
AM

AM *Rivista della Società italiana di antropologia medica*

Direttore Tullio Seppilli (*presidente SIAM*, 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) / 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) / Arouna Keita (Département de médecine traditionnelle, Bamako - Université du Mali, Bamako) / 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) / 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) / Allan Young (McGill University, Montréal)

Comitato scientifico *Il Consiglio direttivo della SIAM*: Paolo Bartoli (Università di Perugia) / Andrea Caprara (Escola de saúde pública do Ceará, Fortaleza - Universidade federal do Ceará, Fortaleza) / Piero Coppo (ORISS) / Donatella Cozzi (Università di Udine) / Paola Falteri (Università di Perugia) / Clara Gallini (Università di Roma "La Sapienza") / Elsa Guggino, *vice-presidente* (Università di Palermo) / Vittorio Lanternari (Università di Roma "La Sapienza") / Luigi M. Lombardi Satriani (Università di Roma "La Sapienza") / Alessandro Lupo (Università di Roma "La Sapienza") / Vincenzo Padiglione (Università di Roma "La Sapienza") / Mariella Pandolfi, *vice-presidente* (Université de Montréal) / Giovanni Pizza (Università di Perugia) / Pino Schirripa (Università di Perugia) / Tullio Seppilli, *presidente* (Università di Perugia) / *Il Delegato della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)*: Giovanni Berlinguer (Università di Roma "La Sapienza")

Comitato di redazione Paolo Bartoli (Università di Perugia) / Andrea Caprara (Escola de saúde pública do Ceará, Fortaleza - Universidade federal do Ceará, Fortaleza) / Giuseppe Cardamone (Azienda USL n. 4 [Prato] della Regione Toscana) / Donatella Cozzi (Università di Udine) / Fabio Dei (Università di Roma "La Sapienza") / Paola Falteri (Università di Perugia) / Salvatore Inglese (Azienda USL n. 7 [Catanzaro] della Regione Calabria) / Laura Lepore (Università di Perugia) / Alessandro Lupo (Università di Roma "La Sapienza") / Cristiano Martello (Università di Perugia) / Massimiliano Minelli (Università di Perugia) / Enrico Petrangeli (Università di Perugia) / Giovanni Pizza (Università di Perugia) / Pino Schirripa (Università di Perugia) / César Zúniga Valle (Università di Perugia)

Segreteria di redazione Giovanni Pizza, *coordinatore* / Giancarlo Benicchi / Cristiano Martello / Massimiliano Minelli / Maya Pellicciari / César Zúniga Valle

Editing Giancarlo Benicchi / Amina De Napoli / Cristiano Martello / Massimiliano Minelli

Progetto grafico Alberto Montanucci e Enrico Petrangeli (Orvieto)

AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica è una testata semestrale della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) e viene realizzata con la collaborazione della Sezione antropologica [già Istituto di etnologia e antropologia culturale] del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia

AM

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA

7-8
ottobre 1999



Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute – Perugia

ARGO



L'immagine posta al centro della copertina di questo fascicolo di *AM* riproduce un ex-voto in maiolica policroma collocato, insieme ad altre centinaia del medesimo materiale, all'interno della Chiesa della Madonna dei Bagni presso Casalina, comune di Deruta in provincia di Perugia. I colori sono quelli classici della maiolica derutese tradizionale: arancio, blu-verde, bruno-manganese, giallo, verde-ramina. Le dimensioni: larghezza cm 52 × altezza cm 35,5. Vi è rappresentato, come si vede, un uomo ferito e in stato di possessione mentre è liberato dai demoni mediante l'azione esorcistica di un sacerdote (cattolico). Una breve didascalia ricorda l'evento: la richiesta di grazia e l'intervento salvifico di cui l'ex-voto costituisce appunto il pubblico pegno di ringraziamento: «QUESTO HUOMO ESENDO SPIRITATO E HAVENDO HAUTO UNA HARCHEBUGIATA RICORSE ALLA B.A VERGINE SI LIBERO 1678». I rituali votivi e il complesso cultuale dedicati alla Madonna della Quercia – quasi subito ridenominata "dei Bagni" in riferimento a precedenti pratiche locali per evitare confusioni con altre omonime madonne arboree (prima di tutte la già famosa Madonna della Quercia di Viterbo) – ebbero inizio a metà del secolo XVII dopo pii eventi che la leggenda di fondazione del culto fissa al 1657. Le prime pratiche manifestano un forte sincretismo fra modelli rituali elaborati dal cattolicesimo e altri, di "similarità" e di "contatto", derivati evidentemente da più antiche forme magiche di difesa dal negativo. La tradizionale pratica dei "giri" compiuti attorno alla quercia sacralizzata, ad esempio, o il contatto corporeo con il suo tronco o con frammenti della sua corteccia. O infusi delle sue foglie nell'acqua benedetta di una fonte miracolosamente scaturita in piena siccità estiva, nei pressi della quercia, per opera della stessa Vergine. Sul luogo viene subito eretto un tabernacolo, ma già nello stesso anno dei primi eventi miracolosi si dà inizio alla costruzione di una chiesa che proprio avanti all'altare ingloberà quanto rimane della quercia con la sacra immagine della Madonna «lasciando il sito di dietro per fare la passata [i "giri"] intorno, di già introdotta dal popolo concorsovi». Con gli anni il culto si concentra in larga misura sul semplice affidamento alla Vergine nei momenti difficili dell'esistenza e alla esposizione degli ex-voto, nella chiesa, a pubblica testimonianza della grazia ricevuta. E ben presto la chiesa diviene il "deposito" di una imponente quantità di ex-voto in maiolica policroma predisposti dai vicini maiolicari derutesi su richiesta di fedeli "miracolati" provenienti dall'intero territorio circostante. Questo "deposito" ammontava ancora recentemente a 598 formelle prima dei furti del marzo 1976 (8 formelle) e del settembre 1980 (205 formelle), cui seguirono solo parziali recuperi. Di quelle 598 formelle, ben 182 sulle 372 che consentivano una sicura attribuzione all'evento negativo di cui l'ex-voto celebrava il superamento si riferivano a guarigioni da differenti stati patologici, e cioè quasi il 50%: che salgono ancora se consideriamo gli ex-voto riferiti ai casi di liberazione da stati di possessione diabolica, al superamento di parti difficili e a incidenti dei più vari tipi. Per tutta questa materia si può vedere il volume curato da Grazietta GUAITINI per conto della PROVINCIA DI PERUGIA, *Gli ex-voto in maiolica della Chiesa della Madonna dei Bagni a Casalina presso Deruta*, Nuova Guaraldi Editrice, Firenze, 1983, e in particolare i due saggi di Grazietta GUAITINI e Tullio SEPPILLI che vi sono contenuti: *L'irruzione del negativo e l'intervento del soprannaturale nello spazio e nel tempo quotidiano: la fondazione del culto e il corpus di ex-voto in maiolica della Madonna dei Bagni* (pp. 11-39) e *La indagine tipologica sugli ex-voto in maiolica della chiesa della Madonna dei Bagni presso Deruta* (pp. 71-79).

[Tullio Seppilli]

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

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica

Indice

n. 7-8, ottobre 1999

Saggi

11 Giovanni Berlinguer
Globalizzazione e salute globale

35 Mary-Jo Del Vecchio Good
Metafore della vita e della società nella salute e nella malattia: l'abbraccio biotecnico

53 Alessandro Lupo
Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta fra dialogo e azione

Ricerche

93 Virginia De Micco
Malattia maleficio possessione. Metafore per un'interiorità sofferente

129 Ivo Quaranta
Costruzione e negoziazione sociale di una sindrome: un'indagine antropologica sul contenzioso intorno alla Chronic fatigue syndrome (CFS) *nel Regno Unito*

173 Francesca Cappelletto - Enzo Merler
L'esperienza del corpo e la percezione del rischio delle malattie da amianto nelle narrazioni degli emigrati italiani alla miniera di Wittenoom, Western Australia

Note e Interventi

201 Paolo Bartoli
A proposito della traduzione italiana di un recente libro di Byron Good

Rassegne

209 Claudia Merli
Il corridore di Amok: dall'eroico guerriero al folle internato. Mutamenti nella visione di un fenomeno culturale malese trasformato in sindrome psichiatrica

Osservatorio 251 Indice

253 *Panorami*

Tarantismi oggi: un panorama critico sulle letterature contemporanee del tarantismo (1994-1999) [Giovanni Pizza], 253.

275 *Istituzioni*

*Istituto per le ricerche e gli studi sull'emarginazione sociale e culturale (*Irsesc*). L'isola di San Servolo, il suo ospedale e una fondazione per la storia della follia* [Giampaolo Storti], 275 / *Il Central Council for research in Unani medicine, Delhi (*Ccrum*, Ministry of health and family welfare, Government of India)* [Fabrizio Speziale], 285.

287 *Resoconti*

*X Conferenza internazionale della Associazione internazionale di politiche per la salute (*Iahp*) "Equità e salute nel mondo: neoliberismo o nuovo welfare? (Perugia, 23-26 settembre 1998)* [Giovanni Barro - Paola Casacci], 287 / *"Sciamani, medici, guaritori. Sistemi terapeutici e contesti sociali" (Firenze, 14-15 novembre 1998). Terza annualità del programma triennale 1996-1998 "L'Umano e il Divino. Il rapporto con il soprannaturale fra tradizione e modernità". Sezione antropologica della XXXIX edizione del Festival dei popoli, Firenze 13-19 novembre 1998* [Tullio Seppilli], 300 / *Tavola rotonda "Ciak, si muore. Moralità e immoralità della morte al cinema" (Firenze, 15 novembre 1998) nel quadro della XXXIX edizione del Festival dei popoli, Firenze, 13-19 novembre 1998* [Sabrina Flamini], 306.

311 *Segnalazioni*

327 *Lavori in corso*

Donne e infezione da Hiv: dall'analisi dei determinanti dei comportamenti preventivi in gruppi eterogenei di giovani donne (20-25 anni) alla sperimentazione di una metodologia di intervento per la modifica dei comportamenti a rischio [María José Caldés - César Zúniga Valle], 327.

333 *Recensioni*

Giuseppe Cardamone, *L'etnopsichiatria in Italia: una nuova stagione di studi* [Roberto Beneduce, *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*], 333 / Giovanni Pizza, *Un classico dell'antropologia romena: il "folclore medico comparato" di Ion Aurel Candrea* [Ion Aurel Candrea, *Folclorul medical român comparat. Privire generalã. Medicina magicã*], 336 / Giovanni Pizza, *Figure della possessione nel culto calabrese di san Bruno* [Tonino Ceravolo, *Gli spirdàti. Possessione e purificazione nel culto calabrese di san Bruno di Colonia*], 341 / Fabio Dei, *Come tradurre una sindrome culturale* [Maria Luisa Ciminelli, *Follia del sapere e saperi della follia. Percorsi etnopsichiatrici tra i Bamanan del Mali*], 344 / Donatella Cozzi, *Dalla*

mal'aria alla malasanità: una storia della medicina e della sanità in Italia [Giorgio Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale 1348-1918* - Giorgio Cosmacini, *Medicina e sanità in Italia nel Ventesimo secolo. Dalla "spagnola" alla II guerra mondiale* - Giorgio Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*], 349 / Salvatore Inglese, *La mediazione interculturale in contesto etnopsichiatrico* [Sybille de Pury, *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*], 353 / Paolo Bartoli, *Un'etnologa a Lourdes* [Clara Gallini, *Il miracolo e la sua prova. Un etnologo a Lourdes*], 356 / Fabio Dei, *Il destino dei rituali terapeutici nella modernità* [Vittorio Lanternari - Maria Luisa Ciminelli (curatori), *Medicina, magia, religione, valori. Volume secondo: dall'antropologia all'etnopsichiatria*], 363 / Alessandro Lupo, *Corpi, significati e pratiche sociali: percorsi storico-antropologici in Europa* [Giovanni Pizza (curatore), *Figure della corporeità in Europa*], 374 / Giovanni Pizza, *Sistemi di comunicazione con l'aldilà: una lettura della stregoneria nell'Europa centro-sud-orientale* [Éva Pócs, *Between the Living and the Dead. A perspective on witches and seers in the early Modern Age*], 382 / Giovanni Pizza, *Cocullo rivisitata: sul dialogo fra Giuseppe Profeta e Alfonso Maria Di Nola* [Giuseppe Profeta, *Il serpente sull'altare. Il patronato antifebbrile di San Domenico di Cocullo e la sua metamorfosi antimorso. Ecologia e demopsicologia di un culto*], 390.

393 *Schede di lettura*

411 *Spoglio dei periodici*

461 *Tesi universitarie*

Hanno collaborato alle traduzioni in questo fascicolo di *AM*: *per i lavori originali* Antonella Crudo (dall'inglese) / *per i riassunti* Maya Pellicciari (in francese e in inglese) / César Zúniga Valle (in spagnolo).

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica / 7-8, ottobre 1999, pp. 11-34

*Globalizzazione e salute globale**

Giovanni Berlinguer

presidente del Comitato nazionale di bioetica (Roma) / professore ordinario di fisiologia e igiene del lavoro nella Università degli studi di Roma "La Sapienza"

Quale globalizzazione?

Si parla molto, oggi, di globalizzazione. Si globalizzano le finanze, l'informazione simultanea, le migrazioni di popoli, la criminalità organizzata, le conoscenze scientifiche e le tecnologie, i sistemi di potere, le produzioni e il lavoro umano. La globalizzazione può essere esaltata come opportunità per la crescita economica e culturale dei popoli, oppure criticata in considerazione del come è controllata, del chi lo fa e in quali direzioni. Essa è però irrefrenabile, soprattutto perché corrisponde alla fase attuale dello sviluppo storico del mondo, e perché può rispondere a molte esigenze degli esseri umani.

Questa affermazione si presta a due obiezioni fondamentali. La prima è che la globalizzazione dell'economia significa oggi l'accumulazione di capitale e di potere nelle mani di pochi attori con il predominio degli interessi della finanza internazionale su ogni altro; questo comporta: «un aumento della disuguaglianza senza precedenti.» (Navarro V. 1998: 742-743). La seconda è che il concetto e la cultura della globalizzazione sono stati creati e diffusi dalle forze neoliberali determinate a far credere che non ci sono alternative praticabili e quindi negando le funzioni della politica e della democrazia: «Nei dibattiti accademici, non meno che nella politica e nei media, l'idea della globalizzazione è stata intrecciata dall'inizio con l'idea della intensa competizione tra gli stati per l'accrescimento del capitale volatile e con la conseguente stretta subordinazione di molti stati ai dettati delle agenzie capitalistiche.» (Arrighi G. 1998).

Ambedue le obiezioni si basano su fatti reali. Si può anche aggiungere che il capitalismo, per la sua natura, non conosce confini (la vita umana, la

salute, e perfino le parti del corpo umano si vanno trasformando in merce); e che il credo neoliberista viene imposto ai popoli con le regole del fondamentalismo monetario, che non ammette eresie. Lo dimostra il fatto che la Banca mondiale e il Fondo monetario internazionale subordinano i loro aiuti all'impegno dei governi di smantellare i loro sistemi di sanità pubblica e di welfare (Chossudovsky M. 1997). Ciò costituisce, probabilmente, il più importante "esperimento sugli umani" della storia, quasi sempre realizzato senza il "consenso informato" e senza l'analisi dei costi-benefici. Le conseguenze di questa scelta (e più ancora dei crescenti dislivelli di reddito, di sapere e di potere tra le differenti classi, gruppi etnici, generi e popoli) si sono tradotte negli ultimi vent'anni, quasi ovunque, in un aumento delle disuguaglianze nei livelli di salute, documentate da eloquenti statistiche che sono traducibili in milioni di esistenze umane stroncate o logorate.

