e per di più di difficile comprensione) su un immigrato quando egli deve, allo stesso tempo, far fronte alle minacce derivanti da una malattia, dall'assenza di una rete sociale, o dal mancato riconoscimento della sua richiesta d'asilo?

Si tratta di considerazioni che nascono da un terreno di ricerca particolare: una pratica antropologica e clinica che, dagli inizi degli anni Novanta, ha voluto interrogare le forme del disagio psichico e i modelli di cura degli immigrati in una città dell'Italia settentrionale, Torino. Il loro scopo è immaginare una “clinica della cultura”⁽⁴⁾ e un'antropologia della storia in grado di illuminare la complessa relazione fra immigrati e culture di appartenenza, e i modi spesso contraddittori in cui i primi costruiscono i propri progetti e incessantemente ridefiniscono le proprie identità e appartenenze.

Queste idee sono confluite nella costruzione di un'etnopsichiatria critica che ha cercato di pensare la “differenza culturale” non come un confuso assortimento di caratteristiche da cercare all'interno di un immaginario libro delle ricette etniche, né come un'icona che lascia poi irrisolti gli interrogativi epistemologici che nella clinica sorgono quando ci si chiede che cosa fare, in concreto, di pratiche pedagogiche e modelli di persona, di formazioni psichiche, che hanno contribuito a plasmare equilibri emozionali, sensibilità morali, estetiche, gusti, soggettività che non sfilano più oggi sul tappeto di un presunto “défilé delle culture”, per riprendere la formula demartiniana, ma all'interno di un caotico spazio di riverberi e iridescenze, di calembours e di prestiti, memorie e amnesie che attraver-

sano un pianeta inquieto. Quali conoscenze può offrire l'etnopsichiatria, all'interno di questo scenario, perché sintomi enigmatici e riferimenti a poteri "mistici" non siano banalizzati sotto forma di "credenze", di metafore, e trasformati così, inevitabilmente, in oggetti di folclore clinico?

I concetti che più sono stati oggetto di conflitto negli ultimi anni sono quelli di 'identità' o 'appartenenza culturale', 'differenza culturale', 'società multiculturale', ma anche nozioni come 'credenza', 'metafora' e 'conoscenza', che tornano insistentemente ad interrogare le nostre interpretazioni dell'Altro, delle sue pratiche, dei suoi modi di conoscere (HALLEN B. - SODIPO J.O. 1986). Byron Good ha sostenuto che c'è una notevole arroganza nel ritenere che, mentre noi *conosciamo*, gli *altri* (coloro che pensano al di fuori dei canoni della scienza occidentale) semplicemente *credono*: "Perché tale ostinazione a interpretare la malattia del prossimo in termini di 'credenze' e di pratiche mediche, e perché tale insistenza nel correggere le credenze, se errate? (GOOD B. 1999: p. 13). Nel riprendere l'analisi di Smith riguardante gli slittamenti semantici del termine "credere", Good ricorda come nel XVII secolo "*to believe* è venuto a connotare il dubbio e oggi sta a indicare un errore totale o una falsità. La conoscenza richiede certezza e conoscenza al tempo stesso; *belief* implica incertezza, errore o entrambi" (GOOD B. 1999: 27; cfr. anche THEIDON K. 2005: 215). Ma sono le sue conclusioni a dover essere qui ricordate, dal momento che esse non concernono solo il difficile rapporto fra medicina e altri sapere medici, fra operatori sanitari e motivi o comportamenti sistematicamente svalutati e ridicolizzati (come accade nel caso della stregoneria, studiata nel Bocage da Favret-Saada). Il suo giudizio riguarda infatti l'antropologia stessa, dal momento che Good è convinto che "l'assunzione della credenza a categoria centrale dell'analisi delle culture sia stato un evento fatale per l'antropologia" (*ivi*, p. 33).

Muovendo dalle osservazioni di Turner sul ruolo dei simboli nella società Ndembu e la percezione che essi ne hanno nelle attività rituali o quotidiane, West giunge, in un lavoro di qualche anno fa relativo alla sua ricerca in Mozambico, a conclusioni analoghe, dove è ancora lo sguardo dello stesso antropologo a essere piegato da trappole metodologiche: "La posizione di Turner, applicata al mio problema – e cioè alla questione se gli abitanti della regione di Mueda siano incapaci di riconoscere i propri stessi simboli [...] – mi aveva condotto ad asserire, facendo eco a una certa prospettiva coloniale, che *essi ingannavano se stessi*" (WEST H. 2007: 38) [*il corsivo è mio*, RB].

Questo problema concerne dunque la ricerca antropologica quanto, sebbene in forme diverse, il setting clinico, dove l'ascolto dei pazienti

deve misurarsi con narrazioni costruite in un altro alveo di esperienze, all'interno di un'altra semantica sociale e culturale. Tali narrazioni sono rivelatrici non solo di un altro immaginario, ma anche di un diverso orizzonte epistemologico e morale. Esse tuttavia non esauriscono i profili che qui mi preme ricordare. La presa di distanza di Good dal concetto che egli stesso aveva coniato negli anni '70, quello di "rete semantica" indica, infatti, il limite di quegli approcci che hanno voluto considerare solo o prevalentemente gli aspetti simbolici, narrativi e semantici della malattia, delle sue interpretazioni e classificazioni, della cura, ma trascurato il rapporto fra "strutture semantiche e relazioni di potere" (GOOD B. 1999: 264).

Un'etnografia della migrazione e dei problemi posti dalla cura degli immigrati costituisce dunque un formidabile laboratorio per interrogare alcuni concetti centrali delle scienze sociali, ed esplorare i malintesi che con particolare ostinazione continuano ad assediare il dibattito antropologico ed etnopsichiatrico contemporaneo (BENEDUCE R. 2007; BENEDUCE R. - TALIANI S. 2006; TALIANI S. 2012b). L'etnopsichiatria che ha provato a forgiare modelli interpretativi e strategie terapeutiche rivolti a cittadini stranieri, quella di Nathan, ad esempio, è stata però spesso accusata di riprodurre approcci clinici e categorie di tipo coloniale nel rappresentare l'Altro e la differenza culturale o, più banalmente, di *essenzializzare e reificare la cultura*.

Facciamo un passo indietro. È facile intuire, al di là delle dispute accademiche, la posta in gioco propriamente politica di tali questioni e di nozioni che, come 'cittadinanza culturale', 'confine', 'diritti', 'rifugiati', 'appartenenza', 'globalizzazione', 'genitorialità adeguata', attraversano il dibattito sulle politiche della migrazione e le pratiche istituzionali (BENEDUCE R. - TALIANI S. 2013; MEZZADRA 2006; ONG 1996, 2002; cfr. inoltre TALIANI S. 2012a sulla nozione di "discendenza spossessata"). Il recente intervento del primo ministro inglese Cameron sui limiti del multiculturalismo e la necessità di ripensare la "tolleranza passiva" nei confronti degli stranieri, i ritardi e i tentennamenti con i quali il governo italiano ha accolto centinaia di profughi e richiedenti asilo provenienti dalla Tunisia e dalla Libia e gestito in modo ambivalente operazioni come Mare Nostrum e Triton, le polemiche che nel 2005 fecero seguito al discorso di Sarkozy sull'immigrazione "choisie" o contro la *racaille* della banlieue in rivolta, vanno sedimentandosi nella nostra memoria prendendo la forma di un conflitto che, come quello prima evocato, è teorico e politico ad uno stesso tempo. E che la situazione migratoria rimandi decisamente ai nodi irrisolti della *situazione coloniale*, come sosteneva Sayad (SAYAD A. 1993, 2000, 2006) è altrettanto inoppugnabile⁽⁵⁾.

Prodotti di una "magia politico-sociale", scriveva Sayad, che prova a trasformare dei naturali in "naturalizzati" e che tuttavia non risolve i problemi di una "rinuncia impossibile", gli immigrati che avevano finalmente acquisito la nazionalità francese rimanevano come sospesi e impotenti di fronte a quei fantasmi di cui nessuna "cittadinanza", nessuna "repubblica", con buona pace dei critici dell'etnopsichiatria e del "comunitarismo", erano bastati a dissolvere. Come nel caso dei due algerini descritti dall'autore, uno dei quali, dopo un'intossicazione alimentare, denuncia un amico perché crede che abbia tentato di avvelenarlo (SAYAD A. 1993: 32):

«[È] come se avessero smarrito il loro cammino, e si fossero persi. La nazionalità francese gli ha fatto perdere la ragione; non sanno più che cosa sono diventati dopo essere stati algerini dalla loro nascita. Tutto il mondo gli è diventato sospetto. Sono certo che nel profondo se ne pentono. Per loro il mondo è finito. Che cosa hanno guadagnato? Il loro posto di lavoro (un impiego), un po' più di soldi? È tutto. Che cosa hanno perduto? Tutto. Non hanno più relazioni. Fuggono il mondo, non trovano nessuno, hanno vergogna. Come se essi fossero caduti dal cielo. Se erano un po' fragili, questo è bastato per farli scivolare nella follia».

Si tratta di un passaggio particolarmente denso, e l'autorità intellettuale di Sayad, la "rottura radicale" che egli introduce negli studi sulla migrazione (SAADA E. 2000: 29), la sua distanza da fatali attrazioni culturaliste, impongono di tornare a interrogare pazientemente il senso di quella follia e di quei fantasmi di avvelenamento che prendevano corpo in chi aveva finalmente ottenuto la nazionalità francese ma, due volte spossessato, aveva finito con lo "smarrire il cammino". Bisogna tornare a interrogare quei dilemmi anche se oggi, bisogna ammetterlo, sentiamo il bisogno di rispondere *anche* ad altre domande. Come negare, infatti, che questi maledetti feticci di carta (il *permesso di soggiorno*, la *nazionalità*, la *residenza*) sono spesso l'oggetto di un desiderio diventato, se possibile, ancora più spasmodico, e che il loro possesso può cambiare il destino di tanti immigrati? ⁽⁶⁾ Come ignorare che una famiglia immigrata vive spesso anni di attesa, di dubbio, d'incertezza intorno a questi *rituali di cittadinanza*? Come dimenticare che l'arrivo dei documenti sia salutato spesso come un miracolo, e accolto con gioia incontenibile, come mi urlava qualche giorno fa al telefono quasi piangendo una donna nigeriana?

Ciò che voglio sostenere è che oggi siamo di fronte a difficoltà ed enigmi in parte diversi da quelli analizzati da Sayad, e diversi anche da quelli che ricordava Lanternari quando, nell'introdurre il libro di Risso e Böker sui problemi degli immigrati italiani in Svizzera, metteva in rilievo il loro forte "richiamo a prendere in considerazione, secondo le loro rispettive e distinte provenienze culturali, l'intero assetto della loro cultura d'origine,

dei loro valori tradizionali, dei sistemi di rappresentazione del reale e dei rapporti sociali, parentali, umani” (LANTERNARI V. 2000: 20). Dire che le difficoltà e gli enigmi del presente sono “diversi” da quelli registrati da autori come Risso e Böker, o Sayad, non significa però che gli uni hanno sostituito gli altri...

Si tratta di un vero enigma, che concerne da un alto il ruolo da attribuire a questi eterogenei profili culturali, sociali, parentali, umani nel lavoro clinico, dall'altro ciò che gli immigrati generano in termini di dinamiche sociali, psicologiche, politiche *per il solo fatto della loro presenza*: una presenza che, potremmo dire, illumina di luce cruda *l'istituzione immaginaria della società*. Si tratta di temi ed enigmi che, con accenti diversi, Bourdieu poneva quando, nell'introduzione al libro di Sayad, ricordava come l'immigrato costituisca “uno straordinario rivelatore delle regioni *più oscure* dell'inconscio”:

«Questa *solidarietà con i più deboli*, principio di una formidabile lucidità epistemologica, gli permetteva di distruggere en passant, e senza avere l'aria di sfiorarli, molti dei discorsi e delle rappresentazioni comuni o eruditi relativi agli immigrati, e arrivare al cuore dei problemi più complessi: quello delle menzogne orchestrate della cattiva fede collettiva o quello della *vera malattia* dei malati *guariti sotto il profilo medico* [...]. [L']immigrato è *atopos*, senza luogo, fuori posto, inclassificabile [...] né cittadino, né straniero, né veramente dal lato dell'Identico né totalmente da quello dell'Altro, *egli si situa in questo luogo “bastardo” di cui parla Platone, la frontiera dell'essere e del non-essere sociale*» (BOURDIEU P. 2002) [*il corsivo è mio*, RB].

Nel rapporto fra le istituzioni dei paesi ospiti e i cittadini immigrati, i problemi attribuiti, a torto o a ragione, alle differenze culturali, sono ancora oggi tutt'altro che rari. E all'antropologo è spesso richiesta una consulenza per determinare, ad esempio, se un determinato comportamento possa essere interpretato (e, in qualche misura, *giustificato*) come *espressione della cultura di appartenenza*, o debba al contrario essere definito come un mero atto deviante: una trasgressione da sanzionare, se un riferimento a un certo rituale sia davvero presente nella cultura d'origine del richiedente asilo o costituisca una semplice menzogna.

La cultura (o la religione, secondo i casi) è evocata, d'altro canto, per sostenere richieste e rivendicare diritti da parte di immigrati e minoranze: il diritto di indossare il turbante o l'*hijab* reclamato dai Sikh in Gran Bretagna e, rispettivamente, dai musulmani in Francia, la possibilità di sacrificare animali da parte dei fedeli del culto degli Orisha negli Stati Uniti, ne sono eloquenti esempi. La cultura, in questi ed altri esempi, finisce però per essere concepita sempre come *una caratteristica esclusiva dell'Altro*, come se le categorie giuridiche o diagnostiche, le pratiche istituzionali e

concetti come quello di cittadinanza fossero *culture-free*. Il puzzle della differenza culturale non ha mancato di offrire un'altra scena: quella di processi penali nel corso dei quali essa è stata chiamata a spiegare atti di violenza familiare o sociale alla stregua di un'attenuante giuridica, ma anche, implicitamente, a indicare come la persistenza di un'alterità ostinata, poco compatibile con il *cittadino ideale* dello stato moderno⁽⁷⁾. È però nel contesto dei paesi postcoloniali che questi temi hanno assunto un profilo spesso paradossale, come hanno osservato John e Jean Comaroff a partire dall'analisi di un processo per omicidio commesso in Sudafrica. In questo caso, assumendo come movente del delitto la minaccia di stregoneria, gli avvocati erano riusciti, nel corso del processo d'appello, a far ridurre in modo drastico la pena precedentemente comminata all'imputato⁽⁸⁾. Questo il commento degli autori:

«Queste pratiche eterodosse – alcune delle quali a lungo criminalizzate dallo stato coloniale, altre considerate pericolose dai canoni della modernità liberale – sono reclamate oggi dalla maggioranza della popolazione, cioè da quei cittadini nel cui nome furono condotte battaglie contro il potere coloniale [...]. In breve, nei paesi postcoloniali, la sfida della Cultura alla sovranità dello stato e alla sua costituzione e alle sue leggi sembra ovunque immanente» (COMAROFF J., COMAROFF L.J. 2004: 189) [*il corsivo è mio*, RB].

Gli esempi potrebbero essere moltiplicati e suggerire come il ruolo della cultura e della differenza culturale sia, in ambito giuridico, sociale o clinico (quando ci si misuri, per riprendere le parole di Bourdieu, con la "vera malattia dei malati guariti sotto il profilo medico"), lungi dall'essere chiaro o condiviso.

2. Esperienze e linguaggi perturbanti

Nel corso della mia ricerca ho rivolto un'attenzione crescente al significato e al destino di racconti, talvolta semplici frammenti, riportati da cittadini stranieri a proposito dell'origine di sintomi, emozioni, malesseri o preoccupazioni. Pensare il corpo, i suoi disturbi all'interno di un diverso orizzonte culturale, costituisce una sfida alle pretese diagnostiche della psichiatria e della biomedicina, ma oltre a questo nodo teorico rimane il problema di *come interpretare* il ruolo di tali riferimenti all'interno della vicenda migratoria (all'interno cioè delle profonde trasformazioni che solitamente determinano fratture nel rapporto fra gli immigrati, da un lato, la loro famiglia, le gerarchie o i valori ai quali sono stato educati, dall'altro). Rimane infine la questione non meno rilevante di quale valore attribuire a tali esperienze e linguaggi all'interno delle strategie terapeutiche.

tiche attuate nei confronti degli immigrati. Esempi come quelli di seguito riportato obbligano ad un confronto con altre esperienze del corpo, altre nozioni di persona (SHWEDER R.A. 1982, 2003, 2005) e altre sorgenti di angoscia e di minaccia:

«La notte qualcuno... qualcosa, entra dentro di me, dalla bocca, e beve il mio sangue... Sono sempre più debole, vogliono uccidermi... Guarda le mie mani, sono bianche... Sento una voce che mi manipola e mi fa fare o dire cose che non voglio» (Blessing, Nigeria, Edo State, vittima di tratta, incontrata in ospedale di torino, dopo un ricovero).

«Sento come dell'acqua scorrere dal collo lungo il mio corpo, come una palla che si muove al suo interno [...]; ho le gambe pesanti, come se fossero addormentate [...], mi sento debole, *aperta sotto*, come dopo aver partorito» (Happyness, Nigeria, Edo State, vittima di tratta; incontrata presso il Centro Fanon, Torino).

«Mi hanno scelto come successore di mio padre alla carica di notevole, benché fossi il più giovane, ma non sapevo a che cosa sarei andato incontro. Il giorno dei suoi funerali mi hanno fatto bere qualcosa, mi hanno spogliato, e le sue nove vedove hanno cominciato a danzare intorno a me, anch'esse completamente nude, mentre i tamburi suonavano. Ho avuto terrore di quello che poteva accadere, appena è stato possibile, sono fuggito via [...]. Per vendetta hanno aggredito e violentato mia moglie, che ha così dovuto abbandonare la casa e il villaggio fuggendo via» (Jean-Louis richiedente asilo, Camerun, Bamileké).

«Quando gli ho visto tagliare le unghie dei miei bambini e conservarne i frammenti, ho capito quello che stava succedendo, e ho avuto terrore [...]. Dopo poco i miei figli hanno cominciato ad avere incubi, problemi a scuola, niente più andava bene nella mia casa [...]. Mia madre mi preoccupa però ancora di più: è una strega molto potente» (Magdaleine; Costa d'Avorio, Guèrè, incontrata al Centro Fanon per una consulenza a causa dei problemi comportamentali dei suoi due figli di sette e, rispettivamente, quattro anni).

Questi frammenti, tratti da dialoghi con immigrati incontrati nel corso degli scorsi anni a Torino, suggeriscono la necessità di una “fenomenologia culturale” (CSORDAS T. 1994). I loro discorsi alludono a esperienze di non facile traduzione nel linguaggio della psicologia o della psichiatria, a meno di non definirli come mere credenze, superstizioni o simili. E quale che sia la prospettiva teorica adottata, sempre emerge nei loro discorsi la centralità del corpo, il suo ruolo di “fondamento esistenziale della cultura” (CSORDAS T. 1990: 5).

Molti di questi pazienti erano stati inviati al Centro Fanon perché altri psichiatri e psicologi non erano riusciti a valutare il significato clinico di questi discorsi e di questi disturbi. Dalle mie note di campo riprendo questo messaggio inviatomi recentemente da un medico con il quale da anni corre un'attiva collaborazione:

«Caro Roberto, ti disturbo ogni volta che ho bisogno della tua consulenza professionale e anche stavolta si tratta di un caso, per me, complesso. Abbiamo in base un ospite maliano di nome O. C. che da circa tre mesi riferisce sia a me in infermeria che alla nostra psicologa dott.ssa A. C., episodi notturni caratterizzati da: disturbi del ritmo sonno-veglia accompagnati da "apparizioni di serpenti che gli escono dai capelli" e durante il giorno O. C. tiene sempre un cappellino di lana in testa per "non far uscire i serpenti e farli vedere agli altri". O. C. ci ha chiesto aiuto in questi termini "Nel mio paese si usa il Marabù e io ho avvicinato qui nel Centro un ospite che è un Marabutto, ma è troppo caro, chiede troppi soldi". Francamente, di fronte al desiderio di O. C. di esser aiutato da un Marabutto, mi son trovato inizialmente – ed a tuttora – disarmato; ti spiego! Intanto sono andato a documentarmi [su questi temi, e dopo aver meglio] capito la complessità della situazione ho pensato stamane di scriverti questa e-mail. Oggi indaghiamo presso il nostro Centro chi sarebbe questo Marabutto. Ultimo dato clinico rilevante al fine di chiarirti meglio il contesto: da circa un mese O. C. ha avuto un calo ponderale lieve (4-5 kg) ma accompagnato da dolori gastrici resistenti al Riopan Gel. Ieri pomeriggio l'ho rivisitato e l'addome è non dolente, è palpabile, organi ipocondriaci nei limiti, assenza di stitichezza, assenza di febbre, linfonodi non palpabili. La cute è ben reidratata e trofica come la muscolatura. Ora gli sto dando del Pantoprazolo e vediamo se durante queste feste pasquali migliora il quadro clinico intestinale/addominale. Sempre O. C. mi riferisce di mangiare, che il cibo è buono, basta che non sia piccante (cosa che in cucina sanno già)».

Così, non diversamente dall'antropologo, anche all'etnopsichiatra interrogativi concernenti il ruolo della cultura nei comportamenti o nei disturbi di cittadini stranieri sono posti quotidianamente, sia da parte di giudici e avvocati, sia da parte di altri operatori sanitari. Ad esempio, un certo atteggiamento nei confronti dei figli, deve essere considerato l'espressione di una "genitorialità inadeguata" o come la riproduzione di modalità educative apprese nel paese d'origine? Un motivo di angoscia, o un pensiero poco decifrabile, sono l'indice di un delirio conclamato o la manifestazione di un peculiare idioma culturale (quello della stregoneria o del malocchio, ad esempio)? Il rischio che assedia tali interrogativi alligna nell'illusione di molti operatori sanitari, e di persino molti psichiatri, che sperano di poter trovare una legge, un principio interpretativo che siano caratteristici di tutti i pazienti provenienti da un certo paese o una certa cultura.

La nozione di cultura evocata in queste domande ha evidentemente, fra i suoi limiti, quello di appiattire ogni differenza individuale: è ciò che alcuni anni fa era stato definito con sarcasmo, come ho già evocato, nei termini di "ethnic cookbook". Questa espressione intendeva ironizzare sulla pretesa di disporre di una sorta di manuale nel quale trovare la "ricetta" che avrebbe consentito di interpretare e valutare i disturbi del

pensiero o il senso della sofferenza di *ogni* straniero. Le sue “stranezze” sarebbero state finalmente comprensibili una volta che il comportamento, gli incubi o le metafore fossero stati ricondotti a quelli schemi di pensiero o di comportamento ritenuti *tipici* della sua cultura d'appartenenza: una sorta di versione banalizzata della scuola di Cultura e personalità. Antropologi ed etnopsichiatri sanno però quanto questa presunta *legge di corrispondenza* sia ingannevole. Ed essi ricordano come il bisogno di attribuire allo straniero, all'immigrato, un'identità riveli spesso solo l'ansia di una società “iper-individualizzata”: “L'identità degli ‘altri’, di volta in volta drammatizzata come una pericolosa instabilità o inchiodata in un sistema eterogeneo, serve da punto di riferimento per una popolazione indifferenziata. L'immigrato diventa l'antidoto dell'anonomo” (DE CERTEAU 2007: 199).

Unny Wikan riflette su temi analoghi e sul paradosso che ha visto nel giro di qualche decennio la difesa della cultura e dell'identità culturale convertirsi in una trappola spesso dolorosa proprio per chi ne rivendicava il riconoscimento. Se in passato l'identità culturale aveva rappresentato una forma di resistenza al dominio coloniale, essa ha finito così col trasformarsi spesso in un paradossale strumento di repressione, di controllo e d'inibizione delle libertà individuali, assumendo a tratti il ruolo che prima era occupato dal colonizzatore (WIKAN 2002). Se questa deriva può essere considerata un rischio reale, amplificato dall'abuso stesso della nozione di cultura da parte dei media, il problema è però lungi dall'essere risolto. Con buona pace di Wikan, la vera questione non è solo la maniera, evidentemente ridicola e ossificata, con la quale operatori e mezzi d'informazione pensano l'identità culturale, la cultura o la differenza culturale, quanto piuttosto il ruolo da assegnare a queste variabili all'interno di situazioni specifiche: la sofferenza psichica e la sua cura, ad esempio.

Di fronte all'incomprensibilità della sofferenza o del racconto dei pazienti stranieri, psichiatri e psicologi ricorrono generalmente a due strategie alternative. Essi possono negare il significato e l'importanza della differenza culturale, riconducendo i sintomi ai soli modelli presunti validi, quelli del nostro sapere medico-psichiatrico e delle consuete categorie diagnostiche. Alternativamente essi immaginano la differenza culturale come un codice nascosto che, una volta decifrato, rivelerà come per magia il senso dei disturbi, i problemi della relazione terapeutica e le questioni della valutazione diagnostica. Pochi cercano di interrogare il dialogo drammatico e la lotta che questi sintomi instaurano fra “cultura di appartenenza” e “sofferenza psichica” (ciò che ho definito prima come *disputa epistemologica interiore*), fra legami familiari e percorsi di autonomia spesso segnati

dall'incertezza e la minaccia, e il più delle volte a trionfare è l'impulso a ricondurre questi conflitti e queste metamorfosi alla presunta "cultura d'origine".

A questo riguardo, chi ha una pratica quotidiana con gli immigrati, sa perfettamente che i problemi sono sempre dietro l'angolo: a scuola, in ospedale, in strada, ovunque il rischio di essere oggetto di un malinteso obbliga a non ritenere superflua la domanda su come pensare la differenza culturale. I modi di pregare, il rifiuto di un intervento assistenziale percepito come invadente o minaccioso, la maniera di educare i propri figli, possono diventare facilmente il teatro di una disputa dall'esito talvolta drammatico e inatteso (ricovero in un reparto psichiatrico, allontanamento o adozione di un minore, etc.). Allo stesso modo, la cura del corpo o i modi di pettinare un bambino, la scelta di trattare in un certo modo questo o quel disturbo, sono spesso all'origine di non pochi conflitti tra famiglie e istituzioni⁽⁹⁾. Necessario, e urgente, rimane dunque il problema di come pensare una "differenza" che si sottragga agli opposti rischi della banalizzazione, da un lato, e della sua non meno preoccupante rimozione, dall'altro.

Aiwha Ong sottolinea, da parte sua, come lo stesso concetto di cittadinanza, assunto spesso come ovvio e non bisognoso di analisi, debba essere inteso come un complesso processo culturale di *soggettificazione* (subjectification) nel senso foucaultiano del termine, come "auto-costruzione e produzione del soggetto attraverso rapporti di potere che producono consenso attraverso schemi di sorveglianza, disciplina, controllo o amministrativi" (ONG A. 2003: 2263). Il diritto alla differenza e l'accesso a cure appropriate evocano direttamente tanto la questione della sovranità quanto quella della "cittadinanza culturale"⁽¹⁰⁾.

Nell'introduzione all'edizione italiana di un libro scritto originariamente nel 1964, avente per oggetto la condizione di alcuni immigrati italiani ricoverati in una clinica psichiatrica svizzera, lo psichiatra Wolfgang Böker guarda alle difficoltà della diagnosi psichiatrica di questi "stranieri" che erano, in Svizzera, gli emigranti italiani. Per Böker, "La questione se si trattasse, in questi quadri clinici, di 'delirio' in senso psichiatrico, costituiva un vero rompicapo" (RISSE M. - BÖKER W. 1992: 52). I pazienti affermavano di essere vittima di influenze magiche⁽¹¹⁾. Gli autori erano obbligati a riconoscere però che "tali rappresentazioni derivavano dalla cultura meridionale di provenienza" (*ivi*) ed erano ampiamente condivise dal loro ambiente familiare e sociale: nell'idea che si trattava di malattie del corpo, che potevano essere curate, tutti trovavano anche una rassicurazione. Ciò che è più importante è però la conclusione a cui giungevano

gli autori. Il trattamento psichiatrico di una paziente in stato psicotico si era rilevato inutile, mentre la “controfattura” arrivata dall’Italia, ossia la terapia tradizionale proposta da un *magaro*, si era rivelata efficace. La donna era stata giudicata “clinicamente guarita”!

Gli autori sembrano quasi volersi giustificare per il disturbo arrecato ai lettori a causa della “confusione diagnostica” derivante dal loro approccio attento a non scegliere un’etichetta diagnostica precisa. D’altronde, la riduzione di quei “multiformi dati” ad un unico profilo avrebbe costituito, sostengono coerentemente Risso e Böker, una “violenza alla realtà dell’osservato” (*Ibidem*: 151).

Prendere distanza dall’ossessione diagnostica e dall’impulso di ricondurre quei singolari quadri clinici alla nosografia egemonica del tempo, costituiva una prospettiva quanto mai moderna, che faceva eco ad analoghe sensibilità della psichiatria italiana critica di derivazione fenomenologica (Basaglia invocava da parte sua l’esigenza di non imprigionare il paziente dentro le gabbie di una diagnosi che nel momento stesso della sua formulazione avrebbe dissolto l’uomo o la donna che erano dinanzi allo psichiatra). Il loro approccio anticipava non solo la critica verso l’abuso delle categorie diagnostiche in altri contesti culturali, ad esempio⁽¹²⁾, ma anche i problemi che emergono oggi quotidianamente nella cura dei pazienti stranieri, e che tutta una tradizione di studi medico-antropologici avrebbe esplorato negli anni successivi (Kleinman con la nozione di “category fallacy”, ad esempio).

Risso e Böker si lasciano interrogare dall’esigenza di disporre di una appropriata *semiotica culturale*, ma anche da un tipo di efficacia di cui non comprendono per intero le ragioni, e di cui Risso non mancherà altrove di sottolineare le ombre (“il mondo magico [...] preclude una efficace elaborazione della sofferenza”). Ciononostante, è dagli autori pienamente riconosciuto il limite delle categorie diagnostico-interpretative e delle strategie terapeutiche della psichiatria. Una tale cautela non evita tuttavia che nel loro discorso rimangano irrisolte alcune questioni.

La prima di queste è che, di fronte a sintomi che non si comprende, a malesseri formulati con espressioni bizzarre, l’esitazione diagnostica riproduce, di fatto, una dicotomia in sé illegittima, il riflesso cioè di un’interpretazione che oscilla fra *verità culturale* e *verità psicopatologica*, ritenendole l’una l’opposto dell’altra.

Tali “verità”, che l’etnopsichiatria più rigorosa ha appreso da tempo a conciliare (ZEMPLENI A. 1968; SCHURMANS A. 1971), possono però diventare entrambe minacciose quando sono imposte. Se la minaccia incombe,

infatti, quando si abusa della nozione di cultura e se ne riproduce una versione statica, una minaccia non minore incombe quando trionfano la medicalizzazione della sofferenza o del conflitto, l'oblio del contesto al cui interno sono andati sviluppandosi determinati disturbi o la rigida opposizione fra interpretazioni cliniche e interpretazioni sensibili alla cultura. Quando Fanon, riprendendo le tesi di Stern e di Meng, pensava al primato di una "diagnosi in situazione" (FANON F. 2011a), aveva in mente la necessità di guardare sempre e prima di ogni altra cosa al contesto di emergenza dei sintomi, e meno alla loro presunta essenza culturale o, all'opposto, clinica.

Ma torniamo al celebre lavoro di Risso e Böker. Pur riconoscendo alle cure dei magari, ai loro simboli, ai loro "oggetti", un potere terapeutico, Michele Risso mostra un atteggiamento ambivalente. Ad esempio, riferendosi al "neo-culto" del Beato Alberto a Serradarce, al cui studio era stato invitato da Annabella Rossi, così scriveva:

«L'origine ed il significato della sofferenza vengono trasportati e versati in modelli magico-religiosi che promettono salvezza e liberazione. Il prezzo è evidente: la realtà della miseria rimane quella di prima. Tutti tornano alla vita di prima, e tutto torna come prima, in un mondo che non offre nessuna alternativa. Non è successo nulla. L'angoscia non viene affrontata, esaminata e trascesa *ma semplicemente negata e rimossa nell'ambito metastorico di un rituale* e nell'atmosfera metanoica di comunicazione che si stabilisce tra i componenti della comunità» (*Ibidem*: 190) [*i corsivi sono miei*, RB]⁽¹³⁾.

In un successivo articolo, riportato in appendice allo stesso libro, Risso adotta un approccio più cauto, e ammette che è forse possibile proporre una "eretica ipotesi": come per le formule dello stregone Lévi-Straussiano o del guaritore, che *agiscono* anche quando non sono comprese razionalmente dal malato, così accade forse anche per le parole dello psicoanalista, e in nessuno dei due casi si tratterebbe di mera suggestione.

Risso giunge così a immaginare, come già aveva fatto Lévi-Strauss nel celebre articolo 1949, un confronto fra psicoanalisi e cura rituale, e una strada diversa attraverso la quale parole o silenzi, gesti o simboli, possono trasformare l'esperienza della sofferenza avviandola a soluzione. Tuttavia la cura rituale, pur potendo determinare una guarigione, rimane secondo l'autore "ancorata a valori immutabili, fissi, senza la ricerca di valori nuovi, che appaiono minacciosi". La psicoanalisi si situerebbe invece all'opposto, realizzando i suoi risultati attraverso la "prospettiva di un chiarimento e non di un ripiegamento sul passato" (*Ibidem*: 200).

Si avverte, in questi passaggi, l'eredità di una nozione di "cultura" e di "tradizione" estranea all'antropologia contemporanea, ma soprattutto

una rappresentazione della cura tradizionale, del guaritore o dello sciamano ancora tributaria di quel “primitivismo” che connota la storia della psichiatria (LUCAS H.R. - BARRETT J.R. 1995). Secondo un tale paradigma, le società non occidentali sono descritte a volta a volta secondo un modello *barbarico* o, all’opposto, *arcadico*: immaginate come una sorgente di violenza incontrollabile, di caos, di sofferenza e di arbitrio, dominate dall’impulsività mai abbastanza regolata dei loro membri⁽¹⁴⁾ o, rispettivamente, come luoghi di serenità e di umanità, dove il selvaggio viveva al riparo da conflitti psichici e in armonia col mondo.

Tale modello ha nutrito, argomentano Lucas e Barrett, anche la psichiatria transculturale. Così le cure tradizionali sono state considerate strategie di suggestione e di assoggettamento, capaci al più di produrre un effetto placebo provvisorio e dotate di un’efficacia circoscritta solo a poche affezioni o, al contrario, tecniche sofisticate nelle quali si sarebbero sedimentate tradizioni millenarie e conoscenze empiriche quanto mai complesse, in grado di agire sui molteplici livelli della sofferenza (biologici e individuali, familiari, sociali) e ristabilire – grazie ai loro riferimenti ad un universo mitico condiviso – l’equilibrio fra il malato e il suo ambiente sociale.

Ciarlatani o psicotici, o alternativamente eroi e saggi, i guaritori e gli sciamani hanno conosciuto anch’essi questa vertiginosa oscillazione. Come è possibile pensare diversamente il ruolo delle eziologie “tradizionali” e il significato di altri sistemi medici nella cura di immigrati che conservano spesso particolarmente viva, nella propria esperienza, il legame con questo genere di interpretazioni?

3. *Genealogie coloniali*

Una volta definita la cultura come un campo di incessanti negoziazioni e conflitti (COMAROFF J. - COMAROFF J. 1992: 27), come un processo catturato nel vortice della storia e delle disuguaglianze sociali piuttosto che un insieme di simboli, principi o rappresentazioni in un presunto stato d’equilibrio (ROSALDO 2003: 1), bisogna chiedersi quale possa essere il suo ruolo nelle strategie di cura degli immigrati, e nell’etnopsichiatria in particolare.

In anni recenti è stata senza dubbio l’esperienza clinica condotta da Nathan (NATHAN T. 1993, 1994), a Parigi, ad aver riproposto con maggiore originalità l’idea di un’etnopsichiatria applicata e, insieme, a diventare l’oggetto delle critiche più violente. Fassin (FASSIN D. 2000), ad esempio,

pur riconoscendo che esiste una "diversità di approcci" nel panorama dell'etnopsichiatria, non ha dubbi nel sostenere che quella di Nathan sia un'etnopsichiatria derivata dalla tradizione di studi dell'antropologia psicoanalitica e, ciò che più conta, dall'etnopsichiatria coloniale britannica (Carothers) e da quella postcoloniale realizzata a Fann-Dakar (Columbia). Fassin giunge a promuovere un parallelo inatteso (e dubbio) fra il tristemente noto lavoro di Carothers sul movimento dei Mau Mau⁽¹⁵⁾ e il "progetto politico" di Nathan, là dove entrambi praticerebbero una comune "politica dell'etnopsichiatria"⁽¹⁶⁾.

Alcune affermazioni di Nathan, come quella sulla presunta "omeostasi psichica" assicurata dai sistemi culturali⁽¹⁷⁾, sembrano offrire il fianco alle severe conclusioni di Fassin e sono, d'altronde, difficilmente sostenibili. Quando Nathan afferma che "alcune elementari regole pratiche sarebbero sufficienti a prevenire i crimini contro l'umanità" (NATHAN T. 1994: 215), dimentica le altre e non meno decisive variabili operanti nella genealogia di crimini, violenze o genocidi. Le debolezze di un modello che si concentra sulle sole dimensioni culturali, o semantiche, ritenendole capaci di contenere tutte le altre questioni (sociali, politiche ed economiche) che marciano le vicende migratorie, sono numerose, e il tentativo di sottrarre l'etnopsichiatria alle trappole avvelenate del dibattito politico (cfr. ad esempio NATHAN T. 2000: 197), inesorabilmente votato all'insuccesso. Quando si parla di cultura e di differenza culturale, tanto più se in merito agli immigrati, si è già nel mezzo di una questione propriamente politica (HALL S. 1997). Alcuni equivoci, bisogna dirlo, sono stati generati indubbiamente anche da un'estrapolazione illegittima di talune affermazioni di Nathan.

Se l'invito a ricordare i limiti delle nostre categorie diagnostiche o interpretative costituisce un principio più che condivisibile, è l'irrigidimento sulla nozione di identità culturale a fare problema, tanto più quando si considerino l'interpretazione dei disturbi o le tecniche di cura da utilizzare nel caso degli immigrati: "Fare di tutto per agire da Soninke con un Soninke, da Bambara con un Bambara, da Cabilo con un Cabilo, mi ha costretto a modificare incessantemente il mio universo teorico" (NATHAN T. 1994: 24). Che cosa significa una tale affermazione: che ci sarebbe un *modo*, un'essenza soninke, bambara o cabila?

Alcuni limiti etnolinguistici del lavoro di Nathan sono stati messi in luce invece da Jaffré (JAFFRÉ Y. 1996)⁽¹⁸⁾, che con Roudinesco (storica della psicoanalisi) ed altri ha partecipato all'accerchiamento dell'etnopsichiatra di Paris VIII e del Centre Georges Devereux: obbligato a lasciare l'istituzione pubblica dopo polemiche diventate sempre più roventi.

Un rischio non meno rilevante nell'opera di Nathan, occorre qui ricordarlo, è stato senza dubbio quello di ignorare le particolari forme di soggettivazione che si delineano nel corso della migrazione, le diverse traiettorie di cui scriveva già Sayad, all'interno di profili controversi e incerti che hanno radicalmente ridisegnato i vincoli familiari, e che in un amalgama spesso caotico hanno visto emergere inedite forme di assoggettamento e nuove espressioni del desiderio (penso in particolare a quelle che Charles Piot analizza nel suo libro sulla "nostalgia del futuro": PIOT C. 2010)⁽¹⁹⁾. Le dinamiche diaspori che⁽²⁰⁾ che vanno incessantemente disegnandosi in uno scenario economico e politico radicalmente mutato dopo la fine della guerra fredda, le iridescenze originate da identificazioni e appartenenze molteplici, mutevoli e contraddittorie, i fremiti transnazionali di cui essi sono il seme e l'eco, non possono essere dimenticate quando si tratta di interpretare i sintomi o i conflitti di un paziente immigrato.

Nello stesso anno in cui Nathan pubblicava *L'influence qui guérit*, forse il suo libro più compiuto e coerente insieme a *La folie des autres*, appariva per una singolare coincidenza il libro di Homi Bhabha, *Locations of culture*, nella cui analisi nozioni come quelle di alterità e differenza culturale sono riprese in una prospettiva ben diversa, rivolta in primo luogo a demolire le pretese della "teoria critica":

«L'Altro è nominato, citato, inquadrato, miniato, incasellato nella strategia da "botta e risposta" di un illuminismo di serie; la narrazione e le politiche culturali della differenza si trasformano nel circolo chiuso dell'interpretazione. L'Altro perde il proprio potere di significare, di negare, di dare inizio al proprio orientamento storico, di creare il proprio discorso istituzionale e oppositivo. Per quanto si conosca in modo impeccabile il contenuto di una cultura "altra" e per quanto sia antietnocentrico solo il suo localizzarsi al termine di grandi teorie, la necessità che sia sempre un buon oggetto di conoscenza analitica – il docile corpo della differenza – potrà ricreare una relazione di dominio: questa è la più grande accusa che si può muovere al potere istituzionale della teoria critica» (BHABHA H. 2001: 51).

L'analisi dei sistemi locali di cura è uno dei passaggi più complessi, soprattutto là dove Nathan indaga la natura della loro efficacia e ne esplora le possibili applicazioni nel contesto della psicoterapia degli immigrati (ZAJIDE N. 2011). Non è possibile trattare in dettaglio i dubbi che il suo approccio solleva (Nathan sembra ad esempio considerare scarsamente le trasformazioni dei sistemi medici *locali*, delle loro retoriche, dei loro immaginari, ampiamente alimentati da prestiti e scambi spesso planetari)⁽²¹⁾.

Tuttavia è bene ricordare che a generare conflitti intorno all'etnopsichiatria è, in primo luogo, la sua genealogia, ossia la sua nascita all'interno del contesto coloniale. Ed è a questo aspetto che voglio ora fare un breve rife-

rimento. Nelle colonie, la differenza e l'alterità culturale furono evocate, studiate, classificate meno per comprendere le manifestazioni della follia o le forme di efficacia terapeutica in altre società quanto piuttosto per costruire l'immagine di un Altro che, in quanto tale, era già considerato in una *prospettiva psicopatologica* (VAUGHAN M. 1991). La differenza culturale fu concepita spesso come l'espressione di una differenza razziale fondata su presunte differenze biologiche. Porot, Aubin, Gutman e la scuola di Algeri, Carothers a Nairobi, Beato Gonzales e Villarino Ulloa nella Guinea spagnola, sono i nomi ai quali l'etnopsichiatria è stata a lungo identificata e inchiodata: un'etnopsichiatria che definiva l'Arabo o l'Africano come un individuo infantile, impulsivo, menzognero, incapace di pensare il futuro (BENEDUCE R. 2007; KELLER B. 2007; MCCULLOCH J. 1995).

L'etnopsichiatria non è però riducibile al solo scenario coloniale. Immaginare che le feroci contraddizioni di quell'epoca rendano impossibile un'esplorazione rigorosa del rapporto fra cultura, esperienza, rischio psichico e forme di cura, equivarrebbe a rifiutare in blocco i contributi di quanti seppero indagare con spirito critico questi profili e analizzare le complesse dinamiche familiari e sociali della malattia, nell'ambito di contesti culturali non occidentali.

L'opera di DEVEREUX G. (1973 [1970], 1980 [1967]) è esemplare per i contributi metodologici dati a questa disciplina, soprattutto quando offre un modello di etnopsichiatria *riflessiva* che consente di pensare criticamente problemi come la cronicità della malattia mentale (della schizofrenia, in particolare) nelle società occidentali e, allo stesso tempo, indagare valore e limiti delle strategie terapeutiche in altri contesti (dello sciamanismo, ad esempio). L'etnopsichiatria di Devereux non è la sola a disegnare un approccio critico *tanto* nei confronti della psichiatria occidentale *quanto* nei confronti delle medicine tradizionali.

Al di là del lavoro di Riso e Böker, già menzionato, la riflessione teorica di DE MARTINO E. (1961, 1977, 2005) o LANTERNARI V. (1960) in Italia, di FIELD (1960) in Ghana, di BASTIDE R. (1981 [1966], 1976 [1974]) in Brasile, nonostante la diversità dei loro approcci, segna un ulteriore passaggio: *l'ingresso della Storia nell'ambito dell'etnopsichiatria*, nello studio cioè del rapporto fra eventi storici e sociali (colonialismo, razzismo, urbanizzazione ecc.) da un lato, rischio psichico e modelli culturali della sofferenza o della cura (possessione, profetismi, stregoneria) dall'altro⁽²²⁾.

L'elenco di quegli studi che si muovono in una prospettiva epistemologica rigorosa è quanto mai esteso, e non mi è possibile qui riprenderne gli sviluppi per ovvie ragioni di spazio. Ciò che vorrei sottolineare è soprat-

tutto il contributo di un'etnopsichiatria *critica* che si è mostrata capace di riflettere sul rapporto fra Storia, sofferenza e violenza. Indubbiamente questo orizzonte di ricerche ha in Frantz Fanon il suo pioniere. Una simile affermazione può forse sorprendere, ma la lettura attenta dei suoi lavori e dei suoi scritti psichiatrici, che ho avviato da tempo, rivela un'attenzione costante verso le dimensioni culturali e politiche e metodologiche. Fanon non dimentica di dimostrare l'impossibilità della cura là dove il razzismo e i pregiudizi impediscono il riconoscimento dell'Altro (FANON 2007: 3-16).

L'analisi del rapporto fra tortura, guerra e disturbi mentali (FANON 1962), quella sui vizi dei test psicodiagnostici replicati in altri contesti culturali (FANON F. e GERONIMI C. 1956), e quella dei rapporti di potere che presiedono allo statuto della verità e della menzogna (FANON e LACATON 1955), confermano l'idea che tutte le variabili della sofferenza (psichiche, politiche, culturali) sono da Fanon considerate in modo sistematico⁽²³⁾. Nell'analizzare il ruolo della medicina e della psichiatria (FANON F. 1962, 2007), i suoi scritti mettono in luce anche il definitivo collasso di ogni distanza fra psichiatria e politica in epoca coloniale (GIBSON N. 2003: 92). Partire dalla constatazione di questo 'collasso' costituisce, ancora oggi, un sentiero prezioso per esplorare gli effetti psichici delle nuove "tecnologie della cittadinanza" (BENEDEUCE R. 2008; INDA J.X. 2006: 24), i processi di criminalizzazione e di marginalizzazione degli stranieri o il ruolo delle retoriche del trauma nel riconoscimento del diritto di asilo (FASSIN D. 2001). L'importanza di considerare le dimensioni culturali nella cura della popolazione immigrata, alla base della nozione di "competenza culturale", verrà d'ora innanzi notevolmente arricchita da queste prospettive. L'approccio critico che esse hanno suggerito dissolve definitivamente anche il rischio di *essenziare la cultura*.

Per evitare questa deriva nella pratica clinica, il clinico dovrà avere piena consapevolezza del proprio sapere, della sua genealogia, così come del più ampio tessuto storico, sociale e politico (colonialismo, schiavitù, razzismo, discriminazioni sociali) dentro cui sono state plasmate la sofferenza dell'Altro, le sue memorie, le sue appartenenze, e dentro le quali si costruisce oggi l'incontro clinico (KIRMAYER 2008: 469-470).