Si deve aggiungere però che gli ultimi anni testimoniano una sconosciuta ondata di reazioni a questa situazione e di iniziative per l'equità a proposito della salute. Il progetto *Global equity in health*, che ha avuto inizio nel febbraio del 1996 ora comprende quindici Paesi. Altri incontri, progetti di ricerca e dichiarazioni hanno fatto seguito, in un insospettabile effetto a "palla di neve", tanto da porre il tema all'ordine del giorno delle politiche sanitarie in molte nazioni. La questione ha assunto una fisionomia precisa per la World Health Organization (Who) e per altre agenzie internazionali. Anche questa è globalizzazione, che ha potuto essere avviata non solo per ragioni specifiche, relative alla salute, ma perché il clima culturale e morale del mondo sta cambiando.

Vent'anni fa, prevalevano speranze e illusioni verso il potere risanatore del mercato. L'ideologia neoliberale aveva trasformato il mercato da quel che è stato sempre, cioè un opportuno stimolo e regolatore dell'economia, in un dio onnipotente e benevolo, che si è rivelato, invece, capriccioso e crudele. Nubi oscure si addensano infatti sull'economia mondiale, e nei pensieri della gente domina la preoccupazione.

Ci si interroga ora su quali siano le implicazioni, sul piano morale, dell'aumento delle disuguaglianze; e ci si chiede se, oltre certi limiti, queste non possano rendere problematica la convivenza nelle nazioni e tra le nazioni. Sul piano politico, si ricercano e si costruiscono nel consenso popolare, soprattutto in Europa, quelle alterative di governo che sembravano precluse per sempre.

Le vere domande, perciò, non sono rivolte a chiedere se la moltiplicazione dei rapporti internazionali e la maggiore interdipendenza siano un bene o

un male, se ciò deve essere favorito o contrastato, ma piuttosto verso altre questioni: quale globalizzazione? per quali scopi? con quale guida?

Globalizzare la salute

Io cercherò di dare una risposta parziale a queste domande, guardando la realtà attraverso l'osservatorio costituito dal concetto di salute, intesa come benessere individuale, come interesse collettivo, e come condizione essenziale per vivere liberi. La "libertà sostanziale" è, infatti, menomata quando predomina la malattia: a) perché l'individuo viene solitamente impedito nelle sue facoltà di decidere e di agire; b) perché la sua sorte è affidata ad altri poteri e non è più considerato nel suo status di cittadino avente diritti; c) perché la malattia, quando è persistente o cronica, spinge spesso l'individuo (come le nazioni), verso una degradazione, verso il circolo vizioso di una regressione che rischia di essere irreversibile.

Finora, molte analisi del rapporto fra globalizzazione e salute hanno guardato alla salute come a un sottoprodotto, come a una conseguenza spontanea – positiva secondo alcuni, negativa secondo altri – di forze globalizzatrici estranee a questa esigenza, che si sono mosse motivate soltanto da altri interessi. Io suggerisco invece un altro approccio, inizialmente descrittivo, e poi normativo. Enfatizzerò perciò il fatto che la salute deve essere affrontata oggi come un problema globale, e che la sua globalizzazione è un bene, per il quale lavorare in modo esplicito e programmato.

Aggiungo che le tendenze in atto devono essere corrette e guidate: è un paradosso non piccolo che un bene così essenziale come la salute globale sia negletto o deteriorato quando la globalizzazione diventa preminente e pervasiva. La salute globale è uno scopo sociale desiderabile, oggi trascurato o stravolto dall'influenza del fondamentalismo monetario, che bisogna invece porre in evidenza primaria sia per il suo valore intrinseco, sia come simbolo del prevalere di valori umani su altri interessi.

La lotta contro le inequità è un forte stimolo verso questo obiettivo. Ma vale altrettanto, e forse più sul piano pratico, la consapevolezza, che la salute è un bene indivisibile, e che il genere umano è collegato da un comune destino. Gli ultimi anni hanno fatto crescere, nel mondo, la coscienza ambientalista, basata sulla constatazione elementare che viviamo in un unico pianeta. Non è successo altrettanto per la coscienza sanitaria. Quanto hanno pesato, per favorire questa passività diffusa, i silenzi interessati di

chi sa, l'opportunismo di chi può (a partire dall'Organizzazione mondiale della sanità), le complicità della politica, e infine le distorsioni delle scienze mediche, fortemente restie a riconoscere che l'origine delle malattie sta fondamentalmente nell'intreccio fra biologia e società?

L'unificazione microbica del mondo

Il mio punto di partenza è la minaccia della malattia in un schizzo di alcuni aspetti della storia moderna. Accennerò ai risultati ottenuti, e alla regressione (relativa) degli ultimi decenni. Descriverò alcuni fra i danni e i rischi che si stanno accumulando su scala globale: infezioni, degrado ambientale, droghe, violenze. Concluderò con alcune osservazioni di carattere prevalentemente morale.

La trasmissione delle epidemie tra paesi e continenti, specialmente tra l'Asia e l'Europa, è vecchia come la storia del genere umano. La globalizzazione delle malattie, cioè la diffusione degli stessi quadri morbosi in ogni parte del mondo, comincia nell'anno 1492. La scoperta (o conquista) dell'America, un punto di svolta nella storia, significò anche l'unificazione microbica del mondo: il passaggio dalla separazione dei popoli (e delle malattie) alla loro comunicazione (Berlinguer G. 1992, Morse S. S. 1992). Prima di allora, diverse condizioni dell'ambiente, dei modelli nutrizionali, dell'organizzazione sociale e culturale, di presenza o assenza di agenti e vettori biologici delle malattie trasmissibili avevano creato quadri epidemiologici assai differenti, nel vecchio e nel nuovo mondo.

Non esisteva per esempio nelle Americhe il vaiolo, il morbillo, la febbre gialla, né in Eurasia e in Africa la sifilide. La sifilide si manifestò in forma epidemica, per la prima volta nel vecchio mondo, nell'anno 1495, con la conquista di Napoli da parte delle truppe francesi di Carlo VIII. Gli italiani la chiamarono perciò "mal francese", e i francesi "mal napolitain"; e quando arrivò in Oriente, i giapponesi la definirono "mal portoghese", e così via stigmatizzando. La tendenza a incolpare gli "altri" per le epidemie è una costante della storia: gli ebrei furono biasimati come portatori della peste nera in Europa, gli irlandesi per il colera a New York, gli italiani per la poliomielite a Brooklyn. Si deve, inoltre, ricordare che la prima definizione dell'Aids, formulata dallo statunitense *Center for disease control* (Cdc) di Atlanta quando identificò la malattia, fu quella di immunodeficienza acquisita degli omosessuali; poi, in molti attribuirono la malattia agli haitiani.

Dopo il 1492 l'impatto delle nuove malattie, in popolazioni in cui non

esisteva alcun grado di immunità naturale, fu devastante, soprattutto nel continente americano, e rappresentò una delle cause del maggior genocidio avvenuto in tutta la storia della specie umana. Non l'unico fattore, ma certamente una delle massime cause. Molti storici ritengono però che l'enfasi esclusiva su questo fattore, derivante da un fenomeno allora incontrollabile, come era il rapporto fra microrganismi e difese biologiche umane, ponga in ombra le altre cause colpevoli dello sterminio. Esse vanno ricercate nella perdita di identità, di sicurezza e di potere dei popoli del nuovo mondo, e quindi nello sterminio deliberato, nell'imposizione del lavoro schiavistico e letale nelle miniere, nella rottura dei modelli alimentari, e nel collasso psicologico e culturale che ridusse la resistenza alle malattie e causò perfino epidemie di suicidi.

A partire dal secolo XVI si realizzò quindi l'unificazione microbica del mondo. Dovevano però trascorrere tre secoli prima che l'umanità (popoli, governi, cultura e scienza) prendesse coscienza dei rischi comuni, affermasse l'esistenza di diritti fondamentali di ogni essere umano, e cominciasse ad affrontarli con un impegno che va oltre le frontiere.

La globalizzazione della salute nei secoli XIX e XX

Soltanto nel XIX secolo si consolidò l'idea che, pur essendo il libero mercato un fattore di progresso nell'economia, qualcosa dovesse rimanervi estraneo: gli esseri umani, innanzitutto, perché altrimenti la sicurezza e la dignità di tutti ne sarebbero state compromesse. Su questa base si cominciarono a formulare regole e divieti contro la schiavitù, che in seguito divennero universali. Solo nel XIX secolo, soprattutto, si verificarono i tre presupposti di un'azione efficace contro le malattie trasmissibili che erano in tutti i paesi, di gran lunga, la causa fondamentale di morte: la conoscenza delle loro cause, l'individuazione di rimedi preventivi e terapeutici, e la volontà di agire contro di esse sul piano internazionale.

Il primo esempio di questa azione fu, già alla fine del Settecento, la vaccinazione contro il vaiolo. Essa era praticata da lungo tempo in Asia, con l'uso di siero tratto dalle pustole vaiolose guarite; l'Europa ne venne a conoscenza attraverso la Turchia, dove le curatrici empiriche riuscivano a provocare nei bambini la malattia in forma attenuata, e a creare in loro un'immunità permanente. Tale sistema non si era diffuso in Europa, probabilmente per la "cecità epistemologica" e per l'arroganza professionale dei medici europei, che pensavano di non aver nulla da apprendere da persone che i loro pregiudizi spingevano a considerare, sotto il profilo

intellettuale, tre volte sottosviluppate: perché donne, perché curatrici empiriche e perché turche. La vaccinazione si diffuse in Europa, e da qui nel mondo, quando Jenner (attingendo anche lui dall'esperienza popolare femminile) la reinventò, la perfezionò e ne dimostrò su larga scala l'efficacia.

I decenni che comprendono la fine del XIX secolo e l'inizio del XX furono l'epoca di maggior progresso nella lotta contro le malattie epidemiche. Si scoprirono molti microbi, agenti di infezioni diffuse e letali come la tubercolosi, la peste, il colera, e i modi della loro trasmissione, attraverso artropodi vettori o attraverso i cibi e le acque contaminate. Si introdussero sieri e vaccini. Si risanarono molte città. Si votarono leggi per ridurre la giornata lavorativa da 12-14 fino a 8 ore, garanzie per le donne in gravidanza e limitazioni per il lavoro dei minori. Si diffusero le assicurazioni sociali e altre forme di tutela collettiva della salute. Si decisero accordi fra nazioni contro il passaggio di malattie da una parte all'altra del mondo; e si creò, con l'Ufficio internazionale delle epidemie, il primo embrione di un organismo mondiale per la sanità.

È di rilevante interesse storiografico ricordare che molte scoperte di agenti biologici e di vettori di malattie epidemiche furono fatte da medici o da commissioni scientifiche militari, che lavoravano al seguito di eserciti coloniali: nel Nord Africa il plasmodio della malaria; in India il ruolo delle pulci e dei ratti nella trasmissione della peste; in America centrale, nel periodo della realizzazione del canale di Panama, quello di *Aedes aegypty* come vettore della febbre gialla. Queste ricerche furono incentivate perché le malattie colpivano gli eserciti e i coloni, oltre che le popolazioni locali, e nuove conoscenze erano indispensabili per stabilizzare le conquiste e lo sfruttamento. Ma tutti ne beneficiarono, comprese (in misura minore) le popolazioni locali.

Come risultato di molteplici fattori, e anche della convergenza di interessi diversi, in quei decenni si ebbe per la prima volta una stabile regressione di flagelli "eterni" dell'umanità, e si aprì il cammino all'aumento della speranza di vita della specie umana. Questo fatto, sebbene sia avvenuto in modo assai diverso nel tempo storico e nello spazio geografico del globo, mantenendo sostanziali inequità fra i popoli e fra le classi, preparò la strada all'affermazione di una diversa aspettativa di vita. Esso rappresenta indubbiamente uno straordinario progresso sociale e biologico del nostro secolo.

Il nostro secolo ha portato due guerre mondiali, innumerevoli guerre locali, genocidi e violenze. Ma, per esso, è anche valido il giudizio dello

storico inglese Arnold J. Toynbee per cui il secolo XX sarà ricordato principalmente non come un'epoca di conflitti politici e di invenzioni tecniche, ma come l'epoca nella quale la società umana osò pensare alla salute dell'intera specie umana come a un obiettivo pratico raggiungibile.

La regressione degli ultimi decenni

Non sono però sicuro che gli ultimi decenni saranno ricordati allo stesso modo. Questa diffusa sensazione deriva innanzitutto dai fatti: dalla caduta di molte speranze, dal rallentamento del progresso sanitario, dall'accrescimento delle differenze e delle iniquità nel livello di salute e nel grado di sicurezza tra le nazioni, e all'interno di gran parte delle nazioni. Ma deriva anche dagli orientamenti culturali che stanno prevalendo in gran parte dei paesi, e che si possono riassumere in quattro punti connessi con la globalizzazione:

1. L'idea che la salute è un fondamento, come moltiplicatore delle risorse umane, e soprattutto una finalità primaria della crescita economica, è stata sostituita quasi universalmente da un'idea opposta. I servizi pubblici di salute e l'universalità delle cure sono un ostacolo, e spesso l'ostacolo principale, per la finanza pubblica e per lo sviluppo della ricchezza; a ciò consegue che la riduzione (non la razionalizzazione, che è indispensabile in tutti i paesi!) della spesa sanitaria è il maggiore imperativo di ogni governo.

2. L'Organizzazione mondiale della sanità ha perso, per i suoi difetti e per il disimpegno dei governi, la sua funzione di guida nelle politiche sanitarie del mondo. I poteri e le influenze, in questo campo, si sono spostate verso la Banca mondiale e il Fondo monetario internazionale, che sono diventati (non per sempre spero) i leader sanitari essenziali soprattutto per i paesi meno sviluppati. In un editoriale dell' "American Journal of the Public Health" che ha aperto un dibattito sullo stato della salute a livello internazionale, G.A. Silver ha scritto: «Il ruolo della World health organization è passato alla molto più ricca e influente World bank. E gli scopi della WHO sono stati dispersi tra altre agenzie delle Nazioni Unite [...] tuttavia senza che una struttura delle Nazioni Unite abbia la supervisione o che esista un piano organico di campagna sanitaria» (SILVER G.A. 1998). Questa deriva e questo vuoto è stato documentato da Koivusalo e da Olilla e definito "politica sanitaria in contumacia" (KOIVUSALO M. - OLILLA E. 1998).

3. Il modello che assegnava alla *primary health care* la funzione preventiva e terapeutica essenziale, è stato sostituito in molti paesi dalla tendenza a

smantellare i meccanismi di intervento pubblico. Anche in Paesi con risorse minime viene assegnata priorità alle tecnologie costose e riservate a pochissimi privilegiati. I servizi comunitari sono sostituiti dalle assicurazioni private – che negli Stati Uniti si sono rivelate il sistema più costoso e meno equo di assistenza sanitaria – e allo Stato si riserva soltanto la cura dei poveri. Questo è esattamente ciò che accadeva in Europa nel secolo XIX.

4. L'idea che la salute del mondo è indivisibile, che è stata cruciale al principio del secolo e ha costituito il fondamento dell'Oms, è stata sostituita dalla convinzione, molto diffusa in Europa e negli Stati Uniti, che questi popoli possano godere del massimo di salute isolati dalle sofferenze degli altri popoli. La medesima illusione si è diffusa, all'interno di ogni nazione, tra i gruppi sociali sani e ricchi che hanno un atteggiamento di irresponsabilità verso quei gruppi che non hanno gli stessi livelli di privilegio.

Io non sono pessimista sul futuro. Penso però che i medici e gli infermieri, gli scienziati, le associazioni, gli enti governativi e non governativi, tutti coloro che operano nel campo della salute abbiano di fronte alla società un obbligo nuovo. A quello del segreto professionale, che vale per i medici verso le malattie di chi affida loro la sua vita, si aggiunge il dovere sociale, per tutti quelli che sanno, di parlare, di informare le popolazioni e le istituzioni sulle minacce che incombono sulla salute e sulla sicurezza della comunità.