Le prospettive qui evocate costituiscono un'utile premessa per riconsiderare il "lavoro della cultura" (OBEYESEKERE G. 1990) e ripensare il rapporto fra cura e cultura. Questo è anche uno dei sentieri tracciati dalla riflessione di Ernesto de Martino. Il *lavoro della cultura*, quale lo riconosciamo nei momenti critici dell'esistenza (morte, lutto) «appresta le forze che sono a disposizione dell'uomo per oltrepassare il momento critico». Ma questo lavoro è diretto a anche a ritrovare il modo di ancorare nuovamente alla

Storia chi né è stato respinto (o rischia di esserlo). La cultura è, per de Martino, «il frutto della lotta vittoriosa della sanità contro l'insidia della malattia, cioè contro la *tentazione di abdicare alla stessa possibilità di essere una presenza inserita nella società e nella storia*» (mio corsivo). Contro questa «tentazione», la cultura lancia il suo dispositivo di *tecniche*:

«Ogni civiltà magico-religiosa è un sistema organico di *tecniche vitali di difesa* inteso a entrare in rapporto e a recuperare alla storia culturale umana i contenuti psichici traumatizzati, e al tempo stesso è un *sistema organico di tecniche vitali inteso a ridurre il numero e l'intensità dei nuovi traumi* che si possono produrre nel corso della storia che è *propria in un dato regime (economico e sociale) di esistenza*. È quindi al tempo stesso una terapia e una pro-filassi esistenziale (o culturale o storica) del rischio di non esserci nel mondo in quei momenti critici dell'esistere nei quali quella civiltà avverte che la storia sporge» (DE MARTINO 2001: 111; il corsivo è mio).

De Martino non è stato il solo a concepire una simile prospettiva. Eric de Rosny (DE ROSNY 1981, 1996), attento studioso delle strategie di cura tradizionali in Camerun, ha insistito a lungo sul rapporto strutturale fra cura e cultura, e su quella che secondo lui sarebbe una delle «funzioni principali» di quest'ultima. Per de Rosny questo compito *non sarebbe però della cultura in generale*. L'autore distingue anzi una cultura di facciata, esemplificata dalle sue espressioni più superficiali, e una cultura autentica, profonda, con i suoi segreti: quella incarnata ad esempio dal gesto di un guaritore (Din, il suo maestro), che rappresenterebbe «l'esercizio stesso» della cultura. Se la prima è spesso la mera riproduzione di un passato mummificato in cerimoniali o feste, la seconda esprime una lotta reale contro una minaccia altrettanto reale, quella del male, vissuta da un individuo particolare:

«A dire il vero, mi sento come sdoppiato. Sono catturato da un dubbio sulla validità della mia esperienza [...]. Perché sono attratto dalle manifestazioni di una cultura in tutta evidenza già condannata? [...] E d'altra parte mi sento rasserenato. Ho l'impressione di aver trovato ciò che cercavo confusamente. Quattordici anni dopo il mio arrivo a Duala, scopro per la prima volta l'espressione scintillante della cultura africana, i cui benefici sono evidenti e che non deve nulla all'Europa. Nei giorni di festa, la popolazione di Douala è invitata a partecipare a delle cerimonie tradizionali nelle piazze, dove delegazioni di quartieri diversi eseguono delle danze e riproducono le cerimonie di un tempo. Tutt'altra cosa è la seduta di notte da Din. Essa non cerca di dimostrare l'esistenza di una cultura africana, ma è *l'esercizio stesso di questa cultura in una delle sue funzioni principali: la guarigione*. Qui nessuno dà l'impressione di giocare. Si tratta di rendere la vita a qualcuno, di ristabilire l'equilibrio di una famiglia» (DE ROSNY 1981: 23) [il corsivo è mio, RB].

Le riflessioni di de Martino e di de Rosny aggiungono un elemento decisivo nel dibattito sulla nozione di cultura e di differenza culturale. L'ele-

mento che essi introducono riguarda il ruolo delle pratiche (terapeutiche, pedagogiche, rituali ecc.) nell'analisi di quelle differenze che continuano a interrogare il senso delle nostre tecniche di cura e delle nostre istituzioni, il loro carattere *ovvio*.

Una "differenza intrattabile"

"Differenza intrattabile" è una formula che prendo a prestito da Abdelkébir Khatibi come utile per pensare le questioni della differenza culturale, delle sue manifestazioni nell'ideologia del male, negli idiomi della sofferenza e nella loro traduzione. Nei suoi libri (*La mémoire tatouée, L'amour bilingue, Maghreb pluriel*) Khatibi non cessa di dissodare il terreno dell'esperienza coloniale e di una sua particolare espressione: quella che prende forma nella scrittura degli intellettuali che scrivono in una lingua europea. Sostenendo che non esiste se non una condizione "bastarda" che percorre sin dall'origine le lingue e le soggettività, l'esperienza degli scrittori nei paesi colonizzati esprime in tutte le sue vertigini questo confronto faticoso e incerto (ERICKSON J. 1998; PANDOLFO S. 1997). La lingua straniera trasforma il testo poetico, lo lambisce, lo rende nervoso, spingendolo a cercare le proprie radici in un'altra lingua, sino a generare un linguaggio doppio (*bi-langue*) che nessuna delle due lingue (né quella madre dell'autore né quella straniera) può da sola contenere (KHATIBI A. 1983: 186):

«Ciascuna fa segno all'altra, la chiama a restare come fuori. Fuori contro fuori, questa strana estraneità: ciò che desidera una lingua (se posso parlare così) è di essere singolare, irriducibile, rigorosamente altra. Io penso... che la traduzione operi secondo questa intrattabilità, questa distanza incessantemente respinta e distruttiva. E in effetti, tutta questa letteratura magrebina detta "di lingua francese" è un racconto di traduzione. Non dico che essa non è altro che traduzione. Intendo dire che si tratta di un racconto che *parla in lingue*».

La formula di Khatibi è suggestiva da molti punti di vista. Suggerisce l'urgenza, ripresa da Barthes nella postfazione a *La Mémoire Tatouée*, di liberarsi dalle categorie universali che ingabbiano il pensiero dell'Occidente e costruire una lingua *eterologica*. "Parlare in lingue": quale formula potrebbe dire meglio le avventure narrative della sofferenza degli immigrati nella postcolonialità? Quale espressione potrebbe meglio condensare il senso della proliferazione delle chiese pentecostali nell'Africa contemporanea? Non è, questa glossolalia caotica, *bastarda*, il più eloquente esempio di una differenza respinta e invocata, asserita e dimenticata, imitata e temuta a

uno stesso tempo? Non è la manifestazione per eccellenza della fermentazione trasformativa dell'alienazione coloniale?

Non posso qui per ragioni di spazio entrare nei dettagli di una ricerca che sto conducendo da tempo sulle dimensioni linguistiche della sofferenza e della cura. Mi limito a porre in rilievo solo un aspetto: e cioè come nel corso della comunicazione clinica il confronto fra modelli della malattia, interpretazioni, forme della soggettività – nel richiamare l'alterità assoluta dell'esperienza ("che cosa significa che ti rubano il sangue?", "che cosa vuoi dire quando parli di una persona senza volto che ti consuma il corpo?") – assomigli molto a un "racconto di traduzione" (Khatibi), il cui effetto intenzionalmente cercato dall'etnopsichiatria clinica è oggettivare la "cultura", governarne le ombre minacciose sostenendo il soggetto nel suo sforzo di governare angosce e fantasmi di morte.

L'espressione "racconto di traduzione" vuole però evocare qui anche il problema di come pensare oggi, nella cura dei cittadini stranieri, "differenze" che sono state a lungo umiliate e ridicolizzate dal discorso coloniale. Le "differenze culturali" sembrano somigliare a quelle ferite intrattabili che, proprio in quanto tali, non possono tuttavia essere ignorate. Sono un po' come le "reliquie" di cui scrive de Certeau quando ricorda i "frammenti di riti", i "protocolli di educazione", le "pratiche legate al vestire o al cucinare" che costellano la vita quotidiana di tanti immigrati: "Non hanno più un linguaggio che le simbolizzi o le riunisca. Non formano più una storia individuale che nascerebbe dalla dissoluzione di una memoria collettiva. Sono come addormentate. Il loro sonno, peraltro, non è che apparente. Basta sfiorarle, e possono prodursi violenze imprevedibili" (DE CERTEAU M. 2007: 223-224).

Ed è questo il motivo per il quale mi è sembrato sempre più importante riflettere sul ruolo di quelle formulazioni, modi di dire, narrazioni di sintomi che, pur avendo il profilo di "metafore culturali", sono piuttosto rivelatrici di "esperienze", e ciò anche in virtù della centralità che in esse occupano solitamente i riferimenti al corpo. La metafora si rivela un passaggio linguistico privilegiato proprio per pensare il rapporto fra psichismo, affetti, ricordi (il mondo interno) e la prima e fondamentale forma conosciuta del reale: il proprio corpo.

In questo senso, le formule che parlano di sensazioni corporee inquietanti, di divoramento da parte di agenti invisibili, o dell'esperienza di essere consumati da animali o agiti da forze misteriose e imperscrutabili, possono essere considerate come *traduzioni interne* di esperienze ineffabili. Le metafore sono in questi casi il ponte prezioso (un racconto di traduzione,

per riprendere la formula di Khatibi) perché esperienze complesse, non necessariamente coscienti, possano essere pensate ed eventualmente comunicate. Il loro carattere culturale è evidente nel riferimento a un certo tipo di immaginario, di tecniche rituali, di relazioni di potere lentamente incorporate, ma ciò che conta è soprattutto il valore *politico* dell'esperienza di cui la persona cerca di appropriarsi attraverso un repertorio di metafore a lui familiare: sino a misurarne i limiti, l'inadeguatezza, sino a cercare in un'altra lingua immagini diverse che permettano di pensare altre trasformazioni, e dar forma a nuovi desideri o esperienze.

L'esigenza di riflettere su queste pratiche e su queste esperienze, su queste memorie nasce dalla volontà di *prendere seriamente in considerazione* i discorsi sulla loro partecipazione ad attività rituali, o il ricordo di vicende che hanno scandito la loro vicenda migratoria in modo doloroso (TALIANI S. 2012b). Evocarle non significa però, secondo un anatema oggi di moda, "reificare" la cultura. Si tratta piuttosto di una necessità tecnica. Anche se rievocare esperienze inquietanti può suscitare una certa ansia, è spesso proprio la loro narrazione che ne facilita l'oggettivazione, la rielaborazione critica, il contenimento. È quanto suggerisce Linda Garro: "L'attività narrativa, concepita come un modo particolare di 'governare l'esperienza, di costruire la realtà' [...], colloca esperienze angoscienti all'interno di un più ampio contenitore temporale e, sebbene in modo esitante, combina le preoccupazioni del presente con il passato e possibili futuri" (GARRO L. 2003: 6).

Il motivo per il quale ho evocato questi temi è anche un altro. Prendere alla lettera sintomi che preoccupano quando articolati all'interno di particolari ideologie del male e della malattia (le "troubling experiences" di cui parla Garro) è, per l'etnopsichiatria della migrazione, una premessa ovvia, che da Ernesto de Martino a Michele Riso ha ispirato la necessità di ripensare le strategie terapeutiche di fronte a linguaggi e sintomi che, come per la "differenza intrattabile" di cui scriveva Khatibi, non sono più riconducibili alla lingua e alla cultura di appartenenza né all'ordine diagnostico psichiatrico o al registro dell'esperienza che questo presuppone. La nozione di "competenza culturale" (KIRMAYER J.L. 2008, 2012) ha voluto indicare, da un altro punto di vista, la consapevolezza della complessità dell'incontro clinico nel contesto della migrazione o della salute mentale delle minoranze (o meglio, dei gruppi subalterni), e indicare la necessità di dotarsi di strategie appropriate.

Tuttavia, quella che è nell'etnopsichiatria una tecnica di cura e di reintegrazione, consapevolmente diretta a ripristinare il dominio di esperienze e memorie culturali dilaniate, disperse ma ciononostante tutt'altro che

assopite, è stata considerata responsabile di “effetti collaterali” determinati dall’incauto progetto di “demedicalizzare” la sofferenza degli immigrati o addirittura operare una “rieducazione culturale” di questi ultimi. Questo singolare progetto sarebbe realizzato dall’etnopsichiatra incoraggiando il paziente, ad esempio, a prendere contatto con la sua famiglia d’origine, considerando la cultura come “terapeutica”, o facendone un “sostituto della diagnosi”⁽²⁴⁾. Quest’ultima affermazione suona particolarmente bizzarra perché, sostenere che l’etnopsichiatria concepisce la cultura come un “sostituto” della diagnosi psichiatrica, suggerisce quasi l’idea che la diagnosi psichiatrica sia libera da implicazioni culturali!

Trattare la differenza culturale all’interno di una prospettiva critica significa al contrario accettare le sfide epistemologiche connesse alla natura culturale e politica di *qualsivoglia dispositivo* diagnostico e terapeutico (psichiatria occidentale quanto eziologia tradizionale, rappresentazioni del Sé quanto gerarchie familiari o ideologie della persona), senza dimenticare “che la ‘differenza’ appare solo quando si accetta di guardare il dominato dal punto di vista del dominante” (BOURDIEU P. 1999: 76).

Politiche della traduzione, potere e conoscenza

Redimere nella propria quella pura lingua che è racchiusa in un’altra;
o, prigioniera, nell’opera, liberarla nella traduzione – è questo il compito del
traduttore

(BENJAMIN 1962: 50)

La finzione qui contiene probabilmente più verità dei fatti
(WOOLF C. 1935:7)

Nell’avviarmi alle conclusioni voglio riprendere brevemente alcune considerazioni riprese dal mio quaderno di appunti e relative al racconto di un immigrato proveniente dalla Repubblica Centrafricana, Georges:

«11 Febbraio 2011. Oggi l’operatrice di una comunità dove sono accolti rifugiati mi ha telefonato chiedendomi d’incontrare un richiedente asilo proveniente dalla Repubblica Centrafricana perché è molto ansioso, “non capisce di che cosa stia parlando”, e i farmaci che gli sono stati prescritti non hanno sortito effetto. Si tratta di Georges, un giovane di circa 22 anni giunto un mese prima a Torino, che da alcuni giorni si mostra particolarmente inquieto, è insonne e afferma di avere “qualcosa dentro il corpo” che lo fa sentire sempre più debole. Nel corso del primo incontro il paziente, un allevatore di bestiame, mi racconta una storia segnata da minacce, tradimenti e violenze (il padre è stato ucciso con un colpo di pistola, ma le ragioni sono ignote; per aver avuto contatti con un cliente – rivelatosi poi

un oppositore del governo – il giovane allevatore è stato arrestato e torturato. Fuggito dal paese, ha appreso che la sua casa è stata bruciata dall'esercito e l'intero gregge disperso; la moglie, sposata quando aveva appena 17 anni per volere dei genitori, ha lasciato la famiglia del marito per andare a vivere con un anziano, un vicino di casa del quale Georges si fidava, abbandonando per di più i due figli, gemelli, alla suocera). Cerco di scrutare altri profili dei suoi sintomi, chiedendogli se abbia mai consultato uno *nganga* (guaritore), o se nella sua famiglia ci fossero persone dotate di poteri particolari. Provo ad evocare alcuni termini nelle lingue della sua area geografica⁽²⁵⁾ ed evoco l'incertezza che deve connotare i luoghi nei quali viveva, dichiarando di essermi occupato in paesi confinanti con il suo di problemi analoghi a quelli di cui mi sta parlando. Georges cambia d'un tratto l'espressione del volto, affermando "Ma allora conosci l'Africa!". Il registro narrativo muta così quasi d'un tratto. In un incontro successivo Georges assume un tono particolarmente grave per parlarmi di una questione che lo angoschia in modo particolare: si tratta di un animale 'che il padre gli ha messo dentro' quando lui era adolescente per renderlo capace di sorvegliare il bestiame anche durante la notte, anche quando riposava. Ricorda che un pomeriggio si svegliò dopo aver molto sognato, sentendosi come carico di energia. Comunicò questa sensazione al padre e quest'ultimo, che aveva dei poteri 'mistici', gli rivelò ciò che aveva fatto. Questo animale, una pantera (*nanguì*), un tempo lo rendeva sicuro di sé, instancabile, forte, ora però lo disturba: "Ha fame e chiede di mangiare". La sua presenza all'interno del proprio corpo gli impedisce di sentirsi sereno quando è con altre persone, talvolta è persino incapace di star fermo e concentrarsi. Talvolta lo vede nella stanza, o accanto al letto, come se lo guardasse. Spesso lo sente muovere all'interno del proprio corpo, al punto che è costretto ad alzarsi e camminare. Quando parla con gli altri ospiti della comunità dove è stato ospitato, è come se fosse altrove, distratto da quanto gli accade intorno. È come se vagasse ancora nella savana, anche se sa bene di stare in Italia, anche se è consapevole di aggirarsi per le strade di Torino. Quando gli ho chiesto se i suoi genitori avessero altri poteri, il tono del discorso è mutato ancora una volta. Georges si è fatto più cupo, restando in silenzio per qualche istante. Ha poi ripreso a parlare ricordando che la madre è una strega molto temuta, che il padre poteva trasformarsi in un animale, mentre la nonna paterna è una rinomata guaritrice in grado di curare l'epilessia. Degli stregoni mi ha detto: "da noi li chiamiamo quelli che mangiano da sopra e da sotto" (ossia hanno voglia di divorare tutto, la loro sete di potere è infinita), e per farmi intendere il senso dell'espressione utilizzata ha ruotato la mano da un lato e dall'altro, alternativamente. Se conoscevo l'Africa, ora dovevo però aiutarlo perché temeva di impazzire, e non poteva parlarne con nessuno. Ad un secondo incontro, una settimana dopo, mi ha detto di aver seguito il mio consiglio: ha raccontato alla madre il nostro incontro e lei gli ha detto che poteva fidarsi di me. Ha aggiunto così che una delle ragioni della sua preoccupazione è che qui si sentiva sempre più debole: non potendo alimentare l'animale presente nel suo corpo (quando era al villaggio, ogni settimana beveva il sangue di un montone senza consumarne le carni per nutrire la pantera dentro il proprio corpo), sentiva che si stava consumando a poco a poco».

Di fronte a racconti come questi, quanto mai consueti nella clinica della migrazione, incontriamo un problema analogo a quello già segnalato da Risso e Böker, ma soprattutto dobbiamo chiederci come 'trattare' questi racconti. Sono il racconto di un'esperienza vissuta, o semplici metafore? Dobbiamo pensarle come allucinazioni a carattere propriocettivo o, nel migliore dei casi, esperienze oniriche?

Ho preso l'abitudine di prendere tempo, rifiutando di scegliere fra scelte ingannevoli di questo genere: respingere la logica dell'*aut aut* è diventato per me un principio metodologico irrinunciabile, quanto la necessità di governare le insidie di una curiosità etnografica che potrebbe modificare il senso di una relazione terapeutica, di un setting clinico (LEBIGOT F. - MONGEAU A. 1982). D'altronde, se pure si trattasse di semplici metafore, sappiamo quanto rimanga difficile definire che cosa le metafore sono e fanno, come il loro potere origini dal sospendere la distinzione fra senso e rappresentazione, e come esse possano costituire "armi dirette contro la realtà" (HARRIES K. 1978: 174).

Quello che intendo dire è che ciò che affiora è visibile, e passibile di interpretazione, solo a condizione di cancellare la rigida dicotomia fra realtà e immaginario (DOZON J.-P. 1995; GESCHIERE P. 1997; JEWSIEWICKY B. 2001), o fra emozione e cognizione (KLEINMAN A. - GOOD B. 1985; JENKINS 1988). Dentro queste premesse, quelle di Georges non sono mere metafore ma memorie, legami, rapporti di potere, esperienze che parlano di una *differenza intrattabile* e che non potrebbero essere dette altrimenti.

Lo statuto di metafore che assegniamo abitualmente a tali formulazioni costituisce d'altronde un problema tutt'altro che marginale, sul quale è necessario fare una breve riflessione, sebbene non abbia qui la pretesa di analizzare in dettaglio la totalità delle questioni inerenti alla metafora.

Jaffré, nell'articolo già menzionato, sostiene ad esempio che Nathan attui i suoi interventi attraverso un *rafforzamento* ostinato (e immotivato) di quelle che sono semplici metafore, e ciò malgrado il fatto che

«fendere il cuore» non è automaticamente una causa di decesso. In breve, ammettere che il significante possa talvolta esprimersi, per un soggetto, sotto forma di un sintomo somatico non significa che ogni catacresi sia da prendere alla lettera. Queste locuzioni, spesso memoriali di antiche credenze, sono inoltre legate ad una storia sociolinguistica. La loro esistenza attuale non dimostra dunque automaticamente che un soggetto contemporaneo aderisca alle idee che esse veicolano» (JAFFRÉ 1995: 175)

Definire talune espressioni come metafore non è però che l'inizio del problema. Come ricorda West, "trattare le credenze come metafore" significa sfuggire al "dilemma posto dal valutare la loro validità scientifica"

(WEST H. 2007: 25). Ben più che semplici metafore, questi discorsi sono, infatti, modi di produrre e abitare “nuovi domini ontologici” (*Ibidem*: 106⁽²⁶⁾). La prima osservazione che s’impone è dunque sullo statuto epistemologico che riconosciamo a tali racconti ed espressioni, e se sia legittimo definirli “metafore”, dal momento che – come ricorda con ironia Luise White – in antropologia utilizzare questo termine costituisce spesso solo un “termine accademico raffinato in luogo di ‘falso’” (WHITE L., cit. in WEST H. 2007: 35).

La seconda osservazione è invece relativa ad un’operazione di degno opposto: la riduzione, o se si preferisce il *depotenziamento* di simili espressioni. Tradotte come metafore, esse sono interpretate come un mero espediente linguistico, perdendo però ogni valore quanto alla loro capacità di rappresentare un diverso modo di esperire e conoscere il mondo. Ne costituisce un esempio la polemica di Barry nei confronti di Nathan: una critica contro il presunto monopolio occidentale della metafora. Quando i pazienti immigrati provenienti dall’Africa parlano di stregoneria, di bambini-spirito e simili, secondo Barry stanno *semplicemente usando metafore*. Tuttavia gli etnopsichiatri, continua l’autore, sembrano ostinatamente ignorare che *anch’essi* possono far uso delle metafore: “Come se la metafora non esistesse nelle società extra-occidentali, come se essa fosse prerogativa delle sole lingue europee, come se altrove senso figurato e senso proprio si sovrapponevano totalmente” (Barry 2001: 123).

C’è, infine, una terza questione, strettamente connessa alle precedenti: nel parlare di particolari esperienze del corpo, di poteri inconsueti, i nostri interlocutori stanno non solo parlando del loro modo di conoscere la realtà, stanno anche esprimendo un modello di persona definibile come “dividua” o “divisibile”, per riprendere le formule ricorrenti nell’antropologia dell’Oceania e dell’Amazzonia (VILAÇA A. 2011; VIVEIROS DE CASTRO E. 1998, 2004; per l’Africa si veda AA.VV. 1981).

Messa da parte la soluzione di considerare il racconto di Georges come un’esperienza allucinatoria o una forma di dissociazione, la soluzione di pensare che quei riferimenti siano pure metafore non sarebbe stata molto efficace. D’altronde, come definire e spiegare il suo dimagrimento, la sua agitazione, i dolori al ventre, gli stessi che gli esami medici non avevano saputo, da parte loro, spiegare e nominare, fatta salva la prevedibile invocazione di un “disturbo psicosomatico”? Le metafore, dopo tutto, non fanno dimagrire! È questo, per certi versi, l’argomento che West sviluppa a partire dalla sua ricerca sulla stregoneria e gli uomini-leone in un’area del Mozambico:

«Avevo suggerito ai miei interlocutori [...] che i leoni erano per gli abitanti di Mueda simboli per pensare e parlare delle complessità e delle contraddizioni del potere. I 'leoni della stregoneria', avevo loro suggerito, erano metafore di predazione sociale, mentre i leoni che risiedono nei corpi dei *vahumu*⁽²⁷⁾ erano una metafora del potere regale [...] Ma anche dopo questa risposta Lazaro Mmala protestò. In altre parole ciò che egli mi stava dicendo era questo: "Andiliki⁽²⁸⁾, le metafore non uccidono i vicini, gli uomini-leone invece sì!"» (WEST H. 2007: 25).

Epilogo. Riconoscimento e testimonianza

La storia di Georges è eloquente perché allude a molti dei profili che contraddistinguono le vicende migratorie, prima fra tutte quella che possiamo definire "riconfigurazione della soggettività". Ciò che egli sperimenta, ciò di cui mi parla, può essere interpretato, infatti, come una sorta di metamorfosi delle sue esperienze, *del suo corpo*. Il lavoro clinico di un'etnopsichiatria cauta accompagna questo faticoso processo, senza perdere di vista l'ambivalente relazione che i cittadini immigrati intrattengono spesso con il loro passato, la propria cultura e i vincoli culturali (la migrazione è un vero e proprio teatro dell'ambivalenza).

Tutto ciò però non ha molto a che vedere però con l'idea secondo cui l'etnopsichiatria avrebbe per obiettivo quello di garantire una "cittadinanza culturale" a chi l'ha perduta, o addirittura che il modello di terapia al quale essa s'ispira derivi dalla capacità di far affiorare nuovamente il background culturale di un paziente straniero o "almeno la rappresentazione" che essa ne avrebbe (GIORDANO C. 2008: 590). Il lavoro clinico al quale penso è sicuramente più complesso. Esso è interessato in primo luogo a pensare una clinica della cultura che – nell'occuparsi di un passato ferito e delle minacce che cingono d'assedio il presente di tanti pazienti immigrati – disegna una possibile "cura della storia" (BHABHA H. 2001: 33).

Parlare nella propria lingua madre, condividere i terrori sulle insidie derivanti da pratiche rituali come quella evocata nel caso di Georges o come quelle alle quali sono spesso sottoposte le donne vittime di tratta, abitare con altri i significanti che hanno scandito simili esperienze e impregnato la loro soggettività, la loro maniere di essere nel mondo, è la condizione per una nuova simbolizzazione di quelle esperienze: una simbolizzazione che preclude in molti casi alla dissoluzione del loro carattere minaccioso, a una loro traduzione in un diverso universo semantico e morale. L'etnopsichiatria critica vuole in definitiva l'opposto di un mero *ritorno* al contesto culturale d'origine, l'opposto di un grottesco – quanto impossibile – progetto rivolto a "rifare *altro* l'immigrato" (remake the immigrant *other*).

Nel consentire l'emergere di racconti relativi ad esenti passati, nel sollecitare ricordi di pratiche culturali che hanno esercitato un forte impatto traumatico in ragione del loro successo performativo (la produzione di condizioni di dipendenza e di assoggettamento, in particolare), la nostra prospettiva teorica è, per molti aspetti, vicina a quanto scrive GARRO (2000). È un lavoro diretto a rielaborare la natura di taluni legami simbolici, e ripensare altrimenti rapporti di dominio e di dipendenza quello che permette così a Georges di dire, nel corso di un incontro, "I miei genitori mi hanno confiscato!".

La scena della violenza politica, che aveva motivato la fuga dal paese e la richiesta di asilo, rimane per un momento sullo sfondo (non dimenticata: soltanto spostata all'interno di una nuova configurazione della propria memoria e delle proprie esperienze). Ciò che affiora in primo piano, grazie ad un racconto che ha potuto esplorare nei suoi termini relazioni personali, desideri, minacce, è piuttosto l'immagine della *violenza familiare e sociale* (una madre strega, un padre al quale era riconosciuto il potere di trasformarsi in animale, la presenza di poteri magici in seno alla famiglia con il suo corteo di immagini di morte...).

Solo a partire da un lavoro etnografico *denso* il dramma familiare può essere illuminato in ogni dettaglio: la consapevolezza che i suoi genitori gli hanno imposto i propri desideri, in particolare, e lo hanno "fabbri-cato"⁽²⁹⁾, attribuendogli poteri nei confronti dei quali egli era ad uno stesso tempo padrone e schiavo, soggetto e assoggettato. In una parola: lo hanno "confiscato".

E ora lui prova a prendere distanza da questo universo di relazioni ambivalenti, di promesse e minacce. Non che una scena, un'esperienza sia *più vera dell'altra*. Come per gli uomini-leone di cui scrive West, la "pantera nel corpo" di Georges esprime la somma di molte violenze, di molte forme di assoggettamento: la violenza della storia e quella della vita quotidiana. Sono queste le memorie incarnate, l'"immaginario incorporato" (CSORDAS T. 1990: 12) nei confronti dei quali molti immigrati si dibattono a lungo. Non abitano più del tutto quei mondi, quei legami, quelle metafore, ma non hanno ancora vinto la loro battaglia per creare e abitare un altro spazio. La migrazione è anche questo: una sfida tanto epistemologica quanto morale (SHWEDER R. 2003; BENEDUCE R. - TALIANI S. 2006). Riconoscere e contribuire a restaurare una *sovranità narrativa*, trasformare in *epica della sofferenza* quella che rischiava di rimanere mero sintomo (il ricorso alle immagini culturali dell'animale che abita nel suo corpo, i riferimenti ai poteri mistici dei suoi genitori e alle lotte condotte con i vicini), rendere in definitiva nuovamente pensabile la propria esperienza:

questo intende realizzare l'etnopsichiatria qui tratteggiata, attraverso il necessario riconoscimento di questi "passati accumulati" e di quelle giustapposizioni che caratterizzano l'orizzonte contemporaneo, abitando questi "spazi altri" e quelle eterocronie di cui narrano le esperienze e i sintomi di tanti immigrati⁽³⁰⁾.

La sofferenza di molti immigrati incontrati in questi anni mi sembra così ricalcare da vicino quella del paziente incontrato da Stefania Pandolfo in Marocco. Anche Reda, il giovane paziente incontrato dall'autrice in un ospedale psichiatrico, si muoveva fra diversi vocabolari del Sé e della sofferenza, fra loro incompatibili. La madre parlava di possessione da parte di un *jinn* (ma insieme si sentiva responsabile per le scene di violenza coniugale di cui il figlio era stato testimone da bambino). Quanto al paziente, egli invocava ("un richiamo paradossale") la legge, e chiedeva un avvocato che gli restituisse la libertà facendolo uscire dall'ospedale (PANDOLFO S. 2008: 330).

La riflessione dell'autrice è molto pertinente per le nostre considerazioni, soprattutto quando interroga criticamente le conclusioni dei lavori di un antropologo come Fassin (FASSIN D. 2001) da un lato, di uno psicanalista come Fethi Benslama (BENSLAMA F. 2002) dall'altro. A differenza di quanto possa esser detto dell'appello di taluni immigrati ai diritti sanciti dalle leggi degli stati europei, nel caso di Reda l'appello alle leggi, allo Stato moderno, evoca piuttosto uno "spazio di impossibilità", e suona "paradossale". Quell'appello non schiude, infatti, alcun reale "*access to citizenship because it rejects ties and affiliations and is instead spoken in an ambiguous utopian zone, where creation and loss are intertwined in the singularity of a marginal life*" (PANDOLFO S. 2008: 335).

L'Autrice prende però distanza anche dal modello proposto da Benslama (il ritorno alle tradizioni e all'Islam costituirebbe, secondo quest'ultimo, una regressione analoga alla fantasia psicotica di un ritorno alle origini), preferendo alla nozione di 'identità' quella di 'identificazione' (vi è qui un'intrigante prossimità con le posizioni di Hall (HALL S. 1996). L'identificazione allude, come ricorda Pandolfo sulla scorta di Freud, a un *passaggio incerto attraverso l'Altro*, nel corso del quale "l'Io è tanto fondato quanto revocato" (*the 'I' is both founded and revoked*) (PANDOLFO S. 2008: 337).

Quello che si è forse reso possibile nel caso di Georges, da tempo sereno e fortemente impegnato in attività di formazione e di lavoro, è un nuovo processo di identificazione, attraverso il quale egli ha potuto avviare un lavoro di ripensamento dei suoi legami familiari e culturali (dai quali

tuttavia sa di non essere ancora del tutto affrancato: per liberarsi da “quell’animale dentro”, dovrà chiedere l’autorizzazione al padre defunto, attraverso un rituale del quale si farà carico la nonna...). Quanto è stato realizzato, è stato possibile in primo luogo perché sono state create le opportune *condizioni di dicibilità*: perché le sue *memorie culturali* potessero essere raccontate senza percepire in chi lo ascoltava solo una preoccupazione diagnostica.

La psichiatria, che ha considerato in epoca coloniale questi discorsi come la prova di un pensiero primitivo, o, più recentemente, come mere “credenze” o “metafore”, non avrebbe potuto aiutare Georges a rielaborare e ri-simbolizzare esperienze, vincoli, paure, né avrebbe reso possibile, per dirla con Pandolfo, una nuova “articolazione di indicibili verità culturali” (*ivi*). E ciò anche quando si fosse spinta a immaginare i suoi discorsi come esempio di altri “idiomi della sofferenza”, dai quali sarebbero rimasti però espunti i nessi con relazioni di potere, legami di dipendenza e figure di assoggettamento. Un’etichetta diagnostica offerta da una psichiatria ancora pervasa da pregiudizi etnocentrici, quando non da razzismo e progetti egemonici (DEL VECCHIO GOOD M.-J. - GOOD J.B. 2003; CHANG F.D. 2003; HACKING I. 1996), non potrebbe garantire nessuna forma di riconoscimento. D’altronde, il riconoscimento di cui sono alla ricerca gli immigrati non ha nulla a che spartire nemmeno con quella nozione di “vittima” (vittima di tratta, ad esempio) spesso utilizzata nelle procedure assistenziali⁽³¹⁾.

L’etnopsichiatria critica non è, in definitiva, per nulla attratta dall’idea di ricondurre i pazienti stranieri alla loro presunta cultura di appartenenza, né intende “rifarli altri”. Tanto meno potrebbe essere questo l’obiettivo di un’etnopsichiatria che, ispirandosi a Fanon, è ben consapevole di come, tra gli effetti del colonialismo, vi sia stato proprio quello della “mummificazione culturale” (FANON F 1962)⁽³²⁾. Accanendosi ad ascoltare ed interrogare nei *loro* linguaggi esperienze complesse che parlano di rapporti di dominio, *impegnandosi nel costruire le condizioni della loro dicibilità*, essa è rivolta piuttosto a generare le premesse per curare quella “doppia impossibilità” di cui scrive Stefania Pandolfo. La cura degli immigrati (come l’etnografia della migrazione) non può che essere in definitiva, e per sua natura, ancorata ad una strategia rivolta a esplorare il ruolo della Storia *nella produzione tanto della differenza quanto della sofferenza*, e quella “storia del lavoro storico di destoricizzazione” (BOURDIEU P. 2001: 82) che cospira perché le sue espressioni *culturali o psichiche* appaiano oggettive o permanenti.

Note

⁽¹⁾ Cfr. l'analisi di Gone e Kirmayer per una sintesi dei problemi metodologici inerenti all'uso della nozione di "cultura" in psicopatologia e alla necessità di "decolonizzare la psichiatria". Gli autori insistono in particolare sulla necessità di concentrare l'attenzione più sull'esperienza e i mondi locali che non su presunte dimensioni culturali (GONE P.J. - KIRMAIER J.L. 2010: 86).

⁽²⁾ In relazione al valore dei sogni nelle società non occidentali, Fanon osservava puntualmente come ciò provasse, "intanto, che le società cosiddette pre-storiche attribuiscono una grande importanza all'inconscio" (FANON F, 1962[1961], p. 20).

⁽³⁾ "Costretto a cercare la conferma della sua stessa esistenza in categorie, termini e nomi di produzione non sua, il soggetto è alla ricerca di segni della sua esistenza al di fuori di se stesso, in un discorso che è, al tempo stesso, dominante e indifferente" (BUTLER J. 2005 [1997], p. 25).

⁽⁴⁾ Prendo a prestito questa formula da Giordana Charuty, che la utilizza a proposito del progetto teorico di Ernesto De Martino (CHARUTY G. 2015, in corso di stampa)

⁽⁵⁾ Un esempio altrettanto noto di questo scenario è stato l'intervento di Chirac quando, sempre nel 2005, si è visto costretto dalla mobilitazione politica interna e dalle reazioni di molti governi africani a ritirare l'articolo di legge sui presunti "benefici della colonia".

⁽⁶⁾ Sui problemi delle nuove configurazioni della famiglia straniera in Italia e la violenza delle istituzioni assistenziali o giuridiche, cfr. BENEDEUCE R. - TALIANI 2013; TALIANI S. 2012a. La vicenda di Eniola (pseudonimo), una donna nigeriana di cui scrive Simona Taliani nei lavori appena citati, è stata ripresa con il nome di "Miracle" nell'articolo di Alejandra Carreño Calderón, pubblicato nel presente numero.

⁽⁷⁾ In Italia la legge approvata nel 2006 contro tutte le forme di "mutilazione genitale" evidenzia la volontà di non concedere spazio alcuno agli argomenti sociali o culturali spesso invocati da taluni antropologi (PASQUINELLI C. 2007), mentre i gravi casi di violenza familiare ai danni di giovani donne di famiglie musulmane, sono stati spesso presentati dai media come la prova di un comportamento sostenuto dal riferimento alla tradizione e all'Islam, dimenticando però altri profili (cfr. anche SHWEDER R.A. 2005).

⁽⁸⁾ Un uomo che aveva ucciso il proprio vicino aveva affermato nel corso del processo che ciò cui aveva sparato era stato un animale, ossia *l'evidente stato nel quale aveva colto la vittima durante il processo di metamorfosi mistica*: ciò che aveva visto era pertanto già la prova che il vicino fosse effettivamente uno stregone, dotato, infatti, del potere di trasformarsi in un animale. Analoghi fatti sono riportati da SIEGEL (2006) in Indonesia, dove una folla inferocita aveva massacrato persone, solitamente immigrati, sospettate stregoneria, e ciò nella pressoché totale impunità. Altri esempi, relativi in particolare al rapporto fra stregoneria, famiglia e giustizia in Africa, sono riportati nei lavori di COMAROFF J. - COMAROFF H.J. (1993), GESCHIERE (1995) e di DE ROSNY (2005). La "cultura" non è d'altronde la sola variabile ad essere invocata nel corso dei processi penali. In India due giovani sono stati condannati per omicidio perché, secondo quanto emerso dai risultati di un test al quale erano stati sottoposti, il Beos (acronimo per *Brain Electric Oscillation Signature*), si è potuto stabilire che *quelle onde* rivelavano una "conoscenza esperienziale" di quanto accaduto, una conoscenza che – secondo gli esperti – poteva avere solo chi aveva materialmente organizzato il delitto... In Italia, un uomo di nazionalità algerina con una storia psichiatrica già abbastanza consistente, accusato di omicidio ai danni di un cittadino colombiano, ha visto invece notevolmente ridurre la pena dopo essere stato sottoposto a valutazione genetica e a "risonanza magnetica funzionale" (della sentenza si è occupata la rivista *Nature* del 30 ottobre 2009; sono grato a Diana Grandaliggio per quest'informazione). Cultura e natura giocano così ruoli incerti e, secondo i casi, possono essere invocate come "aggravanti" o come "attenuanti".

⁽⁹⁾ Nell'insieme essi mostrano come la questione della "bodily sovereignty" (ECKS S. 2004) costituisca un terreno decisivo per l'affermazione e il riconoscimento dei propri diritti, dal momento che esso prelude o è già espressione di una sovranità politica e/o culturale.

⁽¹⁰⁾ "Cittadinanza culturale" è per Rosaldo una formula intenzionalmente contraddittoria: un "ossimoro deliberato" (ROSALDO R. 1994a: 402), che l'autore propone in riferimento alla con-

dizione delle comunità chicane negli Stati Uniti. Secondo Rosaldo, la cittadinanza culturale ha a che vedere con chi “ha bisogno di essere visibile, essere ascoltato, e sentire di appartenere [a una comunità]” (ROSALDO R. 1999: 260). Un'altra formulazione proposta dallo stesso autore è la seguente: “Dal punto di vista delle comunità subordinate, la cittadinanza culturale offre la possibilità di legittimare richieste fatte nelle lotte per la propria emancipazione. Queste domande possono comprendere temi legali, politici o economici, questioni di dignità umana, benessere o rispetto, così come la costruzione di appropriate strategie di cura” (ROSALDO R. 1994b: 57; cfr. anche STENVESON N. 2003).

(11) I pazienti italiani si lamentavano di “influenzamenti della volontà, confusione mentale, sensazioni di trasformazione corporea, generale spossatezza, nonché di una condizione di avvilitamento e di paura con perdita di vitalità [...], interpretati come conseguenza di una fattura” (*ibid.*: 143).

(12) Cfr. le critiche di HACKING I. (1996) in riferimento alla personalità multipla e al “*Trance and possession disorder*”, o di YOUNG A. (1995) relativamente alle “tecnologie della diagnosi” e al PTSD, ad esempio. Cfr., sulla trance da possessione come memoria incorporata, anche BENEDEUCE R. (2015a).

(13) Sembra esserci qui quasi l'eco del commento che Fanon aveva formulato sul ruolo delle danze di possessione nel contesto coloniale. Non vi è qui per ragioni di spazio la possibilità di riflettere sul diverso ruolo attribuito da De Martino o Riso alle terapie rituali. Per ciò che riguarda il contesto coloniale, Fanon osservava come le danze di possessione operassero sì una neutralizzazione provvisoria (una messa fra parentesi immaginaria) dell'opprimente potere coloniale, ma al prezzo di mantenere tutto come prima: “Tramite il fatalismo, ogni iniziativa è tolta all'oppressore, giacché la cagione dei mali, della miseria, del destino appartiene a Dio [...]. Su di un altro versante vedremo l'affettività del colonizzato fiaccarsi in danze più o meno estatiche. Perciò uno studio del mondo coloniale deve necessariamente attendere alla comprensione del fenomeno della danza e della possessione. Il rilassamento del colonizzato, è appunto quell'orgia muscolare nel corso della quale la più acuta aggressività, la più immediata violenza vengono *incanalate, trasformate, cancellate* [...]. Tutto è permesso poiché, in realtà, non ci si riunisce se non per lasciare la libido accumulata, l'aggressività ostacolata, prorompere vulcanicamente. Messe a morte simboliche, cavalcate figurative, assassini molteplici immaginari, bisogna che tutto ciò venga fuori. I cattivi umori sciolgono via, fragorosi come colate di lava” (FANON F. 1962:19-22). Sarà solo nel corso della lotta anticoloniale, e “dopo anni d'irrealismo”, che i riti cesseranno di avere per effetto quello di tradurre in termini mitici i conflitti politici e la sofferenza disumana del dominio. Solo allora il colonizzato potrà finalmente lottare, secondo Fanon, contro le forze che “gli contestavano il suo essere”. In realtà una lettura attenta di questo passaggio suggerisce che, come Fanon stesso indica, il religioso è una strategia per resistere all'opprimente atmosfera di apocalisse che è la colonia, e per quanto inconscio, anche il ricorso a geni e zombi ha per effetto quello di neutralizzare, almeno sul piano dell'immaginario, il potere soverchiante del colono.

(14) Sembra quasi di sentire in queste parole l'eco delle considerazioni gramsciane sulle accuse rivolte agli “elementi dei gruppi subalterni”, che agli occhi delle élite avrebbero sempre “alcunché di barbarico e di patologico”, come nel caso di Lazzaretti (GRAMSCI A. 1977: 2279).

(15) Si tratta di una rozza quanto ambigua interpretazione “psicopatologica” di quella che fu un'autentica rivolta anticoloniale, come accadeva spesso in quell'epoca, quando a psichiatri o “etnopsichiatri” veniva chiesto di decifrare in chiave culturale o cinica quelle che erano proteste, azioni politiche, movimenti nazionalistici. Riprendendo il lavoro di McCulloch, Fassin ricorda che il contributo di Carothers segna, di fatto, l'ingresso dell'etnopsichiatria sulla scena politica. Non si tratta tuttavia di un fatto isolato, tutt'altro. In Marocco come già in Indocina, negli anni Cinquanta, il governo Francese si avvale del contributo di antropologi culturali e di “etnopsichiatri” come Porot nel condurre la sua Azione Psicologica (KELLER R. 2007: 152-160). Vi è tuttavia un altro episodio che permette di retrodatare questo ingresso dell'etnopsichiatria sulla scena politica. Si tratta del lavoro di Octave Mannoni, *Psychologie de la colonisation*, redatto su invito del governo francese per dar conto della rivolta malgascia del 1947.

(16) «Si chiameranno politiche dell'etnopsichiatria le configurazioni che congiungono le pratiche discorsive che enunciano la verità della personalità dell'Altro, nella sua irriducibile differenza,

e le modalità operatorie attraverso le quali sono trattate le devianze di presunta natura psicopatologica, e ciò non solo nel colloquio terapeutico ma anche nell'amministrazione quotidiana delle popolazioni» (FASSIN D. 2000: 238-239).

⁽¹⁷⁾ «Quale folle demiurgo, quale alchimista delirante è arrivato ad immaginare che una famiglia poteva, nello spazio di qualche anno, abbandonare un sistema che aveva assicurato la sua omeostasi psichica per generazioni [...]. Nelle società a forte emigrazione bisogna favorire i ghetti – sì, lo dico forte e chiaro –, favorire i ghetti senza mai obbligare una famiglia ad abbandonare il proprio sistema culturale» (NATHAN T. 1994: 216).

⁽¹⁸⁾ Riprenderò più innanzi questa critica là dove Jaffré menziona la questione delle metafore. Concordo tuttavia con l'analisi che egli fa della nozione di *diatigè* per aver utilizzato io stesso una traduzione di questa nozione analoga a quella da lui proposta (BENEDUCE R. 1996).

⁽¹⁹⁾ Piot, nell'analizzare le contemporanee culture dell'inganno e della fabbricazione identitaria in Africa Occidentale, e nel sottolineare accanto al ruolo degli studi postcoloniali il ruolo spesso trascurato della fine dell'epoca della Guerra Fredda in questi studi oggi egemonici nel panorama della letteratura antropologica, scrive efficacemente sui nuovi immaginari in cui "i futuri stanno sostituendo il passato come riserva culturale" PIOT C. 2010: 16-17), e soprattutto su quell'insopprimibile "desiderio di esilio" che alimenta molti progetti migratori, come la mia stessa ricerca a Torino o nei campi dei braccianti stagionali di Nardò non cessa di confermarmi da tempo (cfr. BENEDUCE R. 2015b; TALIANI S. 2015).

⁽²⁰⁾ Sulla nozione di diaspora, si veda invece l'articolo di CLIFFORD J. 1994.

⁽²¹⁾ Una densa analisi di questi mutamenti è offerta da LUEDKE T.J. - WEST H.J. (2006).

⁽²²⁾ PLATT (2001) offre un esempio particolarmente efficace di come un'etnografia storicamente orientata consenta di cogliere nelle attuali rappresentazioni culturali del feto e del parto le trasformazioni storiche dei miti andini, al di là della classica opposizione fra interpretazioni essenzialiste e ibridiste della società locale. Un tale approccio si rivela utile nell'analisi dei temi della stregoneria fra gli immigrati (si veda più innanzi).

⁽²³⁾ Fanon fonda, di fatto, un'etnopsichiatria critica anche a partire dalla condanna delle grottesche concezioni etnopsichiatriche del tempo (FANON F. 2011b). I suoi scritti costituiscono come i prolegomeni di una *fenomenologia politica del corpo* fra i dominati (FANON F. 2008; BENEDUCE R. 2011).

⁽²⁴⁾ Queste espressioni sono tratte da (GIORDANO C. 2008: 598). L'autrice ritornerà poi in un ampio e articolato lavoro su questi temi, offrendo un'analisi decisamente più ricca dell'etnopsichiatria italiana e dei suoi obiettivi (GIORDANO C. 2014).

⁽²⁵⁾ Cfr. anche SAMARIN J.W. (1958).

⁽²⁶⁾ Sulle sfide poste da altre ontologie, mi limito qui a citare (da una letteratura già estesissima) BONELLI C. (2012) e VIVEIROS DE CASTRO E. (1998, 2004).

⁽²⁷⁾ In lingua shimakonde il termine indica il mediatore di conflitti e il consigliere rituale all'interno del matrilineaggio makonde (WEST H.J. 2005: 275).

⁽²⁸⁾ Questo è il nome che Harry West aveva ricevuto dai suoi interlocutori.