Perciò voglio menzionare alcuni fenomeni – la scelta può essere arbitraria, e mi auguro che altre analisi suppliscano ai limiti di questa – che sono indirizzati a lasciarci come eredità non soltanto il rischio, ma danni crescenti riguardo la salute e la integrità individuale e collettiva. Gli esempi che seleziono sono malattie, o problemi di "patologia sociale" che producono conseguenze distruttive simili negli esseri umani: la recrudescenza di vecchie infezioni, e la comparsa di nuove; le implicazioni per la salute del degrado ambientale; la mondializzazione delle droghe; la violenze distruttive e autodistruttive.

Vecchie e nuove infezioni

Lo straordinario risultato della riduzione della mortalità per malattie infettive in tutti i paesi del mondo ha alimentato, negli ultimi decenni, la speranza di un mondo senza epidemie. Purtroppo la persistente vulnerabilità dei popoli di fronte ai microbi e ai virus (Garret L. 1995) si è resa

evidente, negli anni Settanta e Ottanta, con la comparsa e la identificazione del virus dell'Aids, che si è diffuso rapidamente quasi dovunque. A questo hanno fatto seguito altri eventi: la comparsa di nuovi agenti virali, finora fortunatamente confinati in specifiche aree geografiche; la trasmissione da un continente a un altro di malattie che si pensavano persistenti solo in alcuni paesi, come il colera; la endemizzazione della malaria, che fa ogni anno milioni di vittime in Africa e in altre aree del Sud del mondo – e che si è estesa fino allo stato Usa della Virginia – la recrudescenza e la crescita di virulenza di microbi come il *Mycobacterium tuberculosis*, con un aumento dei casi che si verifica anche in Europa e negli Stati Uniti d'America.

La spiegazione più frequente di questi fenomeni è l'aumento esponenziale e la rapidità dei viaggi di uomini e donne fra tutte le parti del mondo. Questa è vero, ma è soltanto una parte della verità.

L'encefalopatia spongiforme bovina (Bse) si è diffusa nella popolazione umana della Gran Bretagna semplicemente perché gli allevatori avevano nutrito le mucche con carne, visceri e cervelli di ovini. Trasformando, per sete di guadagno, nobili erbivori in carnivori, hanno aperto la via alla trasmissione interspecifica dei prioni e messo a rischio gli umani.

La tubercolosi aumenta non solo perché è un'infezione opportunista nei malati di Aids, ma anche perché crescono la povertà e la marginalità urbana, come le carenze nutritive e il lavoro minorile. Inoltre, l'uso inappropriato e indiscriminato di farmaci antimicrobici ha provocato la selezione di organismi resistenti ai medicamenti.

La persistenza di malattie microbiche e parassitarie, come la malaria, dipende anche dalla carenza di investimenti verso la ricerca di vaccini. Dal confronto tra ciò che si spende contro la malaria e contro l'Aids emerge un rapporto di uno a dieci. L'unica differenza oggettiva è che la prima può uccidere ricchi e poveri.

E i viaggi internazionali? Non avvengono soltanto per turismo, per cultura, per necessità di lavoro. Negli ultimi dieci anni, 50 milioni di uomini, donne e bambini si sono dovuti spostare da un paese all'altro, come risultato della fame, di disordini civili, di colpi di stato e di guerre: tragedie che sono sempre state, nella storia, prodromi di malattie.

Questi fenomeni ci inducono a riflettere sulla cosiddetta "transizione epidemiologica". Si ritiene solitamente che essa consista nel passaggio, come fenomeno nosologico dominante, dalle malattie infettive a quelle cronico-degenerative, o meglio non-infettive. Questa considerazione, valida relativamente alle statistiche di mortalità, richiede però alcune integrazioni.

La prima è che essa non si può applicare alle statistiche di morbosità, che sono tuttora rilevanti in molte parti del mondo.

La seconda è che la ricomparsa di vecchie e la comparsa di nuove infezioni deve indurci a non distogliere l'attenzione dal fatto che prioni, virus, microbi e parassiti viaggiano senza passaporto e senza visto attraverso le frontiere. Come ha scritto Henry Sigerist in *Civilization and Disease*, nel 1943 – cioè 55 anni fa –: «Da quando il mondo è divenuto più piccolo come risultato degli attuali mezzi di comunicazione [...] la solidarietà umana nel campo della salute non può essere impunemente trascurata» (SIGERIST H. 1943).

La terza è che la transizione epidemiologica, se si vuole cercare oltre la pura descrizione anche una spiegazione causale, rappresenta anche – o soprattutto – il passaggio da malattie "fisiogene", che avevano origine prevalentemente naturale, a malattie prevalentemente "antropogene". Per queste ultime, l'origine va ricercata in noi stessi, esseri umani, nelle nostre azioni e/o omissioni, nella mancanza di un pensiero previsionale e solidale. Essendo fenomeni antropogeni, queste malattie non sono né fatali né irreversibili: siamo in condizione di modificarli e di tenerli sotto controllo.

Allarme medico per l'ambiente

Il rischio di irreversibilità esiste, invece, per il degrado ambientale.

Molte trasformazioni dell'ambiente hanno migliorato la salute: il risanamento urbano, per esempio, è stato decisivo per la lotta contro le malattie trasmesse dall'acqua e dagli alimenti; l'aumento della produttività agricola, ottenuto attraverso un uso appropriato della chimica e delle biotecnologie, è stato essenziale a liberare molte persone dalla fame.

Negli ultimi decenni si sono però accentuati i danni immediati, che colpiscono tutti, sia pure con un gradiente diverso fra le classi e i popoli. Essi derivano dalla contaminazione dell'aria, delle acque, del suolo e del sottosuolo; dall'impoverimento delle risorse naturali; dalla riduzione della qualità di vita nei grandi agglomerati urbani, dove si sta addensando la maggioranza della popolazione mondiale (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1998). Soprattutto nelle megalopoli dei paesi poveri, il contrasto fra ricchezze esibite e povertà diffusa è uno dei fattori che alimentano la criminalità.

Ancora più preoccupanti sono i rischi per il futuro. "The New York Times"

ha pubblicato, il 1 dicembre 1997, un appello di medici che sottolinea i possibili effetti del *global warming*:

> «1. Malattie e morti crescenti, derivanti da ondate di calore e di inquinamento atmosferico, particolarmente nelle aree urbane, con rischio soprattutto per gli anziani, i bambini, i poveri, e gli affetti da malattie croniche cardiache e polmonari.
>
> 2. Aumento di lesioni e morti derivanti da eventi climatici estremi.
>
> 3. Esplosione e diffusione di alcune malattie infettive trasmesse dalle zanzare, compresa l'encefalite virale, la febbre dengue, la febbre gialla, la malaria.
>
> 4. Propagazione di alcune malattie connesse allo stato delle acque potabili come le diarree infantili e il colera.
>
> 5. Minore disponibilità di acqua potabile per effetto delle siccità, delle inondazioni e dell'aumento del livello dei mari.
>
> 6. E infine, forse la preoccupazione maggiore, effetti dannosi agli organismi viventi nelle terre e negli oceani, che potrebbero compromettere la produzione di cibo e alterare il funzionamento dell'ecosistema che rende possibile la vita nel nostro pianeta.» ("The New York Times", 1 dicembre 1997).

Gli scienziati firmatari dell'appello riconoscono esplicitamente che "vi sono molte incertezze in queste previsioni, e alcuni effetti descritti sulla salute possono essere meno gravi delle attese". Due considerazioni tuttavia si impongono. Una è dettata motivi di ordine pratico. Anche se la gravità dei danni è imprevedibile, molti di essi sono già percepibili. E soprattutto, la domanda cruciale è questa: si può evitare di agire quando, pur essendovi incertezza su alcuni sviluppi, si ha la certezza che in caso di inazione essi saranno sicuramente irreversibili?

L'altra considerazione è di carattere morale. Le conseguenze dei danni già noti e i rischi delle trasformazioni ambientali ricadono spesso in luoghi distanti da chi le provoca, e su esseri umani non ancora nati. Le analisi danni/benefici e rischi/benefici sono assolutamente improponibili, in questi casi, per la totale asimmetria dei soggetti: alcuni (pochi) hanno i benefici, altri (moltissimi) i danni e i rischi. Appaiono anche insufficienti le regole auree dell'etica, che hanno come base i rapporti con il prossimo. Può valere piuttosto il "principio responsabilità", enunciato da Hans Jonas (Jonas H. 1979), che comprende oltre all'etica della prossimità un'etica della distanza, e che ha perciò come cornice da un lato lo spazio mondiale e dall'altro il tempo delle generazioni future. Esso implica una capacità di previsione e di prevenzione che può manifestarsi soltanto a livello globale e che richiede mutamenti profondi anche nell'etica pubblica e nel diritto.

Due circuiti delle droghe: dal Sud al Nord e dal Nord al Sud

Per le generazioni attuali, soprattutto per quelle giovanili, un rischio fondamentale è costituito dalle droghe. Al danno psicofisico, che consegue al loro abuso, si intreccia la presenza di una criminalità, organizzata spesso in forme multinazionali, che spinge al consumo e che usa gli ingenti profitti, riciclati attraverso sistemi bancari conniventi o compiacenti, per intervenire in imprese economiche legali, e in qualche caso per alimentare la corruzione politica.

Le discussioni più controverse, che impegnano coloro che sono consapevoli dei rischi delle droghe per la salute e per la sicurezza, riguardano innanzitutto il modo di convertire le produzioni, nei paesi esportatori di oppio e di coca. Riguardano, inoltre, la strategia di "limitazione del danno", allo scopo di evitare che agli effetti intrinseci della tossicodipendenza si associno da un lato l'incremento delle attività criminali, e dall'altro conseguenze irreparabili sulla salute, come la diffusione dell'AIDS attraverso siringhe infette usate per l'eroina. Un terzo argomento di discussione riguarda infine l'eventuale legalizzazione delle "droghe leggere", e la somministrazione controllata dell'eroina.

In queste discussioni si intrecciano il bisogno di sicurezza individuale e collettiva, con il desiderio di solidarietà verso i tossicodipendenti; e le esigenze pratiche, i pregiudizi ideologici e i sistemi di valori risultano spesso difficilmente componibili.

Desidero soltanto sottolineare un fatto scarsamente rilevato. Le Nazioni Unite hanno creato un'agenzia specializzata per affrontare il problema. È però paradossale, e spiegabile solo in base ai rapporti di potere esistenti nella comunità internazionale e nel controllo dei mezzi di informazione, che tutto l'allarme e tutte le azioni siano concentrate esclusivamente contro la coca, l'oppio e i loro derivati: droghe sicuramente nocive e letali, che crescono nei paesi poveri del Sud, e che minacciano i paesi ricchi del Nord (UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAM 1998). Si trascurano e si dimenticano l'alcool e soprattutto il tabacco, la cui produzione e soprattutto la cui diffusione avvengono tramite il Nord, e il cui consumo sta invadendo, tramite le imprese multinazionali, i paesi del Sud (ESCUDERO J.C. 1997).

Il rapporto 1996 dell'OMS rende pubblico che la preoccupazione maggiore riguardo al consumo di tabacco nel mondo è attualmente il suo aumento nei paesi meno sviluppati. Mentre il mercato del tabacco diminuisce dell'uno per cento annuo nell'Occidente, il fumo nel Sud aumenta ogni anno del due per cento (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1996). Gli esperti preve-

dono che il cancro e le altre malattie correlate al fumo compariranno in questi paesi prima che siano controllate le malattie trasmissibili: l'abisso tra paesi ricchi e poveri crescerà ulteriormente.

E che fanno i governi, e le organizzazioni internazionali?

L'Unione Europea, per esempio, ha deciso di investire due milioni di dollari, con grande enfasi pubblicitaria, nella lotta contro i tumori, in particolare contro il cancro del polmone. Contemporaneamente ha stanziato oltre due miliardi di dollari per incentivare la coltivazione del tabacco in Europa e la sua esportazione verso altre parti del mondo.

Gli Stati Uniti, per loro conto, negli ultimi decenni hanno "donato" a paesi poveri 700 milioni di dollari in semi di tabacco, con l'impegno di acquistare poi le foglie, nel quadro dei programmi di aiuto chiamati "alimenti per la pace". Hanno inoltre minacciato sanzioni commerciali contro quattro nazioni asiatiche, le quali non volevano consentire l'accesso alle sigarette prodotte negli USA. Anche la *World trade organization* considera che limitare la vendita internazionale del tabacco e delle sigarette sarebbe una grave violazione delle regole del libero commercio. Ben diverso è il suo atteggiamento verso la coca, l'oppio e i suoi derivati.

Non aggiungo altri commenti a questi fatti, perché essi sono di per sé evidenti e amari, ma ho tre domande in proposito:

1. Quando noi lavoriamo all'educazione sanitaria e alla promozione della salute, o ci preoccupiamo della vita dei cittadini, possiamo dimenticare che – probabilmente per la prima volta nella storia, sicuramente su scala così globale – vi sono poderose organizzazioni internazionali che, per i propri interessi, promuovono attivamente comportamenti che sono riconosciuti sicuramente nocivi e spesso letali?

2. Dobbiamo pensare che la diffusione delle droghe merita attenzione e richiede intervento solo quando è intrecciata con organizzazioni criminali, e merita invece protezione commerciale e impunità penale quando, pur essendo globalmente più distruttiva per la salute e la vita, è intrecciata con organizzazioni industriali riconosciute dalla legge?

3. Che cosa fanno, infine, le Nazioni Unite, la Organizzazione mondiale della sanità, la *World trade organization*, i governi dei paesi ricchi e dei paesi poveri, per affrontare queste assurde distorsioni, e per evitare o almeno ridurre questo massacro annunciato?

La violenza e le violenze

Non presenterò, in questa sede, un "quadro epidemiologico" della violenza. Ricorderò soltanto che le varie forme di violenza sono la causa principale di morte, in quasi tutti i paesi, degli adolescenti e dei giovani, soprattutto di sesso maschile; che tormentano e distruggono l'integrità corporea e mentale e la vita di milioni di donne e bambini; che turbano la coscienza collettiva e la convivenza sociale.

Vi sono molte statistiche in questo campo, che spesso sono soltanto parziali, anche perché è difficile costruire una tassonomia delle violenze. Vi sono violenze reali e virtuali, esiste cioè una realtà della violenza che si rispecchia – e ne viene ingigantita – nelle violenze rappresentate o immaginate nella realtà virtuale, le quali stanno ogni giorno e ogni ora sotto gli occhi dei tele e cinespettatori di tutto il mondo, soprattutto dei bambini.

Esistono violenze che in sede penale si giudicano colpose, come gli infortuni sul lavoro, gli incidenti stradali e quelli della vita domestica, nelle quali però i concetti di "negligenza", "imprudenza", "imperizia", "inosservanza di leggi e di regolamenti" appaiono insufficienti. Entrano infatti in gioco eventi statisticamente misurabili e prevedibili, provocati da interessi economici, come la produzione di autoveicoli progettati e promossi con le caratteristiche precipue di viaggiare oltre il limite di velocità consentito in tutti i paesi.

Esistono, e suscitano la maggiore indignazione, le violenze dolose: le violenze contro i deboli e quelle dei deboli; le violenze e anche le molestie sessuali, quasi sempre contro le donne, che sono state finalmente riconosciute come reato in molte leggi nazionali; le violenze contro i bambini e contro gli anziani; le violenze negli stadi; le violenze contro gli animali, che si cominciano a considerare come portatori di diritti, o almeno come degni di rispetto. Inoltre, una tassonomia comprensiva delle varie forme di violenza dovrebbe poter comprendere anche le origini e le motivazioni delle violenze, collettive o sociali.