⁽²⁹⁾ Su rituali di questo genere in Camerun, per lo più associati ai poteri della stregoneria, si veda BENEDUCE R. (2010) e TALIANI S. (2006). È legittimo pensare a queste pratiche di fabbricazione degli individui anche come forme di *assoggettamento* nel senso foucaultiano del termine: un assoggettamento inevitabile, che passa attraverso la stessa domanda di riconoscimento del Soggetto per mezzo di categorie che non è stato però lui a coniare. Judith Butler osserva a questo proposito: "Costretto a cercare la conferma della sua stessa esistenza in *categorie, termini e nomi di produzione non sua*, il soggetto è alla ricerca di *segni della sua esistenza al di fuori di se stesso, in un discorso che è, al tempo stesso, dominante e indifferente. Le categorie sociali sono segno, contemporaneamente, di subordinazione e di esistenza*. In altre parole il prezzo dell'esistenza all'interno della soggettivazione è la subordinazione. Il soggetto insegue la promessa di esistenza insita nella subordinazione proprio nel momento in cui la scelta è impossibile. Tale ricerca non è una scelta, ma non è nemmeno una necessità" (BUTLER J. 2005: 25) [il corsivo è mio, RB]. Kelly Oliver ha però criticato questo approccio alla nozione di soggettivazione e di soggettività (OLIVER K. 2001). Limiti di spazio

m'impediscono di prendere qui in esame questo dibattito, fondamentale per comprendere le forme di dipendenza e di soggettivazione che si producono nel corso di esperienze come quelle della migrazione, dove esperienze di violenza, di coercizione e di servitù volontaria s'intrecciano secondo modi inattesi. Di questo dibattito riprendo solo un'idea, che ha ispirato le mie considerazioni sulla vicenda di Georges e degli altri immigrati i cui sogni, paure, incertezze, incubi sono stati evocati: l'importanza di considerare questi discorsi anche come *testimonianze*.

⁽³⁰⁾ Queste espressioni sono, come è noto, di Foucault. Per taluni di questi aspetti rinvio a BENEDUCE R. (2015c).

⁽³¹⁾ In un lavoro che vorrebbe esplorare i rischi dell'etnopsichiatria, stupisce che l'autrice non indaghi scrupolosamente anche le attitudini degli psichiatri o delle istituzioni pubbliche e religiose nei confronti degli immigrati e, nel caso particolare della sua ricerca, nei confronti di donne africane vittime di tratta, verso le quali commenti di tipo razzista o giudizi moralistici sono purtroppo quanto mai frequenti.

⁽³²⁾ Sulla nozione di stereotipo coloniale come forma di feticismo, cfr. BHABHA H. (2001).

Bibliografia

- AA.VV. (1981), *La notion de personne en Afrique noire*, Institut d'Ethnologie, Paris.
- BARRY Aboubacar (2001), *Le corps, la mort et l'esprit du lignage. L'ancêtre et le sorcier en clinique africaine*, L'Harmattan, Paris.
- BASTIDE Roger (1981 [1966]), *Sociologia delle malattie mentali*, La Nuova Italia, Firenze (ediz. orig.: *Sociologie des maladies mentales*, Flammarion, Paris, 1966).
- BASTIDE Roger (1976 [1972]), *Sogno trance folia*, Jaca Book, Milano [ediz. orig.: *Le rêve, la transe et la folie*, Flammarion, Paris, 1972].
- BENEDUCE Roberto (1996), *Mental disorders and traditional healing systems among the Dogon (Mali, West Africa)*, "Transcultural Psychiatry", vol. 33, n. 2, 1996, pp. 189-220.
- BENEDUCE Roberto (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
- BENEDUCE Roberto (2008), *Undocumented bodies, burned identities. Refugees, "sans papier". Harraga: when things fall apart*, "Social Science Information/Information sur les Sciences Sociales", vol. 47, n. 4, 2008, pp. 505-527.
- BENEDUCE Roberto (2010), *Corpi e saperi indocili. Guarigione, potere e stregoneria in Camerun*, Bollati Boringhieri, Torino.
- BENEDUCE Roberto (2011), *La tormenta onirica. Fanon e le radici di un'etnopsichiatria critica. Frantz Fanon*, pp. 7-70, in BENEDUCE Roberto (curatore), *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, Ombre Corte, Verona, 2011.
- BENEDUCE Roberto (2015a), *L'histoire au corps. États "non ordinaires" de conscience et archives incorporées dans les cultes de possession en Afrique*, Academic Press, Fribourg (in corso di stampa).
- BENEDUCE Roberto (2015b), *Come ricordano i rifugiati? Archivi postcoloniali del dolore e della speranza*, <http://www.postcolonialitalia.it/index.php?lang=it>
- BENEDUCE Roberto (2015c), *Fra angoscia e volontà di storia. Note sulle orme di Ernesto de Martino*, "Aut Aut", n. 366 [in corso di stampa]
- BENEDUCE Roberto - MARTELLI Pompeo (2005), *Politics of healing and politics of culture. Ethnopsychiatry, identities and migration*, "Transcultural Psychiatry", vol. 42, n. 3, 2005, pp. 367-393.
- BENEDUCE Roberto - TALIANI Simona (2006), *Embodied powers, deconstructed bodies. Spirit possession, sickness, and the search for wealth in Nigerian migrant women*, "Anthropos", vol. 106, n. 2, 2006, pp. 429-449.

- BENEDEUCE Roberto - TALIANI Simona (2013), *Les archives introuvables. Technologies de la citoyenneté, bureaucratie et migration*, pp. 231-261, in HIBOU Béatrice (curatrice), *La bureaucratisation néolibérale*, La Découverte, Paris, 2013.
- BENJAMIN Walter (1962 [1955]), *Angelus Novus. Saggi e frammenti*, Einaudi, Torino (ediz. orig.: *Schriften*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 1955).
- BENSLAMA Fethi (2002), *La psychanalyse à l'épreuve de l'Islam*, Aubier, Paris.
- BHABHA Homi, (2001 [1994]), *I luoghi della cultura*, Meltemi, Roma [ediz. orig.: *The location of culture*, Routledge, New York - London, 1994].
- BONELLI Cristobal (2012). *Ontological disorders. Nightmares, psychotropic drugs and evil spirits in southern Chile*, "Anthropological Theory", vol. 12, n. 4, 2012, pp. 407-426.
- BOURDIEU Pierre, (1995 [1994]) *Ragioni pratiche*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Seuil, Paris, 1994].
- BOURDIEU Pierre (2001 [1998]), *Il dominio maschile*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *La domination masculine*, Seuil, Paris, 1998].
- BOURDIEU Pierre (2002 [1999]), Prefazione, pp. 9-14, a SAYAD Abdelmalek, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Cortina, Milano [ediz. orig.: Préface, pp. 3-10, a SAYAD Abdelmalek, *La double absence. Des illusions de l'emigré aux souffrances de l'immigré*, Plon, Paris, 1999].
- BUTLER, Judith (2005 [1997]), *La vita psichica del potere*, Meltemi, Roma [ediz. orig.: *The psychic life of power*, Stanford University Press, Stanford, 1997].
- CHANG F. Doris (2003), *An introduction to the politics of science. Culture, race, ethnicity, and the Supplement to the Surgeon General Report on Mental Health*, "Culture, Medicine & Psychiatry", vol. 27, n. 4, 2003, pp. 373-383.
- CLIFFORD James (1994), *Diasporas*, "Cultural Anthropology", vol. 9, n. 3, 1994, pp. 302-338.
- COMAROFF H. John - COMAROFF Jean (1992), *Ethnography and the historical imagination*, Westview Press, Boulder - San Francisco - Oxford.
- COMAROFF Jean - COMAROFF H. John (curator) (1993), *Modernity and its malcontents. Ritual and power in postcolonial Africa*, University of Chicago Press, Chicago - London.
- COMAROFF H. John - COMAROFF Jean (2004), *Criminal justice, cultural justice. The limits of liberalism and the pragmatics of difference in the new South Africa*, "American Ethnologist", vol. 31, n. 2, 2004, pp. 188-204.
- CSORDAS J. Thomas (1994), *Embodiment as a paradigm for anthropology*, "Ethos", vol. 18, n. 1, 1994, pp. 5-47.
- CSORDAS J. Thomas (1994), *The sacred self. A cultural phenomenology of charismatic healing*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.
- DE CERTEAU Michel (2007), *La presa della parola e altri scritti politici*, Meltemi, Roma.
- DEL VECCHIO-GOOD Mary-Jo, GOOD Byron (2003), *Introduction. Culture in the politics of mental health research*, "Culture, Medicine & Psychiatry", vol. 27, n. 4, 2003, pp. 369-371.
- DE MARTINO Ernesto (1961), *La terra del rimorso*, Il Saggiatore, Milano.
- DE MARTINO Ernesto (1977), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, a cura di GALLINI C. e MASSENZIO M., Einaudi, Torino.
- DE MARTINO Ernesto (2001), *Storia e metastoria. I fondamenti di una teoria del sacro*, a cura di Masenzio M., Argo, Lecce.
- DE ROSNY Eric (1981), *Les yeux de ma chèvre*, Plon, Paris.
- DE ROSNY Eric (2005) (curatore), *Sorcellerie et justice*, Karthala, Paris.
- DEVEREUX Georges (1973 [1970]), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma [ediz. orig.: *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris, 1970].

- DEVEREUX Georges (1980 [1967]), *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto dell'Enciclopedia Treccani, Roma [ediz. orig.: *From anxiety to method in the behavioral sciences*, Mouton, The Hague, 1967].
- ECKS Stephan (2004), *Bodily sovereignty as political sovereignty: 'self-care' in Kolkata, India*, "Anthropology and Medicine", vol. 11, n. 1, 2004, pp. 75-89.
- FANON Frantz (1962 [1961]), *I dannati della terra*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Les damnés de la terre*, Maspero, Paris, 1961].
- FANON Frantz (1996 [1952]), *Pelle nera, maschere bianche*, Maratea, Milano [ediz. orig.: *Peau noire, masques blancs*, Seuil, Paris, 1952].
- FANON Frantz (2007a [1964]), *Per la rivoluzione africana*, Roma, Deriveapprodi [ediz. orig.: *Pour la révolution africaine*, Paris, Maspero, 1964].
- FANON Frantz (2007b [1959]), *L'anno V della Rivoluzione* [ediz. orig.: *L'an V de la Révolution*, Maspero, Paris, 1959].
- FANON Frantz (2011a [1952]), *La sindrome nordafricana*, pp. 92-103, in BENEDEUCE Roberto (introduzione e cura di) *Frantz Fanon. Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Le syndrome nordafricain*, "Esprit", n. 187, 1952, pp. 237-251].
- FANON Frantz (2011b [1955]), *Considerazioni etnopsichiatriche*, pp. 137-141, in BENEDEUCE Roberto (introduzione e cura di) *Frantz Fanon. Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, Verona, Ombre corte [ediz. orig. *Considérations ethnopsychiatriques*, "Consciencias maghribines", n. 3, 1955, pp. 7-9].
- FANON Frantz - LACATON R., (2011 [1955]), *Condotte di confessione in Nordafrica*, pp. 123-126, in BENEDEUCE Roberto (introduzione e cura di) *Frantz Fanon. Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Les conduites d'aveu en Afrique du Nord* (Congrès de psychiatrie et neurologie de langue française, LIII), Nizza, 1955, pp. 657-660].
- FANON Frantz - GERONIMI Claude (2011 [1956]), *Il TAT con donne musulmane. Sociologia della percezione e dell'immaginazione*, pp. 142-146, in BENEDEUCE Roberto (introduzione e cura di) *Frantz Fanon. Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Le TAT chez la femme musulmane. Sociologie de la perception et de l'imagination* (Congrès des médecins aliénistes et neurologues de France et des Pays de langue française, 30 août - 4 septembre 1956)].
- FASSIN Didier (2000), *Les politiques de l'ethnopsychiatrie La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes*, "L'Homme", vol. 153, 2000, pp. 231-250.
- FASSIN Didier (2001), *The biopolitics of otherness. Undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate*, "Anthropology Today", vol., 17, n. 1, 2001, pp. 3-7.
- FIELD J. Margaret (1960), *Search for security. An ethnopsychiatric study in rural Ghana*. Northwestern University Press, Evanston.
- FOUCAULT Michel (1984 [1967]), *Des espaces autres*, pp. 1571-1581, in Michel FOUCAULT, *Dits et écrits II, 1976-1984*, Seuil, Paris, 1984.
- JAFFRÉ Yannick (1996), *L'interprétation sauvage. Compte rendu du livre de Tobie Nathan, L'influence qui guérit*, "Enquête", n. 3, 1996, pp. 177-190.
- GARRO C. Linda (2000), *Cultural knowledge as a resource in illness narratives. Remembering through accounts of illness*, pp. 70-87, in MATTINGLY Cheryl - GARRO C. Linda (curatori), *Narrative and cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley.
- GARRO C. Linda (2003), *Narrating troubling experiences*, "Transcultural Psychiatry", vol. 40 n. 1, 2003, pp. 5-43.
- GEERTZ Clifford (1973), *The interpretation of cultures*, Basic, New York.
- GESCHIERE Peter (1995), *Sorcellerie et politique en Afrique*, Karthala, Paris.
- GIBSON C. Nigel (1993), *Fanon. The postcolonial imagination*, Polity Press, New York.
- GIORDANO Cristiana (2008), *Practices of translation and the making of migrant subjectivities in contemporary Italy*, "American Ethnologist", vol. 35, n. 4, 2008, pp. 588-606.

GIORDANO Cristiana (2014). *Migrants in translation. Caring and the logics of difference in contemporary Italy*. University of California Press, Berkeley.

GONE P. Joseph - KIRMAYER J. Laurence (2010), *On the wisdom of considering culture and context in psychopathology*, pp. 72-96, in MILLON Theodore - KRUEGER Robert F. - SIMONSEN Erik (curatori), *Contemporary directions in psychopathology. Scientific foundations of DSM-IV and ICD-11*, The Guilford Press, New York.

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

GRAMSCI Antonio (1977) *Quaderni del carcere. Quaderni 12-29*, Edizione critica dell'Istituto Gramsci, a cura di Valentino GIARRATANA, Einaudi, Torino.

HACKING Ian (1996 [1995]), *La riscoperta dell'anima. Personalità multiple e scienze della memoria*, Feltrinelli, Milano (ediz. orig.: *Rewriting the soul. Multiple personality and the sciences of memory*, Princeton University Press, Princeton, 1995).

HALL Stuart (1996), *Who needs identity?*, pp. 1-17, in HALL Stuart - DU GAY Paul (curatori) *Questions of cultural identity*, Sage, London.

HALL Stuart (1997), *Subjects in history. Making diasporic identities*, pp. 289-299, in WAHNEEMA Lubiano (curatore), *The house that race built*, Pantheon Books, New York - London.

HALLEN B. - SODIPO J.O. (1986), *Knowledge, belief and witchcraft. Analytic experiments in African philosophy*, Ethnographica, London.

HARRIES K. (1978), *The many uses of metaphor*, "Critical Inquiry", vol. 5, n. 1, 1978, pp. 165-174.

INDA Jonathan Xavier (2006), *Targeting immigrants. Government, technology, and ethics*, Blackwell Publishing, Malden - Oxford - Victoria.

JENKINS Janis H. (1988), *Ethnopsychiatric interpretations of schizophrenic illness. The problem of nervios within Mexican-American families*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", vol. 12, n. 3, 1988, pp. 301-330.

KELLER Richard K. (2007), *Colonial madness. Psychiatry in French North Africa*, The University of Chicago Press, Chicago.

KHATIBI Abdelkérîm (1983), *Maghreb pluriel*, Denoël, Paris.

Kirmayer J. Laurence (1992), *The body's insistence on meaning. Metaphor as presentation and representation in illness experience*, "Medical Anthropological Quarterly", vol. 6, n. 4, 1992, pp. 323-346.

KIRMAYER J. Laurence (2004), *The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism*, "British Medical Bulletin", n. 69, n. 1, 2004 pp. 33-48.

KIRMAYER J. Laurence (2008), *Empathy and alterity in cultural psychiatry*, "Ethos", vol. 36, n. 4, 2008, pp. 457-474.

KIRMAYER J. Laurence (2012), *Rethinking cultural competence*, "Transcultural Psychiatry", vol. 49, n. 2, 2012, pp. 149-164.

KLEINMAN Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, Berkeley.

KLEINMAN Arthur - GOOD Byron (1985), *Culture and depression. Studies in anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles.

LACHENAL Guillaume (2010), *Le médecin qui voulut être roi. Médecine coloniale et utopie au Cameroun*, "Annales HSS", vol. 65, n. 1, 2010, pp. 121-156.

LANTERNARI Vittorio (1960), *Movimenti religiosi di libertà e di salvezza dei popoli oppressi*, Editori Riuniti, Roma.

LANTERNARI Vittorio (2000), *Da Ernesto de Martino a Michele Riso. Nota su Sortilegio e delirio di Riso e Böker*, pp. 11-22, in RISO Michele - BÖKER Wolfgang, (2000 [1964]), *Sortilegio e delirio. Psicopatologia delle migrazioni in prospettiva transculturale*, ediz. ital. a cura di LANTERNARI Vittorio

- DE MICCO Virginia - CARDAMONE Giuseppe, Liguori, Napoli 2000 [ediz. orig.: *Verhexungswahn*, Arnolf Böchlin, Basel, 1964).

LEBIGOT François - MONGEAU André (1982), *L'Afrique a des secrets. Questions sur la place de l'ethnographie dans la pratique psychiatrique en Afrique*. 1. *Observations commentaires de deux malades Sénoufo*. 2. *La relation interculturelle et l'ethnographie*, "Psychopathologie Africaine", vol. XVIII, n. 1, 1982, pp. 8-57.

LUCAS H. Rodney - BARRETT J. Robert (1995), *Interpreting culture and psychopathology. Primitivist themes in cross-cultural debate*, "Culture Medicine, Psychiatry", vol. 19, n. 3, 1995, pp. 287-326.

LUEDKE J. Tracy - WEST G. Harry (2006), *Borders and healers. Brokering therapeutic resources in Southeast Africa*, Indiana University Press, Bloomington - Indianapolis.

MBEMBE Achille (1997), *La naissance du maquis dans le Sud-Cameroun (1920-1960)*, Paris, Karthala.

MCCULLOCH Jock (1995), *Colonial psychiatry and the African Mind*, Cambridge University Press, Cambridge.

MEZZADRA Sandro (2006), *Diritto di fuga. Migrazioni cittadinanza globalizzazione*, Ombre Corte, Verona.

NATHAN Tobie (1993), *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était*, La Pensée Sauvage, Grenoble.

NATHAN Tobie (1994), *L'influence qui guérit*, Éditions Odile Jacob, Paris.

NATHAN Tobie (2000), *L'héritage du rebelle. Le rôle de Georges Devereux dans la naissance de l'ethnopsychiatrie clinique en France*, "Ethnopsy. Les mondes contemporains de la guérison", vol. 1, n. 1, 2000, pp. 197-226.

OLIVER Keith (2001), *Wittnessing. Beyond recognition*, University of Minnesota Press, Minneapolis.

ONG Aihwa (1996), *Cultural citizenship as subject making. Immigrants negotiate racial and cultural boundaries in the United States*, "Current Anthropology", vol. 37, n. 5, 1996, pp. 737-762.

ONG Aihwa (2002), *Neoliberalism as exception. Mutations in citizenship and sovereignty*, Duke University Press, Durham.

PANDOLFO Stefania (1997), *Impasse of the angels. Scenes from a Moroccan space of memory*, The University of Chicago Press, Chicago - London.

PANDOLFO Stefania (2008), *The knot of the soul. Postcolonial conundrums, madness, and the imagination*, pp. 329-358, in DEL VECCHIO GOOD Mary-Jo - HYDE Sandra Teresa - PINTO Sarah - GOOD J. Biron (curatori), *Postcolonial disorders*, The University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.

PASQUINELLI Carla (2007), *Infibulazione. Il corpo violato*. Roma, Meltemi.

PIOT Charles (2010), *Nostalgia for the future. West Africa after the Cold war*, The University of Chicago Press, Chicago.

PLATT Tristan (2001), *El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes*, "Anuario de Estudios Americanos", vol. LVIII, n. 2, 2001, pp. 633-678.

RISSO Michele - BÖKER Wolfgang, (2000 [1964]), *Sortilegio e delirio. Psicopatologia delle migrazioni in prospettiva transculturale*, a cura di LANTERNARI Vittorio - DE MICCO Virginia - CARDAMONE Giuseppe, Liguori, Napoli [ediz. orig.: *Verhexungswahn*, Arnolf Böchlin-Strasse, Basel, 1964].

ROSALDO Renato (1994a), *Cultural citizenship and educational democracy*, "Cultural Anthropology", vol. 9, n. 3, 1994a, pp. 402-411.

ROSALDO Renato (1994b), *Cultural citizenship in San Jose*, PoLAR (Political and Legal Anthropological Research), vol. 17, n. 2, 1994b, pp. 57-63.

ROSALDO Renato (1999), *Cultural citizenship, inequality, and multiculturalism*, pp. 253-261, in TORRENS D. Rodolfo - MIRÓN F. Louis - INDA Jonathan Xavier (curatori), *Race, identity and citizenship*, Blackwell, Oxford.

ROSALDO Renato (2003), *Introduction. The borders of belonging*, pp. 1-15, in ROSALDO Renato (curatore), *Cultural citizenship in island Southeast Asia: nation and belonging in the hinterlands*, The University of California Press, Berkeley.

- SAMARIN J. William (1958), *The Gbaya languages*, "Africa. Journal of the International African Institute", vol. 28, n. 2 1958, pp. 148-155.
- SAADA E. (2000), *Abdelmalek Sayad and La double absence. Toward a total sociology of immigration*, "French Politics, Culture & Society", vol. 18, n. 1, 2000, pp. 28-47.
- SAYAD Abdelmalek (1993), *Naturels et naturalisés*, "Actes de la Recherche en Sciences Sociales", n. 99, settembre 1993, pp. 26-28.
- SAYAD Abdelmalek (2002 [1999]), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Cortina, Milano [ediz. orig.: *La double absence. Des illusions de l'emigré aux souffrances de l'immigré*, Plon, Paris, 1999].
- SAYAD Abdelmalek (2006), *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité. 2. Les enfants illégitimes*, Éditions Raison d'Agir, Paris.
- SHWEDER Richard A. (2003) *The moral challenge in cultural migration*, pp. 259-294, in FONER Nancy (curatore), *American arrivals. Anthropology engages the new immigration*, School of American Research Press, Santa Fe.
- SHWEDER Richard A. (2005) *When cultures collide. Which rights? Whose tradition of values? A critique of the global anti-FGM campaign*, pp. 181-199, in EISGRUBER Christopher L. - SAJÓ András (curatori), *Global justice and the bulwarks of localism. Human rights in context*, Martinus Nijhoff Publishers, Leiden - Boston.
- SHWEDER Richard A. - BOURNE J. Edmund (1982), *Does the concept of person vary cross-culturally?*, pp. 97-137, in MARSELLA J. Anthony - WHITE George (curatori), *Cultural conceptions of mental health and therapy*, Reidel, Dordrecht.
- SIEGEL James (2006), *Naming the witch*, Stanford University Press, Stanford.
- STENVESON Nick (2003), *Cultural citizenship. Cosmopolitan questions*, Open University Press, Maidenhead.
- SCHURMANS A. (1971), *Significations psychodynamiques et fonctions culturelles des interprétations traditionnelles wolof des maladies mentales*, "Psychopathologie Africaine", vol. VII, n. 1, 1971, pp. 57-100.
- TALIANI Simona (2006), *Il bambino e il suo doppio. Malattia, stregoneria e antropologia dell'infanzia in Camerun*, Franco Angeli, Milano (collana Scienze e salute)
- TALIANI Simona (2012a), *I prodotti dell'Italia: figli nigeriani tra tutela, diritto e amore materno (molesto?)*, "Minorigiustizia", n. 2, 2012, pp. 39-53.
- TALIANI Simona (2012b), *Coercion, fetishes and suffering in the daily lives of young Nigerian women in Italy*, "Africa", vol. 82, n. 4, 2012, pp. 579-608.
- TALIANI SIMONA (2015), *Immagini di caos*, "Aut Aut", 366 [in corso di stampa]
- THEIDON Kimberly (2005), *Intimate enemies. Toward a social psychology of reconciliation*, pp. 211-228, in FITZDUFF Mary - STOUT Chris E. (curatori), *The psychology of resolving global conflicts. From war to peace*, vol. II. *Group and social factors*, Praeger Security International, Westport (Connecticut) - London, 2005.
- VAUGHAN Megan (1991), *Curing their ills. Colonial power and African illness*. Polity Press, Cambridge.
- VILAÇA Aparecida (2011), *Dividuality in Amazonia. God, the devil, and the constitution of personhood in Wari Christianity*, "Journal of Royal Anthropological Institute", n.s., n. 17, 2011, pp. 243-262.
- VIVEIROS DE CASTRO Edoardo (1998), *Cosmological deixis and Amerindian perspectivism*, "Journal of the Royal Anthropological Institute", n.s., vol. 4, n. 3, 1998, pp. 469-488.
- VIVEIROS DE CASTRO Edoardo (2004), *Exchanging perspectives. The transformation of objects into subjects in Amerindian Ontologies*, "Common Knowledge", vol. 10, n. 3, 2004, pp. 463-484.
- WEST Harry (2005), *Kupilikula. Governance and the invisible realm in Mozambique*, The University of Chicago Press, Chicago - London.
- WEST Harry (2007), *Ethnographic sorcery*, The University of Chicago Press, Chicago - London.
- WOOLF Virginia (1935), *A room of one's own*, Leonard and Virginia Woolf, London.