L'analisi delle violenze non può prescindere dal fatto che il nostro secolo è stato caratterizzato, oltre che da straordinari progressi umani, da guerre e genocidi che per certi aspetti non hanno uguali nella storia, e dovrebbe aiutarci a comprendere che nell'intolleranza e nel disprezzo per il valore della vita stanno molte delle radici e delle le motivazioni delle violenze individuali e collettive.

Questi fenomeni non devono essere medicalizzati, anche se la medicina è chiamata più volte in causa, per diversi e opposti motivi. Anche, a volte,

come artefice o complice di violenze. Nell'Unione sovietica la psichiatria fu usata per decenni come strumento di repressione politica; nell'America latina delle dittature militari sono emerse complicità diffuse di medici nella tortura dei prigionieri; e le notizie sulle sterilizzazioni forzate in Svezia, compiute fino agli anni sessanta, e sulle lobotomie ancora praticate in vari paesi europei fino a epoche recenti, ci hanno fatto capire che l'applicazione non solo del Codice di Norimberga, ma del principio ippocratico *Primum non nocere*, non è ancora universale.

Più spesso la medicina è chiamata a rimediare alle violenze: per curare le sue vittime, ma anche i suoi colpevoli. Ha suscitato ampie discussioni la decisione di alcuni giudici – ma anche la richiesta di qualche autore di reati sessuali – di ricorrere alla castrazione fisica o chimica per prevenire la reiterazione del reato. Vengono chiamate anche in causa le scienze biologiche e quelle del comportamento, per spiegare le spinte alla criminalità e all'aggressività. Da queste ricerche possono derivare conoscenze importanti, ma non penso che le violenze possano essere interpretate esclusivamente con la categoria sociobiologica della "aggressività umana". Essa può forse consentire basi scientifiche per comprendere i singoli casi, o può fornire un punto di vista di cui occorre tenere conto, ma non può spiegare le oscillazioni spazio-temporali – spesso tendenti all'aumento – della violenza globale e dei singoli tipi di violenze.

È difficile accettare che quando vi è violenza in una parte del mondo, contro un sesso o un'etnia, contro un'idea che sta nel cervello o un colore che distingue la pelle, per motivi ideologici o nazionali o religiosi o per vendicarsi del mondo, quando vi è violenza come forma di criminalità organizzata o diffusa, o come oppressione politica, o come azione e come reazione, qualunque persona possa pensare: non è problema mio. Che possa isolarsi, anche se protetta da una doppia corazza di insensibilità.

Come le droghe sono trasmissibili per induzione al consumo, le violenze sono trasmissibili non solo per l'azione delle organizzazioni criminali e a volte degli apparati statali, ma anche per vie materiali e culturali: per imitazione, per suggestione, per spettacolarizzazione, per le tensioni che creano negli individui, nei gruppi sociali e nei popoli. Le violenze sono trasmissibili come le infezioni. La differenza principale è che non esistono per esse farmaci o vaccini, e che esse richiedono soprattutto anticorpi sociali e culturali.

Ho l'impressione che di fronte alle violenze – come alle droghe – oltre alla tendenza a isolarsi prevalga a volte una reiezione o accettazione selettiva, che varia secondo le sue tipologie, o le sue cause, o le caratteristiche dei

suoi artefici o delle sue vittime. Nel nostro animo approviamo o rimuoviamo, allontanandole dall'affiorare alla coscienza critica, quelle forme di violenza che non ci toccano direttamente, oppure che corrispondono alle cristallizzazioni e alle deformazioni del nostro sistema mentale o dei valori e degli interessi dominanti. Credo che modificare questo atteggiamento sia la condizione preliminare per affrontare globalmente il problema delle violenze.

Alcune conclusioni

Questo articolo rappresenta un primo abbozzo, un *work in progress* senza pretese di organicità, suscettibile di integrazioni successive; e anche le tesi esposte, vista la complessità dell'argomento, sono passibili di modifiche e aggiornamenti in base a fatti, riflessioni proprie o suggerimenti altrui.

La selezione dei quattro fenomeni che spingono a porre in primo piano la salute globale è discutibile, non è esclusiva, e richiede molte altre specificazioni. I fenomeni individuati hanno comunque alcune caratteristiche comuni. In primo luogo che il danno colpisce in modo selettivo, anche se non esclusivo, le persone, le classi e i popoli, in rapporto diretto con il censo, l'istruzione e il potere, introducendo o rafforzando le condizioni di inequità. La seconda caratteristica è che le minacce diventano sempre più globali, e che esistono perciò nuove e maggiori motivazioni empiriche per associare l'interesse immediato degli individui e dei popoli a un diritto morale universale. La terza, che enuncio in modo ancor più schematico delle altre, è che da questi fenomeni, quasi sempre, qualcuno trae profitto. La quarta – che ho già esposto nelle sue linee generali parlando della transizione epidemiologica – è che le infezioni, ma anche gli inquinamenti, le droghe e le violenze, sono oggi in gran parte antropogene, non dovute alla natura o al caso bensì a scelte umane, e come tali modificabili in base ad atti volontari, che sono dettati oggi dalla coscienza e della necessità.

I seguenti punti conclusivi possono essere considerati quali auspicabili orientamenti per le politiche. Metto ancora in rilievo chetali punti non sono esclusivi, e richiederebbero ciascuno ulteriori argomentazioni e specificazioni.

1. Riequilibrare i poteri e le finalità

La globalizzazione non è una brutta parola, un'invenzione perversa del neoliberalismo. La globalizzazione è una tendenza positiva della specie

Homo sapiens sapiens giunta all'attuale grado di conoscenze e di sviluppo. La percezione negativa della globalizzazione è legata al fatto che essa è fortemente squilibrata in termini di potere e di finalità. Sono queste le caratteristiche che occorre modificare.

Sul terreno del potere, occorre limitare l'arbitrio di alcune nazioni – i sette o otto paesi più ricchi – che si attribuiscono il diritto di decidere per tutti, e delle istituzioni monetarie che pretendono di subordinare ogni attività umana ai loro interessi. In senso positivo, aprendo il cammino a una "democrazia universale" in cui si faccia sentire maggiormente la voce di tutti i popoli e di tutti gli interessi, attraverso le organizzazioni intergovernative – come l'Onu e l'Oms – e non governative.

Sul terreno delle finalità occorre porre in primo piano – o più modestamente, riportare almeno alla ribalta – i diritti umani fondamentali e il tema dell'equità dopo che questi erano quasi usciti di scena**.** È in questo campo che si collocano la salute e la sicurezza, come diritto alla vita e come condizione per l'esercizio di ogni libertà.

2. Solidarietà e convenienza

L'umanitarismo è una forza importante; ma ne esiste un'altra, la convenienza, che non sempre le è opposta. Questo concetto è stato espresso in termini di «convergenza dell'interesse egoistico e altruistico» (Yach D. - Bettcher D. 1992). Anche l'utilitarismo e il contrattualismo, interpretati come "altruismo conveniente", possono convergere perché la salute non è soltanto un bene individuale ma anche un bene indivisibile, come dimostra il fatto che i cittadini di società coese e giuste sono mediamente anche i più sani. Per di più, la salute non è un risultato "a somma zero", un bene che si deve soltanto distribuire più equamente: la maggiore equità in salute è infatti un moltiplicatore di questo bene. La salute globale non richiede solo misure di carattere scientifico e sociale: essa non può essere conseguita senza che vi sia anche progresso culturale e morale. La riflessione bioetica si è sviluppata negli ultimi decenni tumultuosamente, affrontando soprattutto i casi posti alle frontiere più avanzate della scienza ma trascurando l'esistenza e le sofferenze delle grandi moltitudini umane. A volte, si è perfino trasformata in una bioetica giustificativa, solerte nel fornire argomenti filosofici a posteriori per legittimare scelte avverse ai diritti umani: perfino la compravendita di organi umani e il "razionamento delle cure". Il presidente dell'Associazione Internazionale di Bioetica, Alastair Campbell, ha paragonato crudamente i bioeticisti che sostengono queste tesi a «Vescovi che battezzano navi da guerra» (Campbell A.V. 1998); e ha sottoline-

ato come sta già accadendo che la bioetica deve essere sempre più impegnata sul tema delle salute umana, individuale e collettiva.

Come stimoli atti a favorire gli scopi appena dichiarati, si parla giustamente di valori morali come l'universalità, la solidarietà, la giustizia: stimoli necessari, ma non sufficienti. Si deve parlare anche di interesse reciproco, di mutuo vantaggio. Quindi l'umanitarismo e l'interesse, che si sono spesso contrapposti, possono anche congiungersi, e rendere più rapido e consistente il cammino.

Questo è ciò che è successo all'inizio del secolo. E tuttavia, dopo la "unificazione microbica" del mondo e la comunicazione tra i continenti ci sono voluti più di tre secoli perché la globalizzazione della salute e della sicurezza fossero considerate in termini di mutua dipendenza. Di fronte ai rischi sottolineati nei quattro punti chiave che ho proposto, non possiamo permetterci di aspettare ancora tre secoli o anche soltanto tre decenni. Questo è l'interesse vitale delle popolazioni, della convivenza civile, e anche di tutti coloro che lavorano nel campo della salute, della sicurezza, della qualità della vita. Se non si inverte la tendenza, si approfondirà per tutti noi e per le società in cui viviamo un duplice conflitto tra la morale e l'attività pratica quotidiana. Da un lato, essere chiamati e obbligati a riparare, in modo tardivo e insufficiente, i danni prevedibili e prevenibili causati alla salute e all'integrità umana. Dall'altro, il doverlo fare con mezzi tecnico-scientifici più perfezionati, ma in condizioni socialmente ed economicamente più difficili, con risorse e sostegni pubblici minori; e perfino dover essere chiamati a decidere, tra le singole persone, chi può vivere e chi no. Un abisso morale, per professioni e attività nate e cresciute per lavorare a favore di ogni vita umana, e un dramma per chi dovrebbe governare in tali condizioni le sorti della propria

3. I sistemi di welfare

Il fondamentalismo monetario tende a imporre l'idea che questa esperienza dello stato sociale rappresenti solo una parentesi storica, prima della quale le incognite della vita (il nascere, il crescere, l'ammalare, il lavorare e il perdere il lavoro, il modo di crescere e di invecchiare) erano affidate solo al caso e al censo; e dopo il quale devono tornare le regole della selezione selvaggia e del "si salvi chi può".

Nella realtà storica, lo stato sociale non è stato certo un impedimento alla crescita economica, al contrario l'ha accompagnata e sostenuta. Esso ha rappresentato, soprattutto in Europa ma anche altrove, una felice sintesi fra democrazia politica, libero mercato, progresso scientifico e giustizia

sociale. Esso ha anche prodotto migliori condizioni di salute dei cittadini di ogni altro sistema. Nella realtà attuale, dopo vent'anni di egemonia neoliberale, non vi è alcuna dimostrazione che le sue promesse di miglioramenti nella salute e nell'assistenza sanitaria si siano realizzate; anzi, il progresso che vi era stato nei decenni precedenti è stato rallentato e sono cresciute tutte le inequità.

I sistemi di welfare sono stati però logorati, oltre e forse più che dall'assedio esterno, dalle loro contraddizioni. Per esempio, dal non aver saputo creare un equilibrio di diritti e di sostegni fra le generazioni e fra i generi – a danno, quasi sempre, dei giovani e delle donne –; dal non aver garantito sufficiente equità nella salute e sufficiente priorità alle cure primarie e alla prevenzione delle malattie; dal non aver associato alla tutela statale il contributo della società civile e la responsabilità dei singoli individui. Non c'è perciò difesa possibile dello stato sociale senza una sua profonda trasformazione.

4. Governo globale

Non può esservi salute globale senza governo globale. L'idea del governo globale fu proposta da Immanuel Kant, e ripresa più volte nei secoli successivi, a volte con intenti egemonici, a volte con fini umanitari. Fu riformulata, per esempio, da Albert Einstein nel novembre 1945, per lo scopo di porre sotto controllo il potere distruttivo delle bombe nucleari (Einstein A. 1945). Oggi vi sono pressanti esigenze di un "potere democratico universale" per governare fenomeni, dai flussi monetari agli inquinamenti ambientali al commercio delle armi, che travalicano barbaramente le frontiere degli stati; ancora maggiore è la sua necessità quando si pensi a guidare lo sviluppo verso finalità umane.

La salute delle persone sin dal XIX secolo, e il diritto alla salute nel XX sono state precorritrici degli accordi internazionali e delle iniziative mondiali in questa direzione. Nonostante il "terreno perduto a livello morale", lo rileva Wait: «[...] ci sono ancora, in ogni nazione, significativi e influenti gruppi che considerano la necessità di una cooperazione globale come guida per le organizzazioni internazionali, sedi per il dibattito e la difesa e lo scambio e il monitoraggio delle informazioni» (Wait G. 1998). Possiamo sperare che: «[...] dopo un decennio di declino, guide incerte, asserzioni di corruzione ad ogni livello e paranoidi linee di difesa opposte ad ogni inchiesta [...] l'era di Brundtland mostri *la World health organization* come il rappresentante leader per la salute pubblica» (*The Brundtland era begins* 1998: 381) in una struttura di sinergie con altre agenzie internazionali e

organizzazioni non-governative in una crescente capacità di pressione della pubblica opinione (Chen L.C. - Evans T.G. - Cash R.A. in corso di stampa). Uno degli scopi principali è quello di fare della salute una priorità politica e una conferenza mondiale promossa dalle Nazioni Unite come quelle organizzate sulla popolazione, l'ambiente, le donne e altri problemi chiave del nostro tempo potrebbe invertire la tendenza. La *World health assembly*, che riunisce i ministri alla sanità, non è sufficiente soprattutto perché i reali ministri della salute sono quelli che hanno competenza sull'economia – anche questo il segno e la causa degli attuali tempi duri –.

Note

* Il testo qui pubblicato costituisce una versione ampliata e definitiva della relazione presentata da Giovanni Berlinguer nella seduta di apertura della X Conferenza della Associazione internazionale per le politiche sanitarie (International Association for health policies – Iahp), tenutasi a Perugia dal 23 al 26 settembre 1998 e dedicata al tema "*Equità e salute nel mondo: neoliberismo o nuovo welfare?*": più precisamente esso è il risultato di una collazione, da noi realizzata redazionalmente e poi rivista dall'Autore, tra l'originale italiano e la sua edizione in inglese. L'originale italiano viene anche pubblicato negli atti ufficiali della Conferenza (supervisione di Giovanni Barro, raccolta dei testi ed editing di Vania Sabatini, Regione dell'Umbria, Perugia, 1999, XVIII+360 pp., cfr. pp. 5-12) e nella rivista diretta dallo stesso Berlinguer "Qualità Equità. Rivista del welfare futuro" (Roma), mentre un ampio riassunto esce nella rivista "Salute e Territorio". La versione inglese (*Globalization and global health*) è pubblicata nella rivista "International Journal of Health Services", vol. 29, n. 3, 1999, pp. 579-595. Per un resoconto informativo sui lavori della Conferenza – promossa dalla International Association for health policies di intesa con la Regione dell'Umbria e la Fondazione "Angelo Celli" per una cultura della salute (Perugia) e organizzata dalla stessa Regione dell'Umbria – si possono vedere in questo stesso fascicolo di *AM*, n. 7-8, 1999, nella rubrica *Osservatorio*, sezione 03. *Resoconti*, le pp. 287-299.

Riferimenti bibliografici

Arrighi G. (1998), *Globalization and the rise of East Asia. Lessons from the past, prospects for the future*, "International Sociology", vol. 13, n. 1, 1998, pp. 59-77.

Berlinguer Giovanni (1992), *The interchange of disease and health between the Old and New Worlds*, "American Journal of Public Health", vol. 82, n. 10, 1992, pp. 1407-1413.

Campbell A. V. (1998), *Panorama internacional da bioética* [paper presentato al "*Second national Congress on bioethics*", São Paulo, 25 marzo 1998], in corso di stampa.

Chen Lincoln C. - Evans T.G. - Cash R.A., *Global health as a public good*, in corso di stampa.

Chossudovsky M. (1997), *The globalization of poverty and ill-health. Assessing the Imf-World Bank structural adjustment program* [paper presentato a "*The international Conference 'Lighten the Burden of Third World Health'* ", Cape Town, 29-31 gennaio 1997].

Einstein Albert (1945), *Atomic war or peace*, "Atlantic Monthly", novembre 1945.

Escudero José Carlos (1997), *Drogas legales, enfermedades y muerte*, pp. 38-40, in Sorokin P. (curatore), *Drogas: mejor hablar de ciertas cosas*, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1997.

Garret L. (1995), *The coming plague. Newly emerging disease in a world out of balance*, Penguin Books, New York, 1995.

Jonas Hans (1979), *Das Prinzip Werantwortung*, Insel Verlag, Frankfurt am Main, 1979.

Koivusalo M. - Olilla E. (1998), *Health policies by default. The changing scene of international health policies* [paper presentato al "*World Congress of Sociology*", luglio-agosto 1998], in corso di stampa.

Morse S.S. (1992), *Global microbial traffic and the interchange of disease* [editoriale], "American Journal of Public Health", vol. 82, n. 10, 1992, pp. 1326-1327.

Navarro Vicente (1998), *Comment. Whose globalization?*, "American Journal of Public Health", vol. 88, n. 5, 1998, pp. 742-743.

Sigerist H. (1945), *Civilization and Disease*, Cornell University Press, Ithaca - New York.

Silver G. A. (1998), *International health services need an interorganizational policy*, "American Journal of Health Policy", vol. 88, n. 5, 1998, pp. 727-729.

The Brundtland era begins [editoriale], "Lancet", n. 351, 1998, p. 381.

United Nations International Drug Control Program (1998), *A world without drugs: it is possible. United Nations Special Assembly (New York, 8-10 giugno 1988)*.

Wait G. (1998), *Globalization of international health*, "Lancet", n. 351, 1998, pp. 434-437.

World Health Organization (1996), *Tobacco alert: the tobacco epidemics. A global public health emergency*, World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (1998), *The world health report 1998*, World Health Organization, Geneva.

Yach D. - Bettcher D. (1992), *The globalization of public health*, II. *The convergence of self-interest and altruism*, "American Journal of Public Health", vol. 88, n. 5, 1992, pp. 738-741.

Scheda sull'Autore

Giovanni Berlinguer è nato a Sassari il 9 luglio 1924 e si è laureato in medicina e chirurgia nella Università degli studi di Roma (1952). Assistente di igiene e di parassitologia in quella Università ottiene la libera docenza in medicina sociale (1958) e in igiene (1964). È stato professore di medicina sociale nella Università degli studi di Sassari tra il 1964 e il 1974. È attualmente professore ordinario di fisiologia e igiene del lavoro presso il Dipartimento di biologia animale e dell'uomo nell'Università degli studi di Roma "La Sapienza", e vi è anche direttore del Corso di perfezionamento in bioetica. Ora professore emerito della Facoltà di scienze matematiche, fisiche e naturali della Università degli studi di Roma "La Sapienza".

È professore onorario della Universidad Autónoma de Santo Domingo (1982) e Doctor honoris causa della Université de Montréal (1996) e della Universidade Federal de Brasilia (1998).

I suoi interessi di ricerca sono molto ampi e riguardano l'igiene, generale e del lavoro, il welfare, le politiche della salute, la storia delle malattie e della medicina, la demografia e la bioetica.

Parallelamente a quella universitaria ha percorso le tappe di una lunga militanza

politica. Iscritto al Partito comunista italiano dal 1944, vi è stato segretario regionale del Lazio e vi ha diretto la Sezione sicurezza sociale e poi la Commissione scuola ambiente e ricerca scientifica della Direzione. È stato consigliere provinciale di Roma. È stato eletto più volte al Parlamento italiano sia alla Camera dei Deputati (nel 1972, nel 1976 e nel 1979) sia al Senato (nel 1983 e nel 1987), e ha partecipato ai lavori di varie commissioni parlamentari: Sanità, Pubblica istruzione, Ambiente.

Presidente del Comitato nazionale di bioetica, organismo consultivo della Presidenza del Consiglio (1999-2001).

Ha ricoperto numerose cariche a livello internazionale: vicepresidente della International Association for the study of living conditions and health (1971-1978) e della Mediterranean medical Society (1992-1995), esperto della Commissione ambiente e salute del Parlamento europeo, presidente onorario della European Association for health policy (1997), membro della Global equity in health initiative (1997), speaker al World Forum for health su *Globalization and health* (1998). È membro del Comitato direttivo della International Association for health policies (IAHP).

È direttore della rivista "Qualità Equità. Rivista del welfare futuro" (Editrice Liberetà, Roma).

Ha scritto più di 200 articoli pubblicati sia in Italia sia in riviste internazionali su storia delle malattie, sociologia urbana, politica sanitaria, rapporto tra politica e scienza, rapporto tra salute e società, tra scienza e ambiente.

Ha diretto con Alessandro Seppilli la collana di politica sanitaria "Società e Salute", edita da Il Pensiero Scientifico (Roma, 28 volumi pubblicati tra il 1976 e il 1990).

Fra i suoi libri più importanti ricordiamo: *La macchina uomo*, Editori Riuniti, Roma, 1961 / *La salute nelle fabbriche*, De Donato, Bari 1969 / *Medicina e politica*, De Donato, Bari, 1973 / *Psichiatria e potere*, Editori Riuniti, Roma, 1974 / *Malaria urbana: patologia delle metropoli*, Feltrinelli, Milano, 1976 / *Donna e salute*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1978 / *La malattia*, Editori Riuniti, Roma, 1984 / *Le malattie e gli infortuni degli artigiani*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1990 / *Storia e politica della salute*, Franco Angeli, Milano, 1991 / *Questioni di vita. Etica, scienza e salute*, Einaudi, Torino, 1991 / *Etica della salute*, Il Saggiatore, Milano, 1994 / *La milza di Davide. Viaggio nella malasanità tra ieri e domani*, Ediesse, Roma, 1994 / con Volnei Garrafa, *La merce finale. Saggio sulla compravendita di parti del corpo umano*, Baldini & Castoldi, Milano, 1996 / con Marco Geddes, *La salute in Italia. Rapporto 1997*, Ediesse, Roma, 1997 / curatore con Bruno Morcavallo, *Nascita cura e morte. Lezioni di bioetica*, Edizioni Università La Sapienza, Roma, 1997 / con Marco Geddes, *La salute in Italia. Rapporto 1998. Coniugare risparmio e qualità*, Ediesse, Roma, 1998 / con Marco Geddes, *La salute in Italia. Rapporto 1999. L'integrazione socio-sanitaria*, Ediesse, Roma, 1999.

Riassunto

Globalizzazione e salute globale

La salute globale si può considerare, con le conseguenze positive o negative della globalizzazione della salute, una meta che corrisponde sia ai diritti umani sia agli interessi collettivi. La storia dimostra che dopo la "unificazione microbica" del mondo, che è cominciata nel 1492, sono trascorsi più di tre secoli prima che la percezione del rischio comune rappresentato da questa si organizzasse in un tentativo internazionale di contenimento. Nel XIX e nel XX secolo la lotta contro le epidemie unì le nazioni, la salute mondiale divenne una meta comune e furono raggiunti risultati considerevoli. Invece, negli ultimi decenni, la nozione della salute come pietra angolare dello sviluppo economico è stata sostituita dall'idea che i servizi di sanità pubblica rappresentano un ostacolo per la ricchezza degli stati. Contemporaneamente si stanno sviluppando nuove minacce tra cui: l'acuirsi di infezioni conosciute e l'emergere di nuove, l'impatto dei cambiamenti ambientali, il traffico di droga su scala mondiale, la violenza distruttiva e autodistruttiva. Nuovi e più forti motivi empirici collegano gli interessi dei popoli con il diritto universale e con la salute globale. L'Autore conclude formulando alcune proposte politiche.

Résumé

Globalisation et santé globale

On peut considérer la santé globale – avec les conséquences positives ou négatives de la globalisation de la santé – un but correspondant aux droits humains aussi bien qu'aux intérêts collectifs. L'histoire montre qu'après l' "unification microbienne" du monde, commencée en 1492, il aura fallu plus de trois siècles avant que la perception du risque représenté par ce processus ne donne lieu à une tentative d'enrayement, organisée à niveau international. Dans le XIX^{ème} et le XX^{ème} siècle la lutte contre les épidémies allia les nations, la santé mondiale devint un but commun et des résultats considérables furent atteints. Au contraire, dans les dernières décennies, la notion de santé comme pierre angulaire du développement économique a été remplacée par l'idée que les services de santé publique représentent un obstacle pour la richesse des états. En même temps, de nouvelles menaces se développent, dont l'aggravation des infections connues et la formation de nouvelles infections; l'impact des changements dans l'environnement; le trafique de la drogue à l'échelle mondiale; la violence destructive et auto-destructive. De nouveaux et plus forts motifs empiriques relient les intérêts des peuples avec le droit universel et la santé globale. L'auteur conclut avec des propositions de type politique.

Resumen

Globalización y salud global

La salud global puede considerarse, con las consecuencias positivas o negativas de la globalización de la salud, una meta correspondiente ya sea a los derechos humanos que a los intereses colectivos. La historia demuestra que después de la "unificación micróbica" del mundo, a partir de 1492, han pasado más de tres siglos antes de que la percepción del riesgo común, representado por esta, se organizara en un tentativo internacional para frenarlo. En los siglos XIX y XX la lucha contra las epidemias unió a las naciones, la salud mundial se volvió una meta común y se lograron considerables alcances. En cambio, en las últimas décadas, la noción de salud como sostén del desarrollo económico ha sido substituida por la idea que los servicios de sanidad pública constituyen un obstáculo para la riqueza de los estados. Contemporaneamente se están desarrollando nuevas amenazas, entre las cuales: la agudización de infecciones conocidas y la insurgencia de nuevas, el impacto de los cambios ambientales, el narcotráfico a escala mundial y la violencia destructiva y autodistructiva. Nuevas y reforzadas motivaciones empíricas relacionan los intereses de la población con el derecho universal y la salud global. El Autor concluye formulando algunas propuestas políticas.

Abstract

Globalization and global health

Along with the positive or negative consequences of globalization of health, we can consider global health as a goal, responding to human rights and to common interests. History tells us that after the "microbial unification" of the world, which began in 1492, over three centuries elapsed before the recognition of common risks and attempts to cope with them in a cross-boundary effort. In the 19th and 20th centuries, the struggle against epidemics united countries, world health became a common goal, and considerable results were achieved. However, in recent decades the notion of health as a cornerstone of economic development has been replaced by the idea that public health services are an obstacle to the wealth of nations. Meanwhile, new common threats are growing: among them, the exacerbation of old infections and the emergence of new ones, the impact of environmental changes, drug traffic on a world scale, and destructive and self-destructive violence. New and stronger empirical motives relate the interests of peoples to universal rights and to global health. The Author concludes with some proposals for policies.

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica / 7-8, ottobre 1999, pp. 35-52

Metafore della vita e della società nella salute e nella malattia: l'abbraccio biotecnico

Mary-Jo Del Vecchio Good

associate professor of medical sociology, Harvard medical school, Department of social medicine, Harvard University, Boston (Massachussets, USA)

Le analisi culturali e sociali della biomedicina e della biotecnologia hanno spesso scelto di esaminare ciò che gli antropologi Fischer (Fischer M.M.J. 1991) e Marcus (Marcus G. 1998) hanno definito "regimi molteplici di verità", evidenziando, quindi, la necessità, di una ricerca etnografica policentrica e, più o meno dichiaratamente, comparativa, sia nel campo della scienza sia in quello della tecnologia. Pur riconoscendo l'importanza dei "passati culturali" e delle "differenze culturali", Fischer sostiene che oggi «appare sempre più artificiale parlare di prospettive locali isolate dal sistema globale [...] dall'economia politica e storica mondiale e dai processi culturali transnazionali» (Fischer M.M.J. 1991: 526).

Questa considerazione è in linea con le più recenti tendenze emerse negli studi antropologici della biomedicina e delle biotecnologie e nel più ampio campo globale della ricerca scientifica e della cultura clinica. Tali studi mettono in risalto la relazione dinamica, le tensioni e gli scambi tra i mondi locali in cui la medicina viene insegnata, praticata, organizzata e consumata e i mondi globali della produzione del sapere, delle tecnologie, dei mercati e degli standard clinici [(1)].

Sebbene si possa parlare di una pluralità di biomedicine, socialmente e culturalmente situate, piuttosto che di un corpo singolo e unificato di conoscenza e di pratica, ciò nondimeno tali mondi locali mostrano un carattere "transnazionale": essi non appaiono affatto isolati culturalmente, né possono essere considerati versioni biomediche di sistemi medici indigeni. Piuttosto i significati locali e le organizzazioni sociali appaiono sovrastati da normative globali e da tecnologie che invadono quasi tutti gli aspetti della biomedicina locale.

Questa prospettiva sollecita domande di tipo comparativo: in che modo le economie politiche locali e internazionali della ricerca medica e della biotecnologia danno forma all'immaginario scientifico della medicina, ai mondi culturali, morali ed etici, alle disuguaglianze nell'uso, nell'accesso e nella distribuzione dei "beni" materiali e culturali della medicina? Secondo quali modalità le ideologie locali e internazionali, le politiche e i piani d'azione influenzano le risposte professionali e istituzionali ai bisogni specifici di particolari società, dal flagello dell'AIDS alla povertà, dai traumi ai conflitti civili, fino ai servizi sanitari, alla salute pubblica e al profitto guidato dal mercato? Che forma assume "l'economia politica della speranza"? In che modo la cultura della medicina e la produzione della bioscienza e della biotecnologia "vivono" nelle varie società?

J. Rouse, filosofo americano della scienza e della società, scrive sull' "apertura" della scienza, facendo notare che «il traffico tra le frontiere stabilite tra scienza e società è sempre bidirezionale [...] il lavoro scientifico attinge e, allo stesso tempo, è influenzato dal suo ambiente culturale» (ROUSE J. 1992: 13). Ed egli rimanda a Bruno Latour, l'illustre studioso francese delle bioscienze, il quale sostiene che «il lavoro scientifico in sé destabilizza, in effetti, qualsiasi distinzione tra ciò che è interno e ciò che è esterno alla scienza, o tra ciò che è scientifico e ciò che è sociale» (ROUSE J. 1992: 13).

Questo passaggio bidirezionale è forse ancor più sorprendente nella biomedicina: una sfera deterritorializzata, né completamente "globale", né unicamente "locale". La circolarità, dunque, non è soltanto tra culture e istituzioni locali che creano il sapere medico e organizzano la pratica, tra l'etica e il mercato medico, ma anche tra la cultura e il mercato della biomedicina internazionale e cosmopolita e le sue varianti locali.

Le dinamiche dello scambio tra locale e globale sfidano la nostra nozione di "universalismo" nella scienza clinica e quella di conoscenza "locale" nella pratica clinica, portandoci a ripensare non solo le frontiere tra scienza e società, ma anche tra "locale" e "globale".

È proprio nel senso della fluidità transnazionale del sapere e delle pratiche, radicate localmente e regionalmente, e integrate nella cultura locale, che vorrei a questo punto prendere in considerazione tre concetti interpretativi che collegano la bioscienza e la biotecnologia alla società. Tali nozioni sono emerse nel corso di conversazioni comparative e transculturali con colleghi europei, africani e asiatici, ma sono anche il risultato delle ricerche che ho condotto negli Stati Uniti e in Indonesia. Si tratta dell' "immaginario medico", della "narrazione clinica", e dell' "abbraccio biotecnico".