YOUNG Allan (1995), *The harmony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*, Princeton University Press, Princeton.

ZAJDE Nathalie (2011), *Psychotherapy with immigrant patients in France. An ethnopsychiatric perspective*, «Transcultural Psychiatry», vol. 48, n. 3, 2011, pp. 187-204.

ZEMPLÉNI Andras (1968), *Les thérapeutiques traditionnelles chez les Wolof et les Lebou du Sénégal* (thèse de troisième cycle, Sorbonne, Paris).

Scheda sull'Autore

Roberto Beneduce è nato a Napoli il 26 ottobre 1957. Consegue la laurea in Medicina e chirurgia (1981, Napoli), con una tesi sui disturbi psicosomatici, e la specializzazione in Psichiatria (1985, Napoli), con una tesi sulla psicoterapia di Palo Alto (pubblicata poi con il titolo *Strategie del disincanto. La psichiatria americana fra Lakeville e Palo Alto*, Salerno, 1987). Lavora negli ospedali psichiatrici e nei servizi di salute mentale territoriali di Napoli (sotto la direzione di Sergio Piro), Collegno e Torino (con Agostino Pirella prima, con Luigi Tavolaccini poi), continuando ad occuparsi della storia e dell'epistemologia della psichiatria. Psicoterapeuta, partecipa a un corso di Medicina tropicale (Brescia) e diventa membro della *Società italiana di antropologia medica*; comincia nel 1988 le sue ricerche in etnopsichiatria ed etnomedicina all'interno di un progetto di cooperazione in Mali, Altopiano Dogon (tali ricerche, condotte autonomamente all'interno della Missione etnologica italiana in Africa Subsahariana dal 2006, sono tuttora in corso). Nel 1996 fonda a Torino il Centro Frantz Fanon, primo centro di ricerca e di clinica etnopsichiatrica in Italia rivolto a immigrati, rifugiati, vittime di tortura. Svolge attività di ricerca e consulenza per agenzie delle Nazioni Unite sui temi della violenza, dell'infanzia, della salute mentale e della guerra (in Eritrea, Etiopia, Albania e Mozambico). Terminato il Dottorato in antropologia ed etnologia a Parigi, presso l'EHESS (sotto la direzione di Marc Augé), con una tesi sulla trance e la possessione in Africa, intraprende una nuova ricerca nel Camerun meridionale (2001-2007). Nel 2004-2005 è coordinatore – per la Repubblica Democratica del Congo – di una ricerca internazionale sulle atrocità e i crimini di massa (Ford Foundation, New York e Faculté des sciences politiques - CERI, Paris), svolgendo ricerche in Ituri e in Kivu. Dal 2000 è professore associato di Antropologia dell'Università di Torino (Dipartimento di cultura, politica e società), dove tiene corsi di Antropologia medica, Antropologia della violenza, Etnopsicologia, Etnografia, Antropologia psicologica. È stato *visiting professor* presso le università di Cartagena de Indias (Universidad de San Buenaventura, 2010), California (Berkeley, 2012), Libreville (2013) e Tolosa (2014). La sua attività di ricerca è essenzialmente caratterizzata da tre assi: antropologia della migrazione e della violenza; analisi delle trasformazioni dei sistemi medici tradizionali; rapporti fra antropologia e psicoanalisi.

Riassunto

Una "differenza intrattabile". Credenze, metafore ed esperienza nella cura degli immigrati.

Un virulento dibattito ha accompagnato in questi anni le questioni dell'interpretazione e della cura della sofferenza psichica nella popolazione immigrata. Quale fosse il posto da assegnare alla 'differenza culturale', quale potesse essere il contributo dell'antropologia medica e dell'etnopsichiatria, quale forma di assistenza si rivelasse più appropriata, hanno costituito domande ricorrenti all'origine di una letteratura quanto mai estesa, che ha però avuto il difetto di trascurare spesso la posta in gioco politica di tali domande, concernenti ad esempio il tema dei diritti e della cittadinanza, la questione del riconoscimento e del potere, l'ombra di una violenza epistemologica che ignorava altre forme di esperienza e di sapere.

Le questioni trattate nelle mie considerazioni sono essenzialmente due. La prima concerne lo statuto della *differenza culturale* nell'interpretare e nel curare la sofferenza di coloro che provengono da altre realtà sociali, storiche, economiche o morali, e adottano spesso idiomi della malattia radicati all'interno di altri modelli di esperienza, di Sé o di "persona". La seconda questione riguarda invece le nuove forme di soggettivazione, di "scrittura di sé" che vanno delineandosi, talvolta proprio attraverso l'esperienza della malattia, della solitudine o della marginalità fra gli immigrati, e quale valore un'etnopsichiatria critica possa attribuire all'interno di questi processi ad esperienze di spossamento e assoggettamento.

Parole chiave: migrazione, etnopsichiatria, Italia, politiche della diagnosi, memorie culturali, metafore.

Résumé

Une "différence intraitable". Croyances, métaphores et expérience dans la cure des immigrés

Le débat sur l'ethnopsychiatrie a pris en compte plusieurs aspects du problème concernant l'interprétation et la prise en charge de la souffrance des immigrés. D'ailleurs, les questions sur le rôle de la «différence culturelle», sur les contributions de l'anthropologie médicale et de l'ethnopsychiatrie, or sur les modèles de soins les plus appropriés à imaginer, ont souvent oublié d'autres profils tels que l'enjeu politique de ces mêmes questions, les droits des immigrés, la demande de reconnaissance ou la violence épistémologiques qui souvent laisse dans l'ombre d'autres formes d'expérience et de connaissance.

Mes considérations veulent aborder surtout deux aspects. Le signifié (et le défi) de la différence culturelle dans la psychothérapie de femmes et d'hommes provenant

d'autres réalités géopolitiques, historiques, économiques et morales, avec d'autres expériences du Soi, du corps, de la personne. Le deuxième aspect concerne plutôt les nouvelles formes de subjectivation qui se développent au cours de l'expérience migratoire, souvent à partir de la maladie, de la solitude et de la condition de marginalité, ainsi que le «traitement» d'expériences de dépossession et d'assujettissement dans le cadre théorique d'une ethnopsychiatrie critique.

Mots-clés: migration, ethnopsychiatrie, Italie, politiques du diagnostic, mémoires culturelles, métaphores.

Resumen

Una “diferencia intratable”. Creencias, metáforas y experiencia en la atención a los inmigrantes

Un virulento debate acompañó en estos años las cuestiones de la interpretación y de la atención de los sufrimientos psíquicos en la población inmigrada. Qué lugar habría que asignar a la “diferencia cultural”, cuál podría ser la contribución de la antropología médica y de la etnopsiquiatría, qué forma de asistencia podría revelarse como la más apropiada, constituyeron preguntas recurrentes en el origen de una literatura muy extensa que tuvo, sin embargo, el defecto de descuidar la apuesta política de tales preguntas, que conciernen, por ejemplo, el tema de los derechos y de la ciudadanía, la cuestión del reconocimiento y del poder, la sombra de una violencia epistemológica ignorante de otras formas de experiencia y de conocimiento.

Las cuestiones que trato en mis consideraciones, son esencialmente dos. La primera concierne al significado que la diferencia cultural asume en la interpretación y la atención de los sufrimientos de aquéllos que, provenientes de otras realidades sociales, históricas, económicas o morales, adoptan con frecuencia lenguajes de la enfermedad radicados en otros modelos de experiencia, del Yo o de “persona”. La segunda cuestión, en cambio, se refiere a las nuevas formas de subjetivación, de “escritura de sí” que se van delineando, a veces justamente a través de la experiencia de la enfermedad, de la soledad o de la marginalidad entre los inmigrantes, y a qué valor puede atribuir una etnopsiquiatría crítica a experiencias de despojamiento y sometimiento dentro de esos procesos.

Palabras clave: migración, etnopsiquiatría, Italia, políticas de diagnóstico, memorias culturales, metáforas.

Abstract

The "intractable difference". Beliefs, metaphors, and experience in immigrants' healing

In recent years the issues of the interpretation and treatment of suffering in the immigrant population have sparked a virulent debate. What was the place to be assigned to 'cultural difference', which could be the contribution of anthropology and ethnopsychiatry, what form of assistance is more appropriate, asked questions formed the basis for a very extensive literature that has, however, had the defect often overlooked political stakes of these questions, particularly concerning the issue of rights and citizenship, the question of recognition and power, as well as the epistemological violence that Western practices or institutions express when neglecting other forms of knowledge and experience.

These notes consider two main questions. The first concerns the status of cultural differences in interpreting and curing the suffering of those who come from other social, historical, geographical and moral contexts, and often adopt unusual idioms or express other person. The second issue concerns what are the new forms of subjectivity, of "writing of the Self" that are taking shape, sometimes just through the experience of illness, loneliness or marginalization among immigrants, and the role a critical ethnopsychiatry in reworking experiences of dispossession and subjugation displayed by these processes.

Keywords: migration, ethnopsychiatry, Italy, politics of diagnosis, cultural memories, metaphors.

Stato dell'antropologia medica nella didattica universitaria italiana

Donatella Cozzi

docente a contratto di antropologia medica, Università di Milano Bicocca; Associée au Laboratoire “Culture et Sociétés”, Université de Strasbourg [ANR-09-ENFT-017]

con il contributo di: M. Gloria De Bernardo, Erica Eugeni, Carolina Lavazza, Alessandro Lupo, Carlo Orefice, Fulvia Putzolu, Ivo Quaranta, Thea Rossi, Francesco Spagna, Nadia Urli

Il Documento di consenso e coordinamento del 2008

Nel 2008 i presidenti (o loro delegati) delle Società scientifiche Società italiana di antropologia medica (Tullio Seppilli), Associazione italiana di economia sanitaria (Vittorio Mapelli), Società italiana psicologia della salute (Pio Enrico Ricci Bitti), Società italiana di storia della medicina (Giuseppe Armocida) e Associazione italiana di sociologia (per la sezione di sociologia della salute e della medicina, Maria Giovanna Vicarelli), in occasione del convegno “L’insegnamento delle Scienze umane nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia”, siglarono un documento di consenso e coordinamento di azioni⁽¹⁾ al fine di promuovere la valorizzazione delle scienze sociali, la loro presenza e integrazione con i settori scientifico disciplinari caratterizzanti, stimolando la ricerca nel campo sanitario. Il convegno, che aveva visto una attiva e numerosa partecipazione sia del mondo accademico che di professionisti operanti nel sistema sanitario, aveva cercato di fare il punto sullo stato dell’arte degli insegnamenti di Scienze sociali nelle Facoltà di Medicina in Italia, successivamente al D.M. 16-03-2007 (altrimenti conosciuto come Decreto Ministeriale 270), che aveva dettato le linee guida per l’istituzione dei Corsi di Laurea Triennali e dei Corsi di Laurea Magistrali, con la riprogettazione integrale che si sarebbe conclusa con l’A.A. 2009-2010. Lo stesso decreto prevedeva che venissero istituiti corsi di insegnamento integrati in Scienze Sociali nell’ambito delle discipline di base, caratterizzanti, affini o integrative, nei Corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia, e nei corsi di Laurea triennali e Magistrali in Professioni sanitarie (infermieristiche ed ostetriche,

di educatore, della riabilitazione, tecnico-sanitarie, della prevenzione). Il documento di consenso e coordinamento muoveva dalla necessità di riconoscere la indispensabile funzione formativa che assumono queste discipline nel percorso curricolare delle professioni mediche e sanitarie. Questo per favorire un approccio complesso e integrato a “una visione unitaria della salute-malattia e della medicina estesa anche alla dimensione socioculturale, di genere, storica, epistemologica ed etica; nonché [alla] rilevanza sempre maggiore che, nelle società complesse contemporanee, assumono per i servizi sanitari la comunicazione con il paziente ed i familiari, la collaborazione multidisciplinare tra diverse figure professionali nell’ambito delle attività sanitarie di équipe interprofessionale, la capacità di lettura e interpretazione dei problemi di salute delle comunità, la conoscenza e gestione degli aspetti caratterizzanti la differenza culturale anche in ambito sanitario in una società multietnica”⁽²⁾. Il documento metteva in luce inoltre gli aspetti critici allora rilevati, tra i quali il ritardo di diversi Atenei nell’adeguamento degli ordinamenti al D.M. 270, problemi inerenti il reclutamento e la formazione del personale docente, l’insufficiente integrazione tra le discipline di scienze sociali operanti in ambito sanitario e tra gli stessi docenti e i programmi all’interno dei corsi integrati. L’intento di queste note è presentare in modo sintetico lo stato dell’antropologia medica e in generale degli insegnamenti appartenenti al settore scientifico disciplinare (d’ora in poi SSD) M-DEA/01 nella didattica delle Facoltà di Medicina e chirurgia in Italia, a cinque anni dal documento di consenso e coordinamento citato e dopo la realizzazione delle modifiche introdotte dal D.M. 270 e i tagli alla spesa pubblica che hanno ridimensionato l’offerta formativa di molti Atenei.

Insegnare antropologia medica: La situazione nelle Facoltà di Medicina e chirurgia

In primo luogo, consideriamo quali sono le università che all’interno delle Lauree magistrali in Scienze antropologiche ed etnologiche (presenti con varie denominazioni) offrono un insegnamento i cui contenuti sono congruenti all’antropologia medica (anche in questo caso i corsi appaiono sotto varie denominazioni). Considerata l’importanza formativa di tali corsi di post-laurea, essi offrono un primo panorama del consolidamento dell’antropologia medica nell’insegnamento accademico e nella promozione della ricerca. Essa è presente nelle seguenti università:

- Università degli Studi di Torino
- Università degli Studi di Milano Bicocca
- Università degli Studi di Bologna
- Università degli Studi di Perugia
- Università di Roma Sapienza
- Università degli Studi di Sassari⁽³⁾

Nella tabella che segue viene riportata la situazione degli insegnamenti M-DEA/01 attivati nelle lauree Magistrali e triennali delle Facoltà di Medicina e chirurgia⁽⁴⁾ alla data del I Convegno della Società italiana di antropologia medica (21-23 febbraio 2013)⁽⁵⁾. Nella colonna delle note si riportano osservazioni relative a: reperibilità delle informazioni sul sito web di ciascuna università; numero delle sedi dei corsi di laurea (es.: L.T. in Infermieristica); osservazioni sui corsi presentati come afferenti al SSD M-DEA/01 ma che programmi e profilo docenti rivelano essere propri di altre discipline, quali antropologia (fisica o evolutiva, SSD BIO/08), storia della medicina e bioetica (MED/02), medicina legale (MED/43), sociologia dei processi culturali (SPS/08); presenza di docenti e cultori della materia con un profilo M-DEA/01. Ove è stato possibile, le informazioni sono state ottenute attraverso la preziosa collaborazione dei docenti e soci SIAM, che hanno consentito anche di capire l'evoluzione della situazione dopo il D.M. 270 e i successivi tagli alla spesa universitaria legati alla Legge di riorganizzazione della spesa pubblica (D.L. 6 luglio 2012, n. 95), che hanno comportato in vari casi la soppressione di corsi M-DEA/01 dal curriculum formativo di alcune facoltà. I collaboratori al censimento degli insegnamenti sono quindi segnalati alla fine delle note rispettive⁽⁶⁾. Negli altri casi, le notizie raccolte provengono dalla consultazione dei siti web di ciascun Ateneo. Occorre precisare che a volte essi non sono aggiornati sui programmi e il profilo dei docenti, altre non sono strutturati per dare queste informazioni. Quando un ateneo presenta più sedi per ciascuna laurea triennale o magistrale (ad esempio, la Facoltà di Medicina di Verona, Laurea triennale in Infermieristica ha sedi a Verona, Trento, Bolzano) nel conteggio esse non vengono indicate: viene registrata la tipologia di corso (L.T. in Infermieristica) e la presenza/assenza in essa di corsi M-DEA/01 attivati. Si è considerato tutte le lauree sanitarie, compresa la L.M. a ciclo unico di Medicina e chirurgia, con particolare attenzione per: Infermieristica, Ostetricia e la relativa Laurea magistrale, Educazione professionale, Scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione, Tecniche della prevenzione.

Legenda:

L.T.: Laurea triennale

L.M.: Laurea magistrale

Facoltà di Medicina e chirurgia	n.lauree sanitarie attivate	Corsi in cui sono attivi insegnamenti M-DEA/01	note
1. Università Politecnica delle Marche http://www.unian.it/	8 L.T. 6 L.M.	L. T. Ostetricia	Non è possibile visualizzare il programma e il profilo docente
2. Università di Bari http://www.uniba.it/	18 L.T. 5 L.M.	nessuno	Presso la L.M. in Medicina e chirurgia è presente <i>Antropologia evolutiva</i> (BIO/08)
3. Università di Bologna http://www.unibo.it/	4 L.M. 13 L.T.	L.M. Medicina e chirurgia (da 2013-14); L.M. Infermieristica ed Ostetricia; L.T. Infermieristica; L.T. Ostetricia; L.T. Educazione professionale	L.T. Infermieristica con 3 sedi: M-DEA/01 assente a Rimini e a Faenza; situazione in evoluzione, dopo che alla L.M. in Medicina sono stati attivati corsi M-DEA/01 affidati a medici con formazione in antropologia medica (CSI), precedentemente il profilo docente era MED/02; Master in Cure Palliative; L.T. Infermieristica ed Ostetricia (I. Quaranta);
4. Università di Brescia http://www.unibs.it/	5 L.M. 11 L.T.	L.M. Sc. Infermieristiche e ostetriche; L.T. in Ostetricia; L.T. in Infermieristica	L.M. Sc. Inf. ed ostetriche: profilo docente MED/02; L.T. Ostetricia: profilo docente M-DEA/01; L.T. Infermieristica: 2 sedi con docente con laurea in scienze umane, sociologia; 2 sedi con docente con laurea in medicina; 2 sedi con docente con laurea in infermieristica (C. Lavazza)
5. Università di Cagliari http://www.unica.it	10 L.T. 1 L.M. 1 L.S.	L.T. in Ostetricia; L.T. in Infermieristica; L.T. in Tecniche riabilit. psichiatrica L.M. in Infermieristica ed Ostetricia	Antropologia medica (F. Putzolu)
6. Università di Catania http://www.unict.it	10 L.T. 2 L.M.	?	Impossibile accedere ai piani di studio e ai programmi

(segue)

Facoltà di Medicina e chirurgia	n.lauree sanitarie attivate	Corsi in cui sono attivi insegnamenti M-DEA/01	note
7. Università "Magna Grecia" di Catanzaro http://www.unicz.it	19 L.T. 4 L.M.	nessuno	
8. Università "G. D'Annunzio" Chieti http://www.unich.it	12 L.T. 3 L.M.	L.T. Fisioterapia	Ma Antropometria e antropologia evolutiva (T. Rossi)
9. Università di Ferrara http://www.unife.it	4 L.T. 5 L.M.	Nessuno, ma due L.M. non danno accesso ai piani di studio	L.T. Infermieristica: 3 sedi
10. Università di Firenze http://www.unifi.it	13 L.T. 9 L.M.	L.T. Infermieristica; L.M. Scienze riabilitative delle professioni sanitarie; Master Assist. Infermieristica in area pediatrica, ma non sono disponibili informazioni	L.T. Infermieristica: docenti profilo M-DEA/01; L.T. Scienze motorie, sport e salute e L.T. educazione professionale: contenuti di antropologia medica in M-PED/01 e M-PED/03 (C. Orefice); il corso presso L.M. Scienze riabilitative è presentato come SSD M-PED/01 e la docente è ordinario di pedagogia generale; nella L.T. e L.M. sono privilegiati gli insegnamenti di sociologia
11. Università di Foggia http://unifg.it	8 L.T. 4 L.M.	L.T. Educazione professionale	Ma il programma è di sociologia della devianza; non accessibili notizie sul profilo del docente
12. Università di Genova http://unige.it	21 L.T. 5 L.M.	In tutte le L.T., tranne Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia e Sc. Della Riabilitazione, è presente un corso M-DEA/01; Antropologia è anche presente come BIO/08 in un modulo di <i>Medical Humanities</i> presso la L.M. di Medicina e chirurgia; manca a L.M. Sc. Infermieristiche e ostetriche;	Infermieristica ha 8 sedi. I programmi sono aggiornati al 2009-10. Tutti i corsi sono tenuti dal prof. Antonio Guerci ordinario per il SSD BIO/08

(segue)

Facoltà di Medicina e chirurgia	n.lauree sanitarie attivate	Corsi in cui sono attivi insegnamenti M-DEA/01	note
13. Università Insubria Varese-Como http://uninsubria.it	8 L.T. 2 L.M.	L.T. Infermieristica; L.T. Ostetricia; L.T. in educazione professionale;	Docenti con profilo MED/02 e MED/40 (C. Lavazza)
14. Università de L'Aquila http://univaq.it	14 L.T. 7 L.M.	nessuno	Presso la Facoltà di Psicologia, L.M. Psicologia applicata, clinica e della salute, Indirizzo Sessuologia, corso di Storia e sociologia dei costumi sessuali (M-DEA/01). Per A.A. 2010-11, M-DEA/01 alla L.S. in Sc. Professioni sanitarie della Riabilitazione ed uno alla L.S. in Sc. Professioni Sanitarie Tecnico-Assistenziali, ma programmi, profilo docenti e continuità negli anni successivi non sono visualizzabili (T. Rossi)
15. Università di Messina http://unime.it	16 L.T. 2 L.S. 2 L.M.	L.T. Infermieristica?	Sito disordinato: per alcune L.T. i programmi risalgono al 2009; per altre è impossibile visualizzare programmi, nome e profilo dei docenti
16. Università di Milano http://unimi.it	23 L.T. 10 L.M.	L.T. assistenza sanitaria; Educazione professionale; L.M. Scienze professioni sanitarie della prevenzione; L.M. Professioni sanitarie tecniche assistenziali; L.M. Sc. Riabilitative delle professioni sanitarie	Infermieristica comprende 16 sedi; Profilo docenti sociologia (manca SSD ed altre indicazioni) (C. Lavazza)
17. Università di Milano Bicocca http://unimib.it	7 L.T. 4 L.M.	L.T. Infermieristica; L.M. Sc. Infermieristiche ed ostetriche	Infermieristica conta su 6 sedi di insegnamento; non rintracciabile profilo del docente; dal 2012-13 corso M-DEA/01 antropologia medica a Sc. Inferm. ed Ostetriche (C. Lavazza e D. Cozzi); nel corso di Sc. Umane alla L.M. Medicina e Chirurgia un modulo contiene alcuni elementi di antropologia medica

(segue)

Facoltà di Medicina e chirurgia	n.lauree sanitarie attivate	Corsi in cui sono attivi insegnamenti M-DEA/01	note
18. Università Cattolica Sacro Cuore, Roma http://unicatt.it	9 L.T. 2 L.M.	Nei programmi non sono riportati i SSD; L.T. Infermieristica	Le L.T. hanno più sedi ed i profili dei docenti spaziano da antropologia culturale a pedagogia e psicologia;
19. Libera Università "Vita e salute S. Raffaele" Milano http://unihsr.it	4 L.T. 4 L.T.	L.T. Infermieristica	Sito web molto ben organizzato. L.T. Infermieristica profilo docente: laurea in medicina;
20. Università di Modena e Reggio Emilia http://unimore.it	11 L.T. 3 L.M.	L.T. Infermieristica; L.T. Fisioterapia; L.T. Tecniche riabilitazione psichiatrica	Infermieristica profilo docente M-DEA/01; Fisioterapia e tecniche riabilit. Psych.: profilo non precisato
21. Università di Napoli "Federico II" http://unina.it	16 L.T. 8 L.M.	L.T. infermieristica pediatrica; L.M. medicina e chirurgia; L.M. Scienze professioni sanitarie della riabilitazione	Il sito non permette di visualizzare programmi, nomi docenti e loro profilo. Alcuni corsi sono stati soppressi con D.M. 270 (G. Ranisio)
22. Università di Napoli http://unina2.it	12 L.T. 4 L.M.	?	Infermieristica, infermieristica pediatrica ed Ostetricia hanno i siti in aggiornamento: impossibile visualizzare contenuti e docenti
23. Università di Padova http://unipd.it	19 L.T. 9 L.M.	L.M. Sc. Delle Prof. sanitarie della prevenzione; L.M. Scienze riabilitative	Sito molto bene organizzato ma i programmi non sono visualizzabili; L.T. Fisioterapia ha 5 sedi; L.T. Ostetricia 4 sedi; L.T. Infermieristica 10 sedi nelle quali esiste un seminario "L'assistenza in prospettiva antropologica" senza SSD; L.T. Educazione professionale ha 60 ore di Sociologia; Con L.270 sono stati soppressi i corsi M-DEA/01 esistenti in 8 sedi di Infermier. (G. De Bernardo; F. Spagna). La L.M. in Medicina e chirurgia ha un modulo intitolato "La prevenzione nel mondo moderno inter-razziale" (sic!) profilo docente MED/07 (microbiologia)

(segue)

Facoltà di Medicina e chirurgia	n.lauree sanitarie attivate	Corsi in cui sono attivi insegnamenti M-DEA/01	note
24. Università di Palermo http://unipa.it	9 L.T. 5 L.M.	Nessuno	Ottimo sito, integralmente consultabile
25. Università di Parma http://unipr.it	10 L.T. 6 L.M.	L.T. Ostetricia	Programmi e profili docenti non accessibili
26. Università di Pavia http://unipv.it	15 L.T. 6 L.M.	Nessuno	Ma le pagine web del corso i. di Scienze umane alla L.T. di Ostetricia, Terapia occupazionale e Fisioterapia non sono disponibili
27. Università di Perugia http://unipg.it	11 L.T. 7 L.M.	L.T. Infermieristica; L.T. Ostetricia; L.M. Medicina e Chirurgia	Sito molto chiaro, completo ed accessibile; tutti sono corsi di antropologia medica L.M. in Medicina e Chirurgia (G. Pizza e M. Minelli);
28. Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro", Vercelli http://unipmn.it	6 L.T. 2 L.M.	?	L.T. Infermieristica ha 6 sedi formative; il sito dell'offerta formativa 2012-13 risulta in fase di aggiornamento (luglio 2013) e non è consultabile
29. Università di Pisa http://unipi.it	16 L.T. 6 L.M.	Nessuno	Sito disomogeneo: alcune L.T. presentano l'offerta formativa aggiornata, altri quella del 2010-11; L.T. Infermieristica ha 5 sedi;
30. Università "Sapienza" Roma http://uniroma1.it	8 L.M. (Med. E chir. 6 sedi di L.M.); 16 L.T.	L.T. in Infermieristica, sede di Roma;	4 sedi L.T. Fisioterapia; 10 sedi L.T. in Infermieristica; corso attivato a L.T. Infermieristica; sede di Roma; soppressione di corsi dopo L. 270 (A. Lupo)
31. Università "Tor Vergata" Roma http://uniroma2.it	20 L.T.; 21 Master I livello; 3 L.M.	L.T. Infermieristica; L.T. Infermieristica Pediatrica; L.M. Sc. Infermieristiche ed Ostetriche	Sito confuso – tante immagini e notizie in evidenza, ma difficile reperire le informazioni utili - L.T. Infermieristica e L.T. Infermieristica pediatrica: programma di antropologia generale, non precisato profilo docente; per L.M. Sc. Inf. ed Ost.: infermieristica transculturale, non precisato profilo docente; le altre L.T. non prevedono accesso ai piani di studio, programmi e profilo docenti

(segue)

Facoltà di Medicina e chirurgia	n.lauree sanitarie attivate	Corsi in cui sono attivi insegnamenti M-DEA/01	note
32. Università "Campus bio-medico" Roma http://unicampus.it	2 L.M. 3 L.M.	L.M. in Medicina e chir.: M-DEA/01; L.T. Infermieristica, L.T. Dietistica, L.T. Scienze alimentazione e nutrizione umana	L.M. in Medicina e chir., L.T. Infermieristica, L.T. Dietistica e L.T. Sc. alimentazione: M-DEA/01: ma Antropologia filosofica, profilo docente M-FIL/03
33. Università di Sassari http://uniss.it	2 L.M.; 2 L.S.; 11 L.T.	Per il 2010-11, sono riportati corsi presso C.L. Infermieristica e C.L. Tecnica riabilitazione Psichiatrica (non avviato per il 2013-14). La ricerca web per insegnamenti non registra nessun M-DEA/01 per il 2012-13	Sembra un sito chiaro, ma è arduo arrivare a programmi e docenti (F. Putzolu)
34. Università di Siena http://unisi.it	4 L.M. 11 L.T.	L.M. Scienze riabilitative delle professioni sanitarie; L.T. Infermieristica;	Siena e Sassari utilizzano la stessa struttura web, medesima difficoltà di reperire programmi e profilo dei docenti
35. Università di Torino http://unito.it	L.M. 5 17 L.T.	L.T. Infermieristica; L.T. Infermieristica Pediatrica; L.T. Ostetricia; L.T. Educazione professionale	L.T. Infermieristica presente in 5 sedi: Aosta, Asti, Orbassano e Cuneo, Torino, L.T. Educazione professionale: corso denominato antropologia medica;
36. Università di Trieste http://units.it	2 L.M. 7 L.T.	L.T. Scienze Formazione; L.T. Tecniche della prevenzione nei luoghi di lavoro	Stessa struttura web di Siena e Sassari, con la medesima difficoltà a visualizzare programmi e profilo dei docenti
37. Università di Udine http://uniud.it	3 L.M. 7 L.T.	L.T. in Infermieristica; L.T. in Ostetricia; L.T. Educazione professionale	L.T. Infermieristica, 2 sedi: antropologia medica; L.T. Educazione professionale: profilo docente M-DEA/01 (D. Cozzi)
38. Università di Verona http://univr.it	L.M. 5; 10 L.T.	L.T. Fisioterapia (Rovereto, Verona e Vicenza); L.T. Riabilitazione psichiatrica (Ala e Verona)	Ottimo sito; 3 sedi L.T. Fisioterapia, a Rovereto profilo docente M-DEA/01; non raggiungibili programma e profilo per le altre due sedi; L.T. Riabilitazione psichiatrica docente M-DEA/01; L.T. Infermieristica: Con L. 270 eliminati corsi a Verona, Trento, Bolzano

Qualche breve commento. In primo luogo i corsi afferenti al SSD M-DEA/01, quando presenti, compaiono con una grande variabilità di crediti formativi quindi di ore di insegnamento (ad es.: nelle lauree triennali sanitarie dalle 12 alle 24 ore, in quelle magistrali dalle 8 alle 30 ore). Molti profili e programmi dei docenti non sono visualizzabili spesso per trascuratezza complessiva del sito, in cui si desume che esiste un corso M-DEA perché compare nella Guida dello studente o nel piano di studi generale del corso, ma non sono accessibili ulteriori informazioni. In alcuni casi questo accade perché ad impartire tali corsi sono docenti a contratto, resi invisibili all'interno del sito. Ma i rilievi maggiori vanno dedicati a cinque argomenti, ovvero a) in almeno 6 università (i siti di altre tre non permettono di dedurre la presenza/assenza di insegnamenti) a fronte di una cospicua offerta formativa di Lauree sanitarie non compare nessun insegnamento M-DEA/01; b) ove essi compaiono, in alcuni casi programma e profilo docenti non corrispondono al settore disciplinare M-DEA/01; c) nei corsi integrati di scienze umane prevalgono altre discipline, dalla bioetica al diritto, dalla sociologia alla pedagogia e alla psicologia; d) gli insegnamenti DEA sono soprattutto presenti nelle Lauree Triennali e Magistrali di Infermieristica e Ostetricia, e talvolta nelle lauree Magistrali in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie; e) il riordino successivo all'approvazione del D.M. 270, volto a diminuire il numero di esami per l'ottenimento del titolo e, nelle lauree di I livello, dare maggiore rilievo alle materie di base e alle metodologie generali – intese quasi sempre come rientranti nel *mainstream* statistico e quantitativo nel curriculum medico-assistenziale – da realizzarsi con un numero maggiore di CFU da attribuire a tali materie, ha comportato la soppressione di numerosi corsi, come nel caso di facoltà di medicina dove gli insegnamenti M-DEA potevano contare su una continuità pluriennale (è il caso di Padova e Verona).

Chimere e programmi

Abbiamo visto un elenco di presenze ed assenze, già in grado di evidenziare la rarefazione degli insegnamenti M-DEA/01 nelle Facoltà di medicina e chirurgia degli atenei italiani. Ma occorre procedere, perché la mera presenza dei corsi così denominati non garantisce che i contenuti rispecchino il settore scientifico-disciplinare, l'antropologia medica o che i docenti che li impartiscono siano come minimo dei cultori della materia.

Come già scritto, nella consultazione effettuata spesso i siti universitari non riportano i programmi dei corsi, o essi non sono aggiornati all'anno

accademico 2012-13⁽⁷⁾. Laddove i programmi compaiono, si può incorrere in alcune sorprese. Qui cito tre casi. Il primo viene ripreso dal sito dell'Università di Roma Tor Vergata, L. Magistrale in infermieristica ed Ostetricia⁽⁸⁾:

M-DEA/01 - ANTROPOLOGIA GENERALE - CREDITI 2

Obiettivo generale: Lo studente dovrà essere in grado di interpretare e ridefinire il concetto di cultura e multiculturalismo; individuare le differenze e gli elementi comuni nel processo di mondializzazione nelle tematiche di promozione e recupero della salute.

CONTENUTI: I tempi e le modalità dell'evoluzione dei Primati e dell'uomo; Il Pleistocene e la diaspora delle forme ominidi; il genere Homo e le popolazioni attuali; La crescita della popolazione umana e i fattori che la determinano; La variabilità biologica delle popolazioni umane: principi di genetica di popolazioni ; Dinamica delle frequenze geniche; Variabilità dei caratteri qualitativi nelle popolazioni umane (gruppi sanguinei; varianti Hb; varianti G6PD; talassemie; proteine sieriche; isoenzimi; immunoglobuline; sistema di istocompatibilità HL-A; variazioni del DNA e DNA mitocondriale); L'accrescimento umano; L'adattamento umano; Concetto di omeostasi e capacità di adattamento dell'uomo ai diversi ambienti fisici; Lo stress nutrizionale; Le malattie infettive e la loro influenza sulla variabilità e la crescita demografica delle popolazioni umane.

BIBLIOGRAFIA:

G.A. Harrison, J.M. Tanner; D.R. Pilbeam & P.T. Baker: *Biologia Umana*; (traduzione a cura di: De Stefano, Rickards, Biondi); Piccin (Padova), 1994.

G. Spedini: *Antropologia Evoluzionistica*; 2° Ed., Piccin (Padova), 2005

Appare chiaro che, nonostante l'obiettivo generale dichiarato, il contenuto del corso si colloca tra l'antropologia fisica, la biologia e l'epidemiologia.

Il secondo caso è tratto dal sito dell'Università degli Studi dell'Aquila, Facoltà di Psicologia, Corso di Laurea Magistrale in Psicologia applicata, clinica e della salute – Indirizzo Sessuologia⁽⁹⁾, presentato come segue:

Insegnamento di Storia e sociologia dei costumi sessuali (M-DEA/01)

Programma

Il comportamento sessuale tra biologia e cultura: i vincoli biologici in interazione con le determinanti culturali

- La sessualità nella Preistoria
- La sessualità nel mondo greco e romano
- La sessualità dal Medioevo al Rinascimento
- La sessualità dal Seicento all'Ottocento
- La sessualità nel mondo occidentale
- La sessualità nel mondo orientale

- La sessualità nell'epoca moderna: le implicazioni psicologiche e sociali delle scoperte farmacologiche, della procreazione assistita, dell'AIDS, delle nuove tecnologie mediatiche
- I ruoli sessuali al passo con i tempi e le influenze culturali
- L'evoluzione dei costumi sessuali in relazione alle innovazioni legislative in materia di diritto di famiglia e dei diritti della persona
- Le devianze sessuali nella storia
- Il concetto di perversione nella storia

LIBRI DI TESTO CONSIGLIATI

1) Pagine 13-22 di M. Bossi *et al.* "Storia dei costumi sessuali" in E.A. Jannini *et al.* "Sessuologia Medica. Trattato di Psicosessuologia e Medicina Sessuale" Elsevier-Masson, 2007.

2) Pagine 185-206 di M. Potts e R. Short, "Sesso e potere" in "Sempre da Adamo ed Eva. L'evoluzione della sessualità umana", Fioriti Editore, 2002.

3) Dispense

4) Un testo a scelta tra:

Robert Muchembeld. "L'orgasmo e l'occidente. Storia del piacere dal Rinascimento ad oggi". Raffaello Cortina 2006;

M. Barbagli, G. Dalla Zuanna, F. Garelli. "La sessualità degli italiani". Il Mulino, 2010.

[...]

Un interessante approccio storico e, come viene dichiarato, sociologico alla sessualità. Ma anche in questo caso non vengono esplicitati i nessi che lo collocano nel SDD M-DEA/01. Un ultimo esempio, proveniente dall'Università di Foggia, Laurea triennale per educatori professionali:

Insegnamento: Demoetnoantropologiche (*sic!*)

Obiettivi: Partendo dalla società come costruzione della realtà sociale, si evidenzierà l'azione umana, con particolare riferimento alla devianza.

Le lezioni si concluderanno con la lettura di un brano di Sartre intitolato: Il male d'esistere.

PROGRAMMA

La Società

La devianza

Il male di esistere di Cristiano Bellei

Dispense

Nel visionare i settori scientifico disciplinari dei corsi presenti nelle facoltà di Medicina e chirurgia ed i programmi disponibili alla consultazione, mi era occorso di pensare ad una modalità *fuzzy* di considerare il nostro settore disciplinare, sostituibile con altri che contano su una maggiore

presenza di docenti, o ai quali, altro evento non raro, vengono affidati gli esigui crediti M-DEA/01 per completare i carichi didattici, perché hanno partecipato ad una missione medica extraeuropea, perché lungo la carriera hanno sviluppato interessi di tipo storico o filosofico, e via discorrendo. Fa parte delle ragioni pratiche implicite ed esplicite presenti nel mondo accademico italiano. Ma duole annotare che non solo il fenomeno è diffuso, ma anche che le modalità di attuazione rivelano un certo grado di disinvoltio disdegno per le competenze disciplinari. A insegnare farmacologia è normalmente un farmacologo, medicina interna è impartita da un internista, pedagogia da un pedagogista, eccetera. Perché non è un antropologo ad insegnare antropologia culturale? Programmi come quelli presentati, mi hanno fatto pensare ad un settore scientifico disciplinare-chimera, o almeno trattato come tale. Avete presente le parole-chimera? Sono quelle che creano i bambini per aggirare l'ostacolo di parole per loro troppo complicate, poco comprensibili, come ad esempio 'Pachiderba' al posto di 'pachiderma' (in effetti è un erbivoro); 'orcanotrofio'; 'maniglione antipatico'. Altra miniera di parole-chimera sono le preghiere: 'Ave Maria piena di grazia, il Signore è contento'; 'Dacci oggi il nostro pane e poi vediamo'; 'Prega per noi accappatoi'⁽¹⁰⁾. Nel leggere alcuni programmi presentati come M-DEA/01 viene da pensare che sia ricreato a mo' di chimera l'intero SSD di Discipline demotnoantropologiche.

Conclusioni

A cinque anni dal *Documento di consenso e di coordinamento* sull'insegnamento delle scienze sociali nelle Facoltà di Medicina in Italia per l'antropologia medica permangono, quando non aggravate, molte delle circostanze critiche rilevate allora, prima tra tutte la scarsa presenza di corsi. Da un lato, come ha testimoniato il 1° Convegno Nazionale della Società italiana di antropologia medica possiamo ormai contare su una messe di validi ricercatori che hanno sviluppato le loro ricerche in tutti i settori clinici, medico-sanitari e territoriali, dentro e fuori l'Italia, hanno in essi sviluppato progetti e percorsi di formazione, mentre dall'altro lato molti Atenei hanno proceduto al taglio dei corsi, soprattutto nell'offerta formativa sanitaria e riabilitativa. L'adeguamento al D.M. 270 ha avuto esiti variabili da Ateneo ad Ateneo: alcuni hanno rafforzato gli insegnamenti di psicologia, ad essa conferendo il compito di formare sulla comunicazione con il paziente; altri hanno privilegiato la dimensione sociologica, il diritto, la storia della medicina o la bioetica, altri ancora hanno affidato gli insegnamenti M-DEA a docenti di ruolo della Facoltà di Medicina, raramente con

una doppia formazione in antropologia medica. Un approfondimento, che in questa sede non è possibile, meriterebbe la formazione infermieristica, investita da recenti trasformazioni su più livelli. Per quanto riguarda la formazione curricolare, concentrata in ospedale, contesto non certo neutro rispetto ai modelli di cura, la spinta di molte Facoltà si è esercitata verso il recupero degli insegnamenti clinici, anche infermieristici e il ridimensionamento delle scienze umane; inoltre è in corso una revisione nazionale delle competenze infermieristiche, che sta dando luogo a vivaci discussioni, e che, secondo alcuni pareri, porterebbe la professione infermieristica ed ostetrica a declinare maggiormente l'ambito della *disease*, piuttosto che quella della salute, o della *illness* o della *sickness*⁽¹¹⁾. E di questo mutamento è forse indizio il fatto che gli insegnamenti M-DEA/01 tendono a scomparire dal curriculum infermieristico e a comparire nelle scienze della riabilitazione. Il lavoro sul territorio è un terreno fertile per portare attenzione alla formazione integrata, sia per il cambiamento del contesto di cura, sia per i casi multiproblematici oggi gestiti in tale ambito. Gli infermieri che vi operano chiedono strumenti per agire in situazioni di elevata complessità ed è molto richiesto il counselling: esiste la possibilità che ogni domanda venga rivolta a questo ambito, che per quanto valido non è detto sia capace di rispondere a problemi di tipo culturale, come le situazioni di immigrazione, per la quale tuttavia si tende ad attivare i mediatori culturali (se l'azienda ha con essi una convenzione), altrimenti sfuggono le possibilità di attivare le proprie risorse di autoconsapevolezza e riflessione professionale⁽¹²⁾.

La mancanza di una formazione antropologica nelle professioni sanitarie aumenta il rischio che la percezione del diritto alla salute delle fasce più deboli della cittadinanza e dei migranti venga pensato come una forma di 'regalo' e di 'benevolenza' dell'operatore sanitario come individuo e non come un diritto riconosciuto da una collettività. Faccio un esempio: nella recente edizione di un corso di formazione dell'Azienda sanitaria ospedaliera di Padova⁽¹³⁾, ho incontrato, nel complesso di cinque edizioni, 250 operatori, per la maggior parte infermieri. Di essi, sollecitati da una mia domanda specifica, solo una persona ha detto di aver incontrato un insegnamento di antropologia culturale nel suo percorso formativo. Soprattutto un operatore mi ha colpito, quando ha pubblicamente affermato che "era ora di smetterla di *regalare* tutto agli immigrati, e che le loro comunità dovevano muoversi per avere informazioni e servizi e smettere di aspettare *tutto* da noi", applaudito da una parte dell'auditorio presente. Ora, che il servizio, la pratica di cura erogata venga percepita come un dono del quale si evidenzia il carattere oblativo personale e uni-

laterale e non come un diritto, umano prima ancora che di cittadinanza, mostra al contempo l'urgenza e l'importanza che le scienze umane, e prima tra tutte l'antropologia medica, devono rivestire nella formazione e nell'aggiornamento, per la capacità di mettere in prospettiva critica la corporeità, la salute e la malattia incrociandole con i temi del diritto, della cittadinanza, per sviluppare una consapevolezza professionale su quanto è in gioco nell'incontro di cura, oltre all'approccio biologista. In questi ultimi cinque anni il Servizio Sanitario Nazionale si è dimostrato pienamente una arena in cui si affrontano definizioni diverse di carattere etico, giuridico, culturale, oltre che pratico e professionale, come ha dimostrato la mobilitazione a seguito della Legge di sicurezza 2009⁽¹⁴⁾, conosciuta come 'Pacchetto sicurezza' che proponeva di minare radicalmente uno dei principi base della politica sanitaria nei confronti dei cittadini stranieri nel nostro paese e cioè la garanzia di accessibilità ai servizi per la componente irregolare e clandestina con il divieto della loro segnalazione all'autorità di polizia. La campagna *Noi non denunciando* non ha solo mobilitato ampi settori dell'ambiente professionale e scientifico, sociale e sanitario⁽¹⁵⁾, ma ha anche reso più che mai cogenti quei contenuti, come ripensare la dimensione politica e incorporata della sofferenza e del disagio, dettagliandone l'esperienza quotidiana, che hanno trasformato l'antropologia medica contemporanea.

Note

⁽¹⁾ Cfr. *Documento di consenso e di coordinamento su "L'insegnamento delle scienze sociali nelle Facoltà di Medicina e chirurgia in Italia"*, Campus di Germaneto (CZ), 15 aprile 2008. Documento diffuso durante il Consiglio direttivo della SIAM in occasione del convegno "Psichiatria e politiche sanitarie dell'Italia coloniale", Roma, 13-14 giugno 2008.

⁽²⁾ *Documento di consenso*, cit. 2008, p. 1.

⁽³⁾ L'Università degli Studi di Venezia ha soppresso l'insegnamento, a contratto, dall'A.A. 2012-13.

⁽⁴⁾ Nel novero delle Lauree magistrali comprendo anche la Laurea Magistrale a ciclo unico di Medicina e chirurgia.

⁽⁵⁾ Tutti i dati sono stati ricontrollati tra giugno e luglio 2013 per la redazione di questa relazione.

⁽⁶⁾ Sulla situazione delle lauree triennali e magistrali nella regione Lombardia, Carolina Lavazza ha svolto una tesi di Laurea magistrale in Scienze Antropologiche ed etnologiche dell'Università di Milano Bicocca, *La competenza culturale dell'infermiere: un confronto tra la letteratura e i curricula formativi in Lombardia*, relatore Donatella Cozzi, correlatore Barbara Pinelli, A.A. 2012-13 che ha ricevuto il premio Suor Bianca Silvestri per la miglior tesi di argomento etico-deontologico nella relazione con la persona assistita.