L'immaginario medico, la narrazione clinica e l'abbraccio biotecnico

Uno spaccato etnografico attraverso "i regimi molteplici della verità", le narrazioni dell'esperienza dei pazienti e della scienza clinica, e alcuni brevi dettagli di economia politica, possono evidenziare le modalità attraverso cui le dimensioni affettive (emozionali) e immaginative della "medicina ai margini" (*medicine on the edge*), avvolgono medici, pazienti e individui in genere in un "abbraccio biotecnico".

Le esperienze emozionali o affettive legate all'immaginario medico (che rafforzano la medicina e la rendono un'impresa appassionante e affascinante) circolano attraverso la cultura di massa e quella professionale. I clinici e i loro pazienti, in particolare nel campo dell'oncologia, sono soggetti a «regimi di verità costantemente emergenti nella scienza medica» (Marcus G. 1995, Good B. 1995), e quindi soggetti a un immaginario medico che genera speranza sia all'interno della cultura di massa, sia nella cultura scientifica e professionale, attraverso la produzione di possibilità biotecniche che influenzano i risultati di percorsi terapeutici spesso ardui. Un flusso costante di notizie mediche appare nei media: un articolo del "New York Times" del 22 ottobre 1998, intitolato: «Due studi aprono nuove prospettive per il trapianto di midollo», annunciava scoperte olandesi e americane (Seattle).

L'immagine dell'abbraccio della biotecnologia e della biomedicina è emersa lentamente nel corso degli anni, a mano a mano che un certo numero di antropologi e di medici cercavano modi diversi di comunicare le esperienze affettive vissute da medici e pazienti che si trovavano ad usare le nuove biotecnologie o le terapie di rianimazione, che sono essenziali in gran parte della medicina contemporanea (cioè oncologia, disturbi genetici, tecnologie riproduttive e terapie dell'Hiv) [(2)].

Vi è stato un lungo e intenso dialogo sui silenzi e le ambiguità, la conoscenza, la narrazione e l'esperienza, relativi sia alle culture cliniche – in particolare all'oncologia – sia ai nostri mondi etnografici. Gli studi italiani di Deborah Gordon, antropologa, ed Eugenio Paci, epidemiologo del cancro, hanno contribuito a far emergere questa immagine e hanno messo in discussione i linguaggi concettuali che utilizziamo per esaminare i mondi clinici nelle società complesse, e che sono connessi agli scambi globali nelle scienze e nelle pratiche della biomedicina (Gordon D. - Paci E. 1997).

Uno scambio di idee sulla cultura e sulla pratica biomedica contemporanea, avuto in occasione di un importante incontro (organizzato da Anita Jacobson-Widding, un'antropologa svedese) a Uppsala, tra medici svedesi e danesi, mi ha portato ad articolare meglio la nozione di "abbraccio

biotecnico", mentre cercavo un modo per spiegare le caratteristiche strane, e qualche volta ironiche, della cultura medica americana, a dei medici rimasti fortemente sorpresi da video/film che mostravano degli oncologi americani a colloquio con i loro pazienti.

Le discussioni esplicite sui risultati ottenuti dai principali esperimenti clinici, i diversi effetti derivati dalle varie modalità di trattamento, le statistiche dei casi e delle probabilità, apparivano in modo troppo dettagliato, troppo medico, troppo distaccato, e non abbastanza ambiguo.

La risposta svedese mi apparve, non senza una certa meraviglia, piuttosto paternalistica, anche se affascinante. Alla fine mi sono chiesta: *come vengono strutturate, legittimate e intensificate le emozioni nella cultura clinica? In che modo l'immaginario medico esprime il desiderio e la speranza di guarigione di una società? E, domanda ancora più difficile, perché questa peculiare variante americana di Boston? Quali somiglianze, quali differenze e quali cambiamenti dinamici possiamo riscontrare altrove, in culture e in sistemi medici comparabili o più o meno diversi?*

In quella occasione Jacobsen-Widding osservò che l'immagine dell'abbraccio biotecnico le ricordava i rituali di guarigione che aveva studiato in alcune comunità africane, durante i quali i guaritori abbracciano fisicamente i loro pazienti: l'abbraccio è un elemento essenziale del processo terapeutico.

L'immagine e l'emozione dell' "abbraccio" è il contrappunto delle immagini popolari del cancro o dell'Hiv, del corpo in lotta con se stesso e con il sistema immunitario alterato. In effetti, le immagini fantastiche dell'abbraccio biotecnico – la "zona d'ombra" o il "cyborg" – che emergono nei racconti dei pazienti riguardo alle terapie sperimentali come Bmt/Abmt (*Bone marrow transplant*, trapianto e autotrapianto di midollo osseo) danno un'idea del corpo flessibile (Martin E. 1994). Esattamente come le terapie di rianimazione del trapianto di midollo osseo che salvano il corpo da se stesso (Bmt – tramite il midollo osseo di un donatore), o lo autorigenerano (Abmt – attraverso il proprio midollo osseo) dopo un'alta dose di chemioterapia.

Spaccati etnografici e progetti più ampi

Gli esempi etnografici sono presi da uno studio di lungo periodo, recentemente portato a termine, riguardante il mondo dell'oncologia clinica e delle narrazioni cliniche, condotto in un ospedale universitario di Boston. Successivamente sono state registrate interazioni cliniche, poiché abbia-

mo seguito 40 pazienti durante il lungo processo di trattamento, intervistato pazienti e medici circa le finalità e l'interpretazione delle negoziazioni cliniche ed effettuato ulteriori interviste e indagini per analizzare le esperienze dei pazienti messi di fronte alla molteplicità delle decisioni relative al trattamento e alle "scelte" di vita in relazione alla malattia grave o cronica.

A mano a mano che i diversi pazienti hanno iniziato il trattamento per l'autotrapianto di midollo osseo (ABMT), ci siamo collegati anche a *BMT-Talk*, una rete di *cyberspace* per pazienti sottoposti a trapianto (BMT), amici, parenti, ricercatori e clinici, compresi alcuni opinionisti di paesi lontani come ad esempio il Brasile. La documentazione delle assicurazioni sanitarie e la letteratura professionale e divulgativa hanno fornito ulteriori materiali e, dunque, "regimi differenti di verità".

In questa cultura americana della medicina altamente tecnologizzata, i medici invitano i pazienti a entrare nel mondo della terapeutica sperimentale quando la malattia resiste ai trattamenti standard. È attraverso questo invito verso quella che a volte viene denominata "terapia di rianimazione", che la narrazione clinica, che associa lo sperimentale al terapeutico, comincia a rivelarsi, inscrivendo l'esperienza sulla psiche e sul soma dei pazienti e mostrando le molteplici trame e sottotrame che vengono immaginate per i pazienti e per i clinici nell'ambito delle varie specializzazioni professionali. Ed è attraverso l'analisi del dispiegarsi di queste narrazioni che possiamo testimoniare l'avvolgente abbraccio così come è espresso, immaginato o come può essere inteso, se rimane inespresso.

Un breve detour *teorico: narrazione come prospettiva analitica*

Con l'introduzione di concetti letterari, quali *narrazione* ad esempio, nell'osservazione della vita clinica quotidiana, sono emersi nuovi aspetti dell'attività medica e dei processi terapeutici. Tre concetti tratti dall'analisi narrativa – trama, messa in trama e tempo narrativo – mostrano come l'affetto e il desiderio agiscano nelle narrazioni cliniche per *sedurre* pazienti e clinici, avvolgendo entrambi in un mondo di immaginazione medica, con atti tecnici fantastici ma evidentemente intenzionali e terapeutici.

L'uso di un quadro di riferimento narrativo ai fini dell'analisi può anche mettere in risalto le parole e le azioni cliniche che violano la coerenza e il significato e agiscono contro "la narrazione", attraverso la creazione di trame che mostrano una struttura frammentata piuttosto che integrata.

Nell'etnografia l'esperienza narrata e gli elementi antinarrativi sono espressi dai pazienti, e dai clinici, che a volte riescono a indirizzare e a finalizzare la loro pratica, altre volte creano confusione attraverso "l'antinarrazione".

La teoria narrativa fornisce anche un quadro di riferimento analitico che ci porta a disaggregare il potere della specializzazione e i suoi sostegni economici, a cogliere i modi in cui viene usato per "tracciare" un corso terapeutico coerente, per strutturare il tempo clinico, per infondere il desiderio per il trattamento, per dare speranza e, nel caso di malattie resistenti ai trattamenti tradizionali, per invitare i pazienti a concedere i propri corpi ai trattamenti sperimentali, la cui efficacia è spesso incerta.

Nel caso americano, è attraverso la narrazione che gli oncologi incorporano la medicina basata sull'evidenza nella cultura clinica e presentano il significato terapeutico attraverso la fiducia nei risultati degli esperimenti clinici e nella ricerca più efficace nel campo delle bioscienze. Ed è attraverso la narrazione clinica che la statistica concernente i casi e le probabilità di particolari trattamenti, appare come plasmata dalla cultura e sancita dalle istituzioni, assumendo una centralità nel discorso narrativo perfino quando vengono toccate questioni fondamentali come la morte o quando ci si rivolge all'immediatezza delle attività terapeutiche.

L'impegno ironico dei pazienti con i loro clinici, nel negoziare i significati di queste narrazioni cliniche, delle probabilità e delle statistiche, delle fantasie e delle incertezze, fa intravedere come l'immaginario medico generi una certa "spavalderia", una convinzione nelle moltissime possibilità, che sostiene e incoraggia l'investimento emotivo, finanziario e culturale nella sperimentazione.

"Il cambiamento delle regole": autotrapianto di midollo osseo e chemioterapie a dosi elevate

L'attuale controversia intorno al trattamento che accompagna trapianto autologo di midollo osseo, per il cancro al seno in metastasi, pone un dilemma etico in termini di costi sociali e individuali, sia finanziari, sia personali.

Come ha notato un oncologo nel 1993, questa costosa «terapia di rianimazione» ha avuto dubbie credenziali terapeutiche e, negli esperimenti clinici di quel periodo, i pazienti che inizialmente avevano risposto in modo positivo al trapianto, «hanno avuto una ricaduta dopo sei o otto mesi».

Tuttavia, nel 1994, alcuni pazienti hanno citato in giudizio gli assicuratori che avevano rifiutato la copertura per questi trattamenti e alcuni oncologi che ne avevano incoraggiato l'adozione. Un'azione legale condotta da un paziente della California Kaiser, a cui era stata rifiutata la copertura nel 1994, ha determinato l'assunzione di questo "trattamento sperimentale" come standard di cura a partire dagli anni 1995-96. («Nessun HMO sarebbe ora capace di rifiutare la copertura a causa di quella azione legale» (HEAD OF SURGERY/PARTNERS 1996)).

I nuovi studi clinici indicano un forte declino nella mortalità, dal 30% a meno del 3%, man mano che sono state introdotte cure innovative e sono stati reclutati pazienti più sani. Sebbene il costo del trapianto autologo di midollo osseo sia notevolmente diminuito (approssimativamente da 150.000 dollari nel 1993 a 60-75000 dollari nel 1995), la tecnologia sia divenuta sempre più efficiente e standardizzata e i luoghi di trattamento si siano spostati dall'ospedale ai servizi ambulatori esterni, l'efficacia terapeutica continua ancora ad essere messa in discussione.

Con il mutare del campo della bioscienza e di fronte a scelte sempre più complicate di opzioni terapeutiche spesso in competizione (come i trattamenti delle piastrine con nuovi farmaci), e data l'incerta efficacia di molti trattamenti e la potenzialità di gravi errori clinici, l'immaginario medico deve essere attentamente organizzato. Tuttavia, nonostante l'efficacia appaia discutibile, vediamo pazienti e medici catturati da un abbraccio biotecnico, entusiasmati dalle possibilità della terapeutica sperimentale.

Normalizzare la sperimentazione

Scienziati clinici, come il Dr. Peters della Duke University medical school, sono tra i pubblici promotori della terapeutica sperimentale, della normalizzazione delle tecnologie e delle evidenti singolarità dell'alta tecnologia: essi hanno contribuito a trasformare l'insolito in un evento che non risulti più strano di una pausa caffè: metafore domestiche di vita quotidiana (FOX R. - SWAZEY J. 1992). Nella sua convincente presentazione all'US Federal insurance commission, il 5 dicembre 1994 (durante un'udienza in cui bisognava decidere se Medicare/Medicaid dovesse sostenere la copertura dell'autotrapianto di midollo osseo per un tumore in fase di metastasi) il dottor Peters così ha "normalizzato" la procedura:

> «Come ha detto un nostro famoso filosofo: 'Una volta non era così – questo è ciò che la maggior parte della gente pensa dei trapianti di midollo osseo – un servizio di alta tecnologia con procedure di isolamento, l'uso di

attrezzature hi-tech, cure multiple di sostegno e così via. Il fatto è che, negli ultimi anni, ciò sta avvenendo più frequentemente. Due donne della nostra istituzione (il secondo e il sesto giorno post-trapianto) stanno aspettando un caffè all'hotel in cui risiedono in attesa del loro trapianto di midollo. Sostanzialmente ora noi effettuiamo tutti i nostri trapianti di midollo senza ricovero in ospedale. Se si guarda alla mortalità nei primi cento giorni in pazienti sottoposti a trapianti si può vedere che, nella metà degli anni Ottanta, la mortalità relativa alla terapia nei primi cento giorni era circa del 30%. Ora essa si aggira intorno al 3-4%. Ciò rappresenta un massiccio cambiamento nella mortalità relativa alla terapia.» (PETERS W. 1994).

Umorismo ironico: zona d'ombra e immaginazione medica

I pazienti, come i clinici, mettono in gioco un umorismo ironico, un margine di cinismo (speranza contro speranza?), un misto di immaginazione medica e di immaginario piuttosto bizzarro su ciò che il futuro potrebbe riservare. Osserviamo i seguenti esempi.

Un oncologo, un chirurgo specialista in trapianti e una paziente molto spiritosa, la signora R., insegnante di 54 anni, in fase di metastasi e in attesa per l'autotrapianto di midollo osseo e una dose elevata di chemioterapia (*cytoxan*), discutono insieme le possibilità di trattamento. I brani comprendono diversi incontri, che si svolgono nell'arco di nove mesi. Il primo, quando abbiamo conosciuto la signora R., è stato con l'oncologo, nel momento in cui ha appreso che il cancro al seno le aveva procurato delle metastasi.

Abbiamo partecipato alla terza visita nel corso della quale lei discuteva le "scelte" e le raccomandazioni dei chirurghi specialisti in trapianto. Il senso dell'umorismo della paziente appariva ormai spento, e tuttavia i suoi commenti riuscivano a cogliere la stranezza e le incertezze dei trattamenti sperimentali e della medicina marginale.

Esempio 1.

Agosto 1994

PAZIENTE (SIGNORA R.): Suppongo che la preoccupazione danneggerebbe ancora di più il sistema immunitario, peggiorando la situazione. Sembra che sia un meccanismo molto arcaico. [*Parla di una vacanza rimandata*]. Non voglio giocarmi questo 15-20% di possibilità. Non ho nessuna scelta, giusto?

ONCOLOGO: Si, ha una scelta. Non ha scelta se si concentra soltanto sul quadro molto ampio della situazione. Dunque non ha scelta perché soltanto una di esse può darle una possibilità. Ma se si concentra sui prossimi cinque anni...

SIGNORA R.: Cinque anni non sono niente.

ONCOLOGO: Non ha scelta. È la sua scelta.

SIGNORA R.: Lo specialista dei trapianti mi ha detto che non ho scelta.

Febbraio 1995

Il secondo incontro inizia con un'intervista tra la paziente e il ricercatore; ci si concentra sull'incontro clinico nel momento in cui il medico rimuove le cellule staminali.