⁽⁷⁾ Ad esempio, chi scrive nel 2012-13 è stata incaricata dell'insegnamento di antropologia culturale presso la L. Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, corso integrato di Scienze psicopedagogiche (Facoltà di Medicina e chirurgia, Università di Milano Bicocca, sede di Monza). Al luglio 2013 il sito relativo riporta ancora il nome del docente che mi ha preceduto ed il suo programma.

⁽⁸⁾ Consultato il 20 gennaio 2013. Le sottolineature sono mie e la bibliografia viene riportata come compare a video.

⁽⁹⁾ Consultato il 20 gennaio 2013; la bibliografia viene riportata come compare a video.

⁽¹⁰⁾ Ho tratto questi esempi da *tuttetorie*, *Festival di letteratura per bambini e ragazzi*, www.tuttetorie.it.

⁽¹¹⁾ Sull'evoluzione della professione infermieristica e la discussione in corso a partire dal luglio 2012, si vedano i siti: www.doctor33.it; www.quotidianosanita.it/newsletter.php; <http://www.ipasvi.it/attualita/page-7.htm>.

⁽¹²⁾ Comunicazione personale di Nadia Urli, docente di MED/45 nelle L.T. in Infermieristica con doppia formazione in antropologia culturale.

⁽¹³⁾ La formazione rivolta al personale dell'Azienda in tutte le sue componenti, prevedeva l'intervento di vari relatori, nel corso di una singola giornata. Al significato antropologico di salute/malattia è stata dedicata 1 ora per ciascun incontro. La formazione ha raggiunto 250 persone, di cui un medico ogni 50 iscritti.

⁽¹⁴⁾ Nell'ambito della discussione in Senato del cosiddetto "Pacchetto Sicurezza" (atto 733), prima in Commissione congiunta Giustizia ed Affari Costituzionali, e poi in aula sono stati depositati da sei senatori della Lega Nord degli emendamenti che minano radicalmente uno dei principi base della politica sanitaria nei confronti dei cittadini stranieri nel nostro paese e cioè la garanzia di accessibilità ai servizi per la componente irregolare e clandestina con il divieto della loro segnalazione all'autorità di polizia. Sul supplemento della Gazzetta Ufficiale del 24 luglio 2009 è stata pubblicata la legge 15 luglio 2009, n. 94 recante 'Disposizioni in materia di sicurezza pubblica'. *"Il reato di ingresso e soggiorno illegale mette a rischio l'accesso ad alcuni diritti fondamentali dei migranti, sia adulti che minori"*, afferma la SIMM – Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – con un appello ai parlamentari affinché stralciassero l'art. 21 del ddl 2180 o esprimano voto contrario. *"Le organizzazioni firmatarie – si legge nell'appello – sono fortemente preoccupate dal fatto che i migranti, per timore di essere denunciati con conseguenze di rilievo penale, sarebbero indotti a sottrarsi al contatto con tutti gli incaricati di pubblico servizio, in qualunque ambito, innescando un'allarmante situazione di compromissione dei diritti fondamentali. Il timore di avvicinarsi a ogni tipo di servizio pubblico escluderebbe dall'accesso all'assistenza e ai diritti soprattutto le fasce più deboli della popolazione migrante, quali le vittime di tratta, i minori e le altre persone vulnerabili. Ne sarebbero probabilmente anche colpiti coloro che hanno una situazione di soggiorno regolare ma precaria"*. (www.simm.it).

⁽¹⁵⁾ La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Medici Senza Frontiere, l'Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione, la Federazione di tutti gli ordini dei medici italiani, l'Ordine degli assistenti sociali, quello degli psicologi, le Federazioni nazionali dei colleghi degli infermieri e delle ostetriche, l'Osservatorio italiano sulla salute globale, la Società italiana di pediatria e l'Associazione culturale pediatri, il Centro studi e ricerche in medicina generale, i ginecologi, gli infettivologi, molte associazioni socio-assistenziali e di medici volontari, il Coordinamento nazionale immigrazione della Caritas e la CEI stessa (Conferenza Episcopale Italiana) con Migrantes.

Scheda sull'Autrice

Donatella Cozzi, insegna Antropologia medica presso l'Università di Milano Bicocca e Antropologia della salute all'Università di Ca' Foscari, Venezia e da più di venti anni in alcuni Corsi di laurea in Infermieristica. Si interessa della relazione tra antropologia e professioni sanitarie e di *illness narratives*. Attualmente è membro associato alla UMR 7236 *Culture et Société en Europe*, Université de Strasbourg nel quadro del programma ANR "Expériences du corps et passages d'âge: le cas des 9-13 ans (France et Italie)", coordinato da Nicoletta Diasio.

Riassunto

Stato dell'antropologia medica nella didattica universitaria italiana

Nel 2008 i presidenti delle principali società italiane di scienze sociali, di storia della medicina e di psicologia della salute siglarono un documento di consenso e coordinamento per promuovere la valorizzazione delle scienze sociali nelle Facoltà italiane di medicina e chirurgia e nelle relative lauree sanitarie (infermieristica ed ostetricia in modo particolare). A cinque anni da tale documento, l'articolo si propone di verificare in quali tra le 29 Facoltà di medicina e chirurgia esistenti in Italia è presente un insegnamento di antropologia culturale. Un viaggio ricco di sorprese e delusioni: programmi di corso curiosi, corsi presentati come di antropologia culturale ma che non lo sono, corsi scomparsi, impossibilità di capire il profilo curricolare del docente, medici che insegnano antropologia, scelte accademiche che sostituiscono l'insegnamento dell'antropologia con storia della medicina o bioetica.

Parole chiave: antropologia culturale - didattica, antropologia medica - didattica, medicina e chirurgia - facoltà.

Résumé

Situation de l'enseignement de l'anthropologie médicale dans l'université italienne

Au 2008 les présidents des sociétés scientifiques les plus importantes en Italie de sciences humaines, d'histoire de la médecine et de psychologie de la santé adhéraient à un document se proposant la valorisation et la diffusion de ces disciplines dans les Facultés de médecine et chirurgie et dans les cours pour les professions sanitaires (surtout les écoles infirmières et pour sages-femmes). L'article veut vérifier où des cours de anthropologie médicale sont donnés parmi les 29 Facultés de médecine en Italie. Un voyage de découverte qui présente beaucoup de surprises : des programmes de cours curieux, des fausses cours d'anthropologie ou bien des cours disparus, des professeurs dont on ne connaît pas s'ils sont des médecins ou des anthropologues et enfin quelques commentaires sur les choix institutionnelles des université.

Mots clés: anthropologie culturelle - enseignement, anthropologie médicale - enseignement, médecine et chirurgie - facultés.

Resumen

Estado del arte de la antropología médica en la universidad italiana

En 2008 los presidentes de las sociedades científicas de ciencias humanas, de historia de la medicina y de psicología de la salud las más importantes en Italia firmaron un documento para favorecer la difusión de esas disciplinas en las Facultades de medicina y en los cursos para las profesiones de salud. Al cabo de cinco años, queremos ver en cuales de las 29 Facultades de medicina en Italia se brindan cursos de antropología. Un viaje lleno de sorpresas, entre curiosos programas de estudio, cursos mentirosos o desaparecidos, doctores qui enseñan antropología y uno comentarios finales sobre las dificultades de difundir la antropología medica en esos cursos.

Palabras clave: antropología cultural - didáctica, antropología medica - didáctica, Facultades de medicina.

Abstract

The State of the Art of Medical Anthropology in Italian university

In 2008 the presidents of the most important Associations of Humanities in Italy – medical anthropology, sociology of health, history of medicine – realized a protocol in order to spread these disciplines in Italian Faculties of medicine and health professions courses. Five years after this meeting, we carried out this survey: where courses in medical anthropology are held? Which is the teachers' profile? A curious travel in 29 Italian medical faculties: odd programs, ambiguous profiles and a final note about how difficult is to spread medical anthropology in Italy.

Keywords: cultural anthropology - programs in Italian universities, medical anthropology - programs in Italian universities, medical faculties.

Norme per i collaboratori

Comunicazioni

- Ogni comunicazione per la rivista deve essere inviata a:
AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica
presso la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute
posta: ex monastero di Santa Caterina Vecchia,
strada Ponte d'Oddi, 13, 06125 Perugia (Italia)
telefono e fax: (+39) 075/41508
(+39) 075/5840814
e-mail: redazioneam@antropologiamedica.it
sito web: www.antropologiamedica.it

Invio dei contributi

- Il testo fornito dagli Autori deve essere di norma elaborato con programmi Word e giungere per e-mail all'indirizzo *redazioneam@antropologiamedica.it*. Ogni cartella di stampa deve corrispondere a circa 2000 battute.
- Il testo fornito dall'Autore viene considerato definitivo e completo di ogni sua parte. La correzione delle bozze di stampa sarà effettuata dalla Redazione (salvo diverso accordo con l'Autore) e concernerà i soli errori di composizione.
- Al testo vanno aggiunti un *Riassunto* (abstract) di non più di 1500 battute nella lingua del testo (e la sua traduzione nelle altre lingue in cui i riassunti vengono pubblicati: italiano, francese, spagnolo, inglese) ed una *Scheda sull'Autore* (bio-bibliografica) tra le 1500 e le 3000 battute (corredata da luogo e data di nascita e da un recapito).
- Il nome (indicato per esteso) e il cognome dell'Autore, insieme alla sua attuale qualifica principale, vanno anche collocati sotto il titolo del contributo. Di seguito va indicato il suo indirizzo elettronico o postale.
- La Direzione della rivista, di intesa con il Comitato di redazione ed i Referee, può suggerire agli Autori possibili interventi sui testi dei contributi ed è comunque la sola responsabile per ogni decisione definitiva in merito alla loro accettazione. I contributi non pubblicati non verranno restituiti.

Convenzioni grafiche

- Si richiede agli Autori di adottare le convenzioni grafiche qui di seguito indicate.
 - Per le denominazioni (sostantivi) dei gruppi etnico-culturali, linguistici, religiosi, politico-ideologici, va usata di norma la iniziale maiuscola (esempi: i Fenici, i Melanesiani, gli Europei, i Bororo [ma gli Indiani bororo o le comunità bororo], i Pentecostali).
 - Per le denominazioni di istituzioni, enti, associazioni, società scientifiche e altre strutture collettive, va usata di norma la iniziale maiuscola solo per la prima parola (esempi: Società italiana di antropologia medica, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)). Le relative sigle vanno invece date in maiuscoletto (esempio: SIAM) salvo nel caso in cui siano da tenere in conto anche eventuali articoli, congiunzioni o preposizioni (esempio: Comitato di redazione = CdR).
 - Per le denominazioni di periodi storico-cronologici va usata l'iniziale maiuscola (esempi: il Rinascimento, l'Medioevo, l'Ottocento, il Ventesimo secolo [oltreché, evidentemente, XX secolo]).
 - I termini in dialetto o lingua straniera, ove non accolti nella lingua del testo, vanno posti in corsivo.
 - I termini di cui si vuol segnalare l'utilizzo in una accezione particolare vanno posti tra virgolette in apice (" ").
 - Le citazioni, isolate o meno dal corpo del testo, vanno poste tra virgolette caporali (« »). Le citazioni da testi in lingua straniera – che vanno comunque poste, come si è detto, tra virgolette caporali – possono essere mantenute nella lingua originale, fornendone in questo caso, almeno in nota, la traduzione italiana. Ove la citazione sia mantenuta nella lingua originale, la sua collocazione tra virgolette caporali esime dall'uso del corsivo.
 - Le note, complessivamente precedute dall'indicazione *Note* e numerate in progressione, vanno fornite a fine testo (e non a pie' di pagina), prima dei *Riferimenti bibliografici* o di una vera e propria *Bibliografia*. I numeri d'ordine delle singole note, e gli stessi rimandi alle note nel testo dell'articolo, vanno posti in apice, in corpo minore, tra parentesi tonde (esempio: ⁽³⁾).

Normativa per i rinvii bibliografici nel testo e nelle note

- Nei richiami collocati nel testo oppure in nota con funzione di rinvio ai *Riferimenti bibliografici* o ad una vera e propria autonoma *Bibliografia*, si richiede che gli Autori adottino le convenzioni qui di seguito indicate.
 - Fra parentesi tonde vanno inseriti cognome (maiuscoletto) e nome (puntato) dell'autore o curatore, la data di pubblicazione dell'opera e, nel caso di citazioni o riferimenti specifici, il numero della/e pagina/e preceduto dal segno grafico dei due punti e da uno spazio. Esempi: (DE MARTINO E. 1961) (DE MARTINO E. 1961: 18) (DE MARTINO E. 1961: 18-22).

- Per richiami relativi a più opere del medesimo autore pubblicate in anni diversi: (DE MARTINO E. 1949, 1950). Per richiami relativi a più opere del medesimo autore pubblicate nel medesimo anno: (DE MARTINO E. 1948a, 1948b).
- Per richiami ad opere pubblicate in più edizioni: l'anno dell'edizione utilizzata seguito, tra parentesi quadra, dall'anno della prima edizione (DE MARTINO E. 1973 [1948]). Per richiami ad opere pubblicate in traduzione: l'anno dell'edizione utilizzata (tradotta) seguito, tra parentesi quadra, dall'anno dell'edizione originale (NATHAN T. 1990 [1986]).
- Per richiami relativi ad opere di più autori: (GOOD B. - DELVECCHIO GOOD M.-J. 1993). Nel caso di più di tre autori, nel richiamo può essere indicato solo il primo autore seguito da *et al.* (CORIN E.E. *et al.*), mentre nei *Riferimenti bibliografici* e nella *Bibliografia* devono tutti comparire.
- Per richiami relativi a differenti opere di differenti autori: (DE NINO A. 1891; PITRÈ G. 1896; ZANETTI Z. 1892).
- Per richiami relativi ad opere predisposte da un curatore: (DE MARTINO E. cur. 1962). Da più curatori: (LANTERNARI V. - CIMINELLI M. L. curr. 1998).

Normativa per la costruzione e l'ordinamento delle informazioni nella bibliografia

- Nella costruzione dei *Riferimenti bibliografici* cui si rinvia dal testo del contributo o anche da una sua nota, si richiede che gli Autori forniscano almeno le informazioni previste dalla esemplificazione qui di seguito proposta.
 - Libri
 - DE MARTINO Ernesto (1948), *Il mondo magico*, Einaudi, Torino.
 - DE MARTINO Ernesto (1973 [1948]), *Il mondo magico*, III ediz., introduzione di Cesare CASES, Boringhieri, Torino [I ediz.: Einaudi, Torino, 1948].
 - DE NINO Antonio (1879-1897), *Usi e costumi abruzzesi*, 6 voll., Barbera, Firenze.
 - DE NINO Antonio (1891), *Usi e costumi abruzzesi*, 6 voll., vol. V. *Malattie e rimedii*, Barbera, Firenze.
 - DE NINO Antonio (1965 [1879-1897]), *Usi e costumi abruzzesi*, ristampa anastatica della I ediz., 6 voll., Leo S. Olschki Editore, Firenze [I ediz.: Barbera, Firenze, 1879-1897].
 - NATHAN Tobie (1990 [1986]), *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, traduz. dal francese e cura di Mariella PANDOLFI, Ponte alle Grazie, s.l. [ediz. orig.: *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 1986].
 - FRIGESSI CASTELNUOVO Delia - RISSO Michele (1982), *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Einaudi, Torino.
 - CORIN Ellen E. - BIBEAU Gilles - MARTIN Jean-Claude - LAPLANTE Robert (1990), *Comprendre pour soigner autrement. Repère pour régionaliser les services de santé mentale*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
 - BASTANZI Giambattista (1888), *Le superstizioni delle Alpi Venete*, con una lettera aperta al prof. Paolo Mantegazza, Tipografia Luigi Zoppelli, Treviso / in particolare: *Superstizioni agricole*, pp. 141-146; *Superstizioni mediche (Superstizioni relative ai rimedii alle malattie e alle virtù curative di certe persone)*, pp. 163-189.

□ Opere collettive

- DE MARTINO Ernesto (curatore) (1962), *Magia e civiltà*, Garzanti, Milano.
- GALLI Pier Francesco (curatore) (1973), *Psicoterapia e scienze umane. Atti dell'VIII Congresso internazionale di psicoterapia (Milano, 25-29 agosto 1970)*, Feltrinelli, Milano.
- *Enciclopedia delle religioni* (1970-1976), 6 voll., Vallecchi, Firenze.
- MAUSS Marcel (1965 [1950]), *Teoria generale della magia e altri saggi*, avvertenza di Georges GURVITCH, introduzione di Claude LÉVI-STRAUSS (*Introduzione all'opera di Marcel Mauss*), traduz. dal francese di Franco ZANNINO, presentazione dell'edizione italiana di Ernesto DE MARTINO, Einaudi, Torino.

□ Contributi individuali entro opere collettive o entro collettanee di lavori del medesimo autore

- GOOD Byron - DELVECCHIO GOOD Mary-Jo (1981), *The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice*, pp. 165-196, in EISENBERG Leon - KLEINMAN Arthur (curatori), *The relevance of social science for medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht.
- BELLUCCI Giuseppe (1912), *Sugli amuleti*, pp. 121-127, in SOCIETÀ DI ETNOGRAFIA ITALIANA, *Atti del Primo congresso di etnografia italiana. Roma, 19-24 ottobre 1911*, Unione Tipografica Cooperativa, Perugia.
- DI NOLA Alfonso M. (1972), *Malattia e guarigione*, coll. 2-15, 2 tavv. f.t., in *Enciclopedia delle religioni*, 6 voll., vol. IV, Vallecchi, Firenze.
- TAMBIAH Stanley Jeyaraja (1985), *A Thai cult of healing through meditation*, pp. 87-122, in TAMBIAH Stanley Jeyaraja, *Culture, thought, and social action. An anthropological perspective*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts) - London [ediz. orig. del saggio: *The cosmological and performative significance of a Thai cult of healing through meditation*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. I, 1977, pp. 97-132].

□ Opere collettive in periodici

- LÜTZENKIRCHEN Guglielmo (curatore) (1991), *Psichiatria, magia, medicina popolare. Atti del Convegno (Ferentino, 14-16 novembre 1991). Sezione demo-antropologica. I*, "Storia e Medicina Popolare", vol. IX, fasc. 2-3, maggio-dicembre 1991, pp. 58-213.

□ Contributi individuali entro opere collettive in periodici

- PRINCE Raymond (1982), *Shamans and endorphins: hypotheses for a synthesis*, pp. 409-423, in PRINCE Raymond (curatore), *Shamans and endorphins*, "Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology", vol. 10, n. 4, inverno 1982.

□ Articoli in periodici

- DE MARTINO Ernesto (1956), *Crisi della presenza e reintegrazione religiosa*, "Aut-Aut", n. 31, 1956, pp. 17-38.
- DE MARTINO Ernesto (1949), *Intorno a una storia dal mondo popolare subalterno*, "Società", vol. V, n. 3, settembre 1949, pp. 411-435.
- BELLUCCI Giuseppe (1910), *La placenta nelle tradizioni italiane e nell'etnografia*, "Archivio per l'Antropologia e la Etnologia", vol. XL, fasc. 3-4, 1910, pp. 316-352.

- DE MARTINO Ernesto (1942-1946), *Percezione extrasensoriale e magismo etnologico*, “Studi e Materiali di Storia delle Religioni”, vol. XVIII, 1942, pp. 1-19, vol. XIX-XX, 1943-1946, pp. 31-84.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1985), *Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*, “Nueva Antropología”, vol. VII, n. 28, ottobre 1985, pp. 11-27.
- Nota bene: le indicazioni dei luoghi di edizione, come peraltro quelle degli editori, vanno mantenute nella lingua originale. Vanno invece dati in italiano termini come: curatore / presentazione di ..., introduzione di ..., avvertenza di ..., postfazione di ... / traduz. dall'inglese di ... / ristampa, II ediz., III ediz. rivista e corretta, ediz. orig., / nuova serie, vol., fasc., n., ottobre-dicembre, estate.
- I *Riferimenti bibliografici* di fine contributo vanno organizzati per ordine alfabetico in relazione al cognome dell'autore o curatore.
 - Nel caso di più lavori di uno stesso autore o curatore pubblicati in anni diversi, i riferimenti vanno organizzati per ordine cronologico. Nel caso di più lavori di uno stesso autore o curatore pubblicati nel medesimo anno, i riferimenti vanno organizzati per ordine alfabetico (in base al titolo) e le date vanno contrassegnate con lettere minuscole progressive: esempio: (1990a) e (1990b).
 - Nel caso di un lavoro prodotto da più autori o curatori, i riferimenti vanno collocati *dopo* quelli in cui il primo autore compare da solo. Nel caso in cui il primo autore compaia in differenti lavori con differenti co-autori, la collocazione alfabetica terrà in conto ciascun insieme di co-autori (esempio: *prima* BIANCHI M. - ROSSI C., *poi* BIANCHI M. - ROSSI C. - NERI F. *e poi* BIANCHI M. - VERDI G.).
 - Nel caso in cui un autore risulti *anche* curatore di altro o altri lavori, questi ultimi vanno ordinati *dopo* quelli in cui egli è autore.

Altre norme bibliografiche

- Laddove i lavori indicati in una vera e propria *Bibliografia* – laddove cioè non costituiscano solo oggetto di rinvio dal testo o da una nota e non siano dunque *riferimenti bibliografici* – la indicazione relativa alla data di pubblicazione può essere data in questo caso entro parentesi, dopo quella dell'autore, o/e essere invece data dopo il luogo di edizione. Lo stesso vale nel caso di singole indicazioni bibliografiche isolate.
- Per i contributi destinati a rubriche come *Repertori* o *Osservatorio* – curati redazionalmente o direttamente commissionati a singoli collaboratori – possono volta a volta valere nella costituzione delle schede bibliografiche criteri integrativi finalizzati a fornire un maggior numero di informazioni relative alle pubblicazioni (ad esempio le pagine complessive del volume o la sua eventuale collocazione in una collana editoriale) ovvero altri criteri concernenti invece materiali diversi quali tesi di laurea o di dottorato oppure documenti filmici o videomagnetici. Tali criteri saranno comunicati per tempo ai singoli collaboratori cui il contributo viene richiesto.

Direttore responsabile

Tullio Seppilli

Direzione e Redazione

AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica

c/o Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

ex Monastero di Santa Caterina Vecchia

strada Ponte d'Oddi, 13

06125 Perugia (Italia)

tel.e fax: (+39)075/41508e(+39)075/5840814

e-mail: redazioneam@antropologiamedica.it

Proprietà della testata e Editore

Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

ex Monastero di Santa Caterina Vecchia

strada Ponte d'Oddi, 13

06125 Perugia (Italia)

tel.e fax: (+39)075/41508e(+39)075/5840814

e-mail: fondazionecelli@antropologiamedica.it

sito web: www.antropologiamedica.it

partita IVA: 01778080547

Editore

ARGO Editrice s.c.r.l.

via San Lazzaro, 8

73100 Lecce (Italia)

tel.: (+39) 0832/241595

fax: (+39) 0832/303630

e-mail: info@argoeeditrice.it

sito web: www.argoeeditrice.it

partita IVA: 02600260752

Stampa

Stabilimento Tipografico «Pliniana»

viale Francesco Nardi, 12

06016 Selci Lama (prov. di Perugia, Italia)

tel.: (+39) 075/8582115

fax: (+39) 075/8583932

e-mail: st.pliniana@libero.it

Come acquisire AM

per abbonarsi o ricevere numeri arretrati rivolgersi a:

ARGO Editrice s.c.r.l.

via San Lazzaro, 8

73100 Lecce (Italia)

tel.: (+39) 0832/241595

fax: (+39) 0832/303630

e-mail: info@argoeeditrice.it

sito web: www.argoeeditrice.it

costo:

- abbonamento annata 2014: Italia e Paesi della Unione europea € 50,00
altri Paesi US\$ 75
- numero 37/aprile 2014 € 20,00
- numero 38/ottobre 2014 € 30,00

Per i Soci SIAM il versamento della quota associativa annuale comprende anche il diritto a ricevere la rivista



Stampato dallo Stabilimento Tipografico «Pliniana»
Viale F. Nardi, 12 – 06016 Selci-Lama (PG)
www.pliniana.it