SIGNORA R.: Questo dovrebbe stimolare la crescita delle cellule staminali... poi dovrebbero raccoglierle in dieci giorni. È come coltivare un orto.

INTERVISTATORE: È proprio un periodo di crescita molto breve. Come i ravanelli.

PAZIENTE: Esatto. È come i ravanelli. Giusto. Questi piccoli ravanelli. Esatto.

INTERVISTATORE: Bene, le pongo la mia solita domanda, a questo punto cosa le fa provare tutto questo?

PAZIENTE: Ho l'impressione che sia un errore gigantesco. Vuole sapere la verità? È come se mi fossi sbagliata. Non dovrei essere qui a fare questo. ...Non stavo male. E sa, adesso si sta avvicinando il momento e non voglio farlo. Non voglio essere qui. Voglio continuare la mia vita. Questo sta disturbando la mia vita e ciò non mi piace. Le sembra una risposta adeguata? Così, mi chiedo perché diavolo abbia deciso di fare questo. È stupido. Per di più, il tutto è una zona d'ombra...

MEDICO: Bene, bene, bene. Okay. Comincia la parte divertente.

PAZIENTE: [*rivolgendosi all'intervistatore*] Ha questo umore sadico...

INTERVISTATORE: Sa di essere nei guai quando il dottore comincia a fregarsi le mani.

PAZIENTE: Oh, quello è un segno? Va bene. Assomiglia un po' a Frankenstein. Cosa facciamo oggi?...

Quando le procedure sono complete...

PAZIENTE: Lei sa qual è la parte più dura – non proprio la parte più dura, ma... – suppongo che l'ironia di tutta la faccenda sia passare attraverso tutto questo e non solo non avere alla fine nessuna garanzia, ma neanche un'indicazione... Non c'è modo di sapere se ha funzionato oppure no. Se ci pensi, ci si aspetterebbe che alla fine fossero in grado di dire, 'sembra che sia andata bene', o 'sembra che non sia andata bene'.

INTERVISTATORE: Cosa hanno detto in proposito?

PAZIENTE: Se sarò viva e starò bene fra cinque anni, lo considereranno un successo, e rientrerò nel 20% di probabilità. È una cosa decisa a posteriori. Ed è divertente, una delle cose che abbiamo fatto al principio, che abbiamo staccato e poi ripreso, è stata la dieta vegetariana... [*Si riferisce al Tamoxifene e alla soia come Tamoxifene naturale*)... Stai a sentire la professione medica ma devi anche decidere da sola. Così ho incominciato a mangiare il tofu. E continuo a mangiare tofu. Così, non so. È tutto interessante. I miei insegnanti mi hanno fatto una grandissima festa. Molto bella, una festa a sorpresa: hanno spedito gli inviti e l'hanno definita "una doccia". Una doccia per me, una doccia di amicizia, hanno detto.

Cinque settimane dopo questa intervista la paziente è ritornata per un trattamento follow-up appena dopo che alcuni giornali avevano rivelato che una istituzione concorrente, il rinomato Centro del cancro Dana Farber, aveva inavvertitamente ecceduto nelle dosi durante il trattamento chemioterapico a dosi elevate per le donne, determinando la morte di una paziente ("Boston Globe", 22-23-24 marzo 1995). Il Dana Farber fu messo in prova dalla Joint commission on accreditation of hospitals.

Aprile 1995

La signora R. valuta con l'infermiera del reparto di oncologia le capacità professionali dei suoi medici nell'estrarre il midollo osseo (non solo per scopi terapeutici, ma anche ai fini dell'osservazione clinica). Dà un voto a ciascuno dei tre medici, 'un cinque, un sette, un tre!'

INFERMIERA: 'Nessun dieci?'.

SIGNORA R.: 'Il dieci non esiste, nessuno può prendere dieci'. Come se nessun paziente che abbia subito l'autotrapianto di midollo potesse avere la certezza della cura.

SIGNORA R.: Ho deciso che [il cancro] può essere una malattia cronica. Non deve essere un... ho sempre creduto che fosse una condanna a morte... Ora la mia prossima grande decisione sarà, dal momento che hanno fatto il secondo midollo per la loro ricerca... di vedere se c'è qualche cellula cancerogena del seno nel midollo. Voglio così proprio sapere la risposta?

INFERMIERA: Non penso che possano risponderle.

SIGNORA R.: Si, mi ha detto che poteva.

INFERMIERA: Giusto... e lei non sa che farsene di quella informazione... non avrebbe dovuto dirle che c'erra un'opzione.

SIGNORA R.: Devo pensarci.

L'infermiera di oncologia e la paziente concludono parlando ancora di quel 15-20% di possibilità di successo, dell'incertezza e dell'ambiguità di quel che il futuro riserva.

Wile E. Coyote su BMT-Talk nel Cyberspazio

La rete BMT-Talk è carica di fantastico – di immagini di arcaico, di Frankenstein, di cyborg, di aspetti bizzarri del trattamento –. Un giovane paziente, scrivendo del trapianto di midollo subito a causa di un mieloma multiplo ricorre a metafore come quella del corpo flessibile che si rigenera continuamente, tipica dei cartoni animati americani (il coyote appare in molte forme e come un gatto ha molteplici vite).

> «La cosa strana per me è che il trapianto di midollo, a differenza di quello del fegato, del rene o di qualsiasi altro organo, non agisce direttamente contro la malattia (mieloma multiplo). Ciò che dovrebbe distruggere le cellule tumorali è la chemioterapia. Il trapianto tuttavia è una tecnica senza la quale la chemioterapia sarebbe fatale.
>
> Wow. È veramente un'idea bizzarra – come se l'acqua nel tuo acquario fosse in qualche modo inquinata e tu mettessi una tonnellata di sale o di altri medicinali, poi pompassi estraendo completamente l'acqua (lasciando i pesci dentro l'acquario), aspettassi che si asciugasse, poi rimettessi di nuovo l'acqua dentro, sperando che il pesce possa ancora nuotare (e non galleggiasse capovolto!) –.
>
> Hmmmm... Bene. È proprio ciò che ho pensato, anche se non è esattamente così, è pressappoco quello che sento. *Ti faremo cadere addosso un peso di 16 tonnellate. Ciò ucciderà il cancro. Poi camminerai come una fisarmonica, come se tu fossi Wile E. Coyote in un cartoon Road Runner, fino a quando l'aria che pomperemo dentro di te ti ridarà forma!...* So che è la migliore possibilità che ho, ma non mi aiuta certo sapere che fra non molti anni sembrerà completamente superata. Sembra che, nonostante gli avanzamenti della medicina e della tecnologia, non siamo capaci di fermare il massacro!».

I pazienti fanno inoltre commenti su come anche nelle chemioterapie standard ci si sente «partiti per vedere il mago». Un maestro elementare di 53 anni cantò per noi una canzoncina che in genere cantava con le figlie durante il oro trattamento chemioterapico: «Sono partito per incontrare il mago, sono partito per la chemioterapia». La canzone è intonata su «Sono partito per vedere il mago, il fantastico mago di Oz». Altri pazienti, anche quelli che vanno in cerca di ogni possibile trattamento così esprimono il loro sentimento di ambivalenza:

> Mi meraviglia il fatto che la gente accetti volontariamente quando pensano a qualcosa, che qualche istituzione o qualche medico sia la cosa migliore. Ti senti così male? [*Ride*] E se questo malessere assolutamente miserabile fosse il risultato del trattamento che ti stanno invitando a fare? Che cosa vuol dire essere un buon paziente? ... Mi chiedo, quando sarà abbastanza?».

Le metafore della vita sono certamente centrali rispetto al modo in cui i pazienti affrontano l'immaginario medico. Le estetiche della scienza si sposano all'arte nella penetrante riproduzione della *Venere* del Botticelli,

mastectomizzata eppure ancora bella. Così, come la vita continua, la bellezza anche può durare a dispetto delle iscrizioni sul corpo dei traumi di malattia della vita.

Riflessioni conclusive

Decostruendo la cultura clinica americana riscontriamo una persistente retorica dell'umanesimo contrapposta a quella della tecnologia. Queste dicotomie professionali e pubbliche possono portarci fuori strada, volgendo il potere professionale contro il sapere profano. E tuttavia il linguaggio metaforico di molti pazienti a consulto con i loro clinici e in discussione con gli intervistatori e con altri pazienti identifica un interesse potentemente affettivo nelle possibilità delle innovazioni biotecniche e terapeutiche. Le dimensioni affettive dell'alta trecnologia in medicina hanno un elemento soteriologico che sottende non solo la speranza per le cure e le scoperte di trattamenti efficaci ma anche una economia politica della bioscienza e della biomedicina. L'abbraccio biotecnico serve a creare una cultura popolare affascinata dalla biologia della speranza, capitale destinato a nuovi investimenti (capitale di rischio) che continua perfino di fronte a restrizioni nel creare nuove modalità di trattamento. Il costante flusso di informazioni negli articoli di giornale sulle cure e le sfide del trattamento del cancro e di altri disordini letali è illustrato in due recenti storie riportate dal "New Yorker" su trattamenti genetici per il cancro e ABMT fatti su misura, e annunci recenti di innovazioni nella creazione di nuovi farmaci che fanno aumentare le piastrine, come il Neumega.

Un dilemma morale nasce quando il "traffico culturale", che caratterizza le bioscienze e il mercato dei prodotti biomedici ad esso connessi, influenza la pratica della medicina clinica nelle società povere. Mentre le economie mondiali dominanti investono fondi pubblici e privati nella produzione della biotecnologia e cercano in modo aggressivo di introdurre questi progressi nella pratica clinica – ottenendo così rendimenti finanziari e risultati scientifici dagli investimenti di capitali – tutte le società, non soltanto quelle che dispongono di risorse finanziarie minime da investire nella cura medica, si trovano di fronte al problema di dover razionare molti prodotti biomedici, ritenuti centrali per la clinica medica competente.

I professionisti "locali" in tali contesti sono dunque influenzati da affermazioni e regimi di verità che, provenienti dai mondi della biomedicina transnazionale, cambiano continuamente e sono tra loro in competizione. E mentre emergono le metafore della scienza e della società, si pongono

anche le questioni etiche di come servire al meglio tutti i pazienti. L'integrazione dell'analisi culturale, etica e economico-politica delle culture biomediche professionali e popolari ha la funzione critica di smascherare i legami tra interessi economici o culturali, e consente di chiarire in che modo si possano esprimere "pratiche mediche ottimali" e la popolazione medica globale. Il modo in cui la medicina può servire l'umanità nel prossimo secolo dipende, almeno marginalmente, dal modo in cui gli antropologi svilupperanno questo progetto analitico interdisciplinare.

Ringraziamenti. Il testo qui pubblicato prende le mosse dalla relazione da me presentata il 27 ottobre 1998 al Simposio internazionale "Salute malattia: metafore della vita e della società. Economia Antropologia Etica" (Bologna, 24-27 ottobre 1998) svoltosi nel quadro delle manifestazioni "Bologna 2000 città europea della cultura". Esprimo qui gratitudine alla Commissione organizzatrice del Simposio e in particolre al dott. Manfredo Pace. Grazie anche a Martha MacLeish Fuller per la sua assistenza e la preparazione della bibliografia.

Note

(1) Vedi Good B. 1994, Good M. 1995, 1996, Good B. - Good M. 1999, Good M. - Good B. 1999, Gordon D. - Paci E. 1997, Lock M. 1995, Hunt L. 1992, Gaines A. 1992, Ortiz A. 1994, Farmer P. 1992, 1994, Kim N. Y. 1993, 1996, Cohen L. 1998, Scheper-Hughes N. 1992, Dumit J. 1995, Downey G. - Dumit J. 1998. Il lavoro antropologico recente insiste su queste nuove direzioni anche se si basa su precedenti tentativi di comparazione fra sistemi medici «occidentali» e «non occidentali», o tra differenti «sistemi medici asiatici» (vedi Leslie C. 1976, Leslie C. - Young A. 1992). Esempi di lavori al confine tra antropologia medica e studi sulle tecnologie emergenti includono Anspach R. 1993, Bosk C. 1992, Fox R. - Swazey J. 1992, Fujimura J. - Chou D. Y. 1994, Heath D. - Rabinow P. 1993, Kaufert P. - O'Neil J. 1993, Ohnuki-Tierney E. 1994, Rabinow P. 1993, Rapp P. 1993, Strathern M. 1992, Traweek S. 1993, Treichler P. 1992.

(2) Vedi Mattingly C. - Garro L. 1994; cfr. anche Good B. 1993, Good M. 1992, 1994, 1995, Good B. - Good M. 1999.

[*traduzione dall'inglese di Antonella Crudo*]

Riferimenti bibliografici

Anspach Renee R. (1993), *Deciding who lives. Fateful choices in the intensive care nursery*, University of California Press, Los Angeles (CA).

Bosk Charles L. (1992), *All God's mistakes. Genetic counseling in a pediatric hospital*, The University of Chicago Press, Chicago (Ill.).

Cohen Lawrence (1998), *No aging in India: Alzheimer's, the bad family, and other modern things*, University of California Press, Berkeley (CA).

Downey Gary Lee - Dumit Joseph (curatori) (1998), *Cyborgs and citadels. Anthropological interventions in emerging sciences and technologies*, School of American Research Press, Santa Fe (NM).

Dumit Joseph (1995), *Mindful images: brains and personhood in biomedical America*, Ph.D. thesis, University of California, Berkeley (CA).

Dumit Joseph (1998), *A digital image of the category of the person: pet scanning and objective self-fashioning*, pp. 83-102, in Downey Gary Lee - Dumit Joseph (curatori), *Cyborgs and citadels. Anthropological interventions in emerging sciences and technologies*, School of American Research Press, Santa Fe (NM).

Dunn F. (1976), *Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems*, pp. 133-158, in Leslie Charles (curatore), *Asian medical systems: a comparative study*, University of California Press, Los Angeles (CA).

Farmer Paul (1992), *Aids and accusation. Haiti and the geography of blame*, University of California Press, Berkeley (CA).

Farmer Paul (1994), *The uses of Haiti, Common Courage Press*, Monroe (ME).

Fischer Michael M.J. (1991), *Anthropology as cultural critique: inserts for the 1990s cultural studies of science, visual-virtual realities, and post-trauma polities*, "Cultural Anthropology", n. 6, 1991, pp. 525-537.

Fox Renee - Swazey J. (1992), *Spare parts: organ replacement in American society*, Oxford University Press, Oxford.

Fujimura J. - Chou D.Y. (1994), *Dissent in science: styles of scientific practice and the controversy over the cause of Aids*, "Social Science and Medicine", n. 38, 1994, pp. 1017-1036.

Gaines Arthur (curatore) (1992), *Ethnopsychiatry: the cultural construction of professional and folk psychiatries*, State University of New York Press, Albany (NY).

Good Byron J. (1993), *Culture, diagnosis and comorbidity, "Culture, Medicine and Psychiatry"*, n. 16, 1993, pp. 427-446.

Good Byron J. (1994), *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge (Mass.).

Good Byron J. - Good Mary-Jo (1994), *In the subjunctive mode: epilepsy narratives in Turkey*, "Social Science and Medicine", n. 38, 1994, pp. 835-842.

Good Byron J. - Good Mary-Jo (1999), *'Fiction' and 'historicity' in doctors' stories: social and narrative dimensions of learning medicine*, pp. 50-69, in Mattingly Cheryl - Garro Linda (curatori), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley (CA).

Good Mary-Jo (1995), *American medicine: the quest for competence*, University of California Press, Los Angeles (CA).

Good Mary-Jo (1996), *L'abbraccio biotecnico: un invito al trattamento sperimentale*, pp. 25-62, in Donghi P. (curatore), *Il sapere della guarigione*, Laterza, Roma - Bari.

Good Mary-Jo - Good Byron J. - Schaffer C. - Lind S.E. (1990), *American oncology and the discourse on hope*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 14, 1990, pp. 59-79.

Good Mary-Jo - Hunt L. - Munakata T. - Y. Kobayashi (1992), *A comparative analysis of biomedicine: disclosure and consequences for treatment in the practice of oncology*, pp 180-210, in Conrad P. - Gallagher E. (curatori), *Health and health care in developing countries: sociological perspectives*, Temple University Press, Philadelphia (Penn.).

Good Mary-Jo - Kuter I. - Powell S. - Hoover H. - Linggood R. (1995), *Medicine on the edge: conversations with oncologists*, pp 129-152, in Marcus George (curatore), *Technoscientific imaginaries: conversations, profiles and memoirs*, University of Chicago Press, Chicago (Ill.).

Good Mary-Jo - Munakata T. - Kobayashi Y. - Mattingly Cheryl - Good Byron (1994), *Oncology and narrative time*, "Social Science and Medicine", n. 38, 1994, pp. 855-862.

Gordon Deborah (1990), *Embodying illness, embodying cancer*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 14, 1990, pp. 273-295.

Gordon Deborah - Paci Enzo (1997), *Disclosure practices and cultural narratives*, "Social Science and Medicine", n. 44 (10), 1997, pp. 1433-1452.

HEATH D. - RABINOW Paul (curatori) (1993), *Bio-politics: the anthropology of the new genetics and immunology*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 17, 1993.

HUNT L. (1992), *Living with cancer in Oaxaca, Mexico. Patient and physician perspectives in cultural context*, Ph.D. dissertation, Anthropology Department, Harvard University, Boston (Mass.).

KAUFERT Patricia A. - O'NEIL John (1993), *Analysis of dialogue on risks in childbirth: clinicians, epidemiologists, and Inuit women*, pp. 32-54, in LINDENBAUM Shirley - LOCK Margaret (curatori), *Knowledge, power and practice. The anthropology of medicine and everyday life*, University of California Press, Los Angeles.

KIM J.Y. (1993), *Pills, production and the symbolic code: pharmaceuticals and the political economy of meaning in South Korea*, Ph.D. dissertation, Harvard University, Boston.

KIM J.Y. - MILLEN J. (curatori) (1996), *The new world order and the health of the poor*, Common Courage Press, Monroe (ME).

KLEINMAN Arthur (1988), *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*, Basic Books, New York (NY).

KLEINMAN Arthur - KLEINMAN Joan (1991), *Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of experience*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 15, 1991, pp. 275-301.

LESLIE Charles (curatore) (1976), *Asian medical systems: a comparative study*, University of California Press, Los Angeles (CA).

LESLIE Charles - YOUNG Allan (curatori) (1992), *Paths to Asian medical knowledge*, University of California Press, Los Angeles (CA).

LOCK Margaret (1995), *Contesting the natural in Japan: technologies of dying and moral disorder*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 19, 1995, pp. 1-38.

LOCK Margaret (1993), *Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America*, University of California Press, Berkeley (CA).

MARCUS George (curatore) (1995), *Technoscientific imaginaries: conversations, profiles and memoirs*, University of Chicago Press, Chicago (Ill.).

MARCUS George (1998), *Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography*, pp. pp. 79-104, in MARCUS George, *Ethnography through thick & thin*, Princeton University Press, Princeton (NJ).

MARTIN Emily (1993), *Histories of immune systems*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 17, 1993, pp. 67-76.

MARTIN Emily (1994), *Flexible Bodies: tracking immunity in American culture from the days of polio to the age of AIDS*, Beacon Press, Boston (Mass.).

MATTINGLY Cheryl (1994), *Therapeutic emplotment*, "Social Science and Medicine", n. 38, 1994, pp. 811-822.

MATTINGLY Cheryl - GARRO Linda (curatore) (1994), *Narrative representations of illness and healing (special edition 38, 6). Introduction*, "Social Science and Medicine" n. 38, 1994.

OHNUKI-TIERNEY E. (1994), *Brain death and organ transplantation: cultural bases of medical technology*, "Current Anthropology", n. 35, 1994, pp. 233-242 [*Commentaries*, pp. 242-254].

ORTIZ A. (1994), *Healers in the storm: dominican health practitioners confront the debt crisis*, Ph.D. dissertation, Harvard University, Boston (Mass.).

PACI Enzo (1993), *Disclosure of diagnoses of cancer and the discourse on competence in Italian medicine*, Paper presentato a "The medical anthropology seminar. Department of social medicine, Harvard University", novembre 1993.

PETERS William (1994), *Duke University Bone Marrow Transplantation Program, New Orleans Hearing of the Federal Insurance Commission*, 5 dicembre, 1994.

RABINOW Paul (1993), *Galton's regret and DNA typing*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 17, 1993, pp. 59-66.

Rapp Rayna (1993), *Accounting for amniocentesis*, pp 55-76, in Lindenbaum Shirley - Lock Margaret (curatori), *Knowledge, power and practice. The anthropology of medicine and everyday life*, University of California Press, Los Angeles (CA).

Rouse J. (1992), *What are cultural studies of scientific knowledge?*, "Configurations", n. 1, 1992, pp. 1-22.

Scheper-Hughes Nancy (1992), *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*, University of California Press, Berkeley (CA).

Strathern Marilyn (1992), *Reproducing the future: essays in anthropology, kinship and the new reproductive technologies*, Routledge, New York (NY).

Traweek S. (1993), *An introduction to cultural and social studies of sciences and technologies*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 17, 1993, pp. 3-25.

Treichler P. (1992), *Aids and Hiv Infection in the third world: a first world chronicle*, pp. 377-412, in Fee Elizabeth - Fox Daniel M. (curatori), *Aids: the making of a chronic disease*, University of California Press, Berkeley (CA).

Treichler P. (1992), *Aids, Hiv and the cultural construction of reality*, pp. 65-98, in Herdt G. - Lindenbaum Shirley (curatori), *The time of Aids*, Sage Publications, Newbury Park (CA).

Scheda sull'Autore

Mary-Jo Del Vecchio Good (Connecticut 1943) è associate professor of medical sociology ad Harvard dal 1988; dal 1986 dirige la rivista "Culture Medicine and Psychiatry" insieme al marito Byron J.Good. Tra le sue recenti pubblicazioni *American Medicine: the Quest for Competence*, University of California Press, Berkeley, 1995; ha poi curato, con Byron J. Good, *The Inner Life of Medicine: collected essays*, Westview Press, Boulder, 1996.

Riassunto

Metafore della vita e della società nella salute e nella malattia: l'abbraccio biotecnico

Le ricerche sui correlati socio-culturali della biomedicina e della tecnologia possono essere utilizzate per indagare quelli che gli antropologi Fischer (1991) e Marcus (1998) hanno definito i "regimi molteplici di verità". In questo articolo analizzo i regimi multiformi di verità nei mondi della scienza clinica e della oncologia e cerco di esplorare i confini tra scienza e società e tra locale e globale, in rapporto alla biomedicina. Tre concetti sono al centro della discussione: l'"immaginario medico", la "narrazione clinica" e l'"abbraccio biotecnico". Tali concetti vengono illustrati mediante materiali etnografici e documentari tratti dal mondo della oncologia, tra cui interviste con oncologi e pazienti, interazioni tra oncologi e pazienti, e altri

materiali documentari e culturali. Le metafore utilizzate dai pazienti sono centrali per comprendere i modi in cui essi ricorrono all'immaginario medico, nonché il loro interesse fortemente emotivo per le possibilità offerte dalle innovazioni biotecniche e terapeutiche.

Résumé

Métaphores de la vie et de la société dans la santé et dans la maladie: l'embrassement biotechnique

Les recherches sur les corrélations socio-culturelles entre biomédecine et technologie peuvent être utilisées dans l'analyse de ce que les anthropologues Fischer (1991) et Marcus (1998) ont défini "régimes multiples de vérité". L'auteur analyse les régimes multiformes de vérité dans le monde de la science clinique et de l'oncologie, en cherchant à explorer les limites entre science et société, local et global, afin de mieux comprendre le domaine de la biomédecine. La discussion est focalisée sur trois concepts: "imaginaire médical", "narration clinique" et "embrassement biotechnique". Ces notions sont illustrées par des matériaux ethnographiques et documentaires tirés du monde de l'oncologie, à savoir interviews avec oncologues et patients, interactions entre oncologues et patients, autres matériaux documentaires et culturels. Les métaphores employées par les patients permettent de comprendre leurs modes d'usage de l'imaginaire médical, ainsi que leur intérêt, fortement marqué par l'affectivité, pour les innovations biotechniques et thérapeutiques.

Resumen

Metáforas de la vida y de la sociedad, en la salud y en la enfermedad: el abrazo biotécnico

Las recientes acercamientos culturales y sociales al estudio de la biomedicina han llegado hasta el análisis de lo que los antropólogos Fischer (1991) y Marcus (1998) han definido los "regímenes múltiples de verdad". En este ensayo, la autora examina los regímenes múltiples de verdad en el mundo de la ciencia y de la oncología y explora los confines entre ciencia y sociedad, entre local y global en la medida en que éstos se apoyan en la biomedicina. Tres conceptos están en el centro de la discusión: "el imaginario médico", "la narración clínica" y "el abrazo biotécnico". La autora ilustra estos conceptos a través de material documental y etnográfico extraído del mundo de la oncología, que comprende entrevistas con oncólogos y pacientes, y

materiales documentales y culturales. Las metáforas usadas por los pacientes resultan centrales para comprender en qué modo ellos afrontan el imaginario médico y cuánto fuertemente afectivo es su interés en las posibilidades de las innovaciones biotécnicas y terapéuticas.

Abstract

Metaphors for life and society in health and illness: "the biotechnical embrace"

Cultural and social studies of biomedicine and technology lend themselves to examining what anthropologists Fischer (1991) and Marcus (1998) have referred to as "multiple regimes of truth." In this essay I examine the multiple regimes of truth in the worlds of clinical science and oncology and explore boundaries between science and society, and local and global as they bear upon biomedicine. Three concepts are at the core of the discussion: "the medical imaginary", "the clinical narrative", and "the biotechnical embrace". I illustrate these concepts through ethnographic and documentary materials drawn from the worlds of oncology, including interviews with oncologists and patients, interactions between oncologists and patients, and documentary and cultural materials. Metaphors used by patients are central to the way patients address the medical imaginary and the powerfully affective interest in the possibilities of biotechnical innovations and therapeutics.

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica / 7-8, ottobre 1999, pp. 53-92

Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta fra dialogo e azione [1]

Alessandro Lupo

professore associato di etnologia, Università degli studi di Roma "La Sapienza"

Premessa

> Al contrario dei teologi, medici e filosofi ammettono come verità solo quella che possono spiegare, e fanno della loro intelligenza la misura del possibile. Quei signori nulla sapevano del mio male; dunque non ero ammalato.
> (ROUSSEAU J.J., *Le confessioni*, 1955: 283)

Proprio vent'anni fa, nell'ottobre del 1979, muovevo i miei primi passi di aspirante etnologo svolgendo per conto di Italo Signorini, allora direttore della *Missione Etnologica Italiana in Messico* [2], un'indagine sulla medicina tradizionale dei Huave, popolazione indigena stanziata sulla costa pacifica dello stato di Oaxaca. Il mio lavoro consisteva nell'assistere alle visite mediche che avevano luogo presso il piccolo ospedale della parrocchia tra i pazienti indigeni e un giovane medico *pasante*, tenuto a prestare un anno di servizio civile dopo la laurea presso una struttura pubblica; terminata la visita, interpellavo i pazienti circa la loro personale interpretazione dei mali che li affliggevano e le eventuali terapie alternative praticabili (o già praticate) con i guaritori tradizionali; dopodiché, se me lo consentivano, seguivo i loro casi visitandoli a casa ed eventualmente interrogando gli altri terapeuti consultati, in modo da avere un quadro il più completo e sfaccettato possibile delle singole storie di malattia. Il genere di rapporto che queste persone variamente sofferenti avevano con i due tipi di "operatori della salute" cui facevano ricorso non poteva risultare più diverso, sia in ragione della eterogeneità di fondo dei saperi medici in gioco, sia per la barriera comunicativa frapposta dalle differenze di lingua, stile, valori, esperienze, ecc. Eppure, proprio la comparazione tra due realtà così contrastanti permetteva di cogliere le costanti della relazione paziente-terapeuta all'interno di un ventaglio comune di opzioni operative, valorizzate in maniera

assai diseguale da ognuna delle due tradizioni. E dalla possibilità di comparare dal vivo, anche attraverso le scelte di persone concrete, il funzionamento parallelo e per certi versi complementare dei due sistemi medici [3] credo di aver tratto i più efficaci strumenti per orientarmi e procedere nello studio antropologico dei saperi intorno al corpo e alla malattia.

Nell'affrontare il tema della problematica interazione tra chi soffre e chi cura, che è da tempo oggetto degli interessi della letteratura antropologica [4], cercherò qui di integrare gli spunti analitici e comparativi che questa offre con la mia diretta ancorché circoscritta esperienza etnografica. È proprio per accogliere nella casistica esaminata quelle forme che più si discostano dai modelli dell'Occidente contemporaneo, ho scelto di contrapporre alla figura del "paziente" – intesa in senso ampio quale "persona che soffre", indipendentemente dall'ambito e dai modi in cui tale sofferenza si esplica – quella del "terapeuta", preferendola in quanto più generica e inclusiva a quella del "medico", troppo legata all'idea di una professione istituzionalizzata e svolta a tempo pieno sulla base del pieno possesso di un corpus di conoscenze canoniche. Il legame che unisce queste due figure si fonda su una radicale asimmetria ontologica e strutturale, riducibile alla dolorosa carenza di benessere dell'uno ed alla capacità che l'altro si vede riconoscere di porvi rimedio. È sulle rispettive caratteristiche dei due ruoli e sulle modalità verbali e pratiche dell'interazione terapeutica che intendo soffermare il mio discorso, cercando di mettere in risalto come proprio l'etnografia offra esempi significativi per ripensare le categorie con cui la scienza moderna ha affrontato il problema della salute.

1. Il paziente

> In Erewhon una malattia, di qualsiasi genere fosse, veniva ritenuta un crimine e un atto gravissimo di immoralità; e [...] io, anche solo per quel raffreddore, rischiavo di venir portato in tribunale e di essere punito con un lungo periodo di carcere. [...] Le malattie si dividono in trasgressioni minori e in crimini veri e propri, come i reati da noi [...] per gli Erewhoniani [...] una cattiva azione, benché sia da deplorare (come per noi è da deplorare una malattia) in quanto rivela indubbiamente una deviazione grave in chi la compie, è, tuttavia, solo il risultato di una disgrazia prenatale o postnatale. [...] La cattiva sorte, di qualsiasi genere, persino l'essere vittima di un'ingiustizia, è considerata una colpa contro la società perché sentirne parlare mette la gente a disagio.
>
> (Butler S., *Erewhon*, 1988: 58, 71)

Se, come mi pare logico fare, si parte dal soggetto sofferente, sarà bene innanzitutto chiarire una cosa, ovvia forse ma necessaria, e cioè che dal

punto di vista antropologico quella di "paziente" non è una condizione obiettivamente data che il medico ha il compito di portare alla luce, come la moderna biomedicina tende a ritenere, ma piuttosto uno *status*, ovvero l'esplicito riconoscimento da parte della società di una certa condizione, vissuta dal soggetto come fonte di disagio e sofferenza. Negli ultimi decenni gli antropologi hanno illustrato in maniera efficace ed esauriente come le diverse patologie individuate dalla scienza medica (dovute tanto a disfunzioni interne all'organismo quanto ad attacchi di origine esterna, quali traumi, infezioni, ecc.) non siano automaticamente percepite ed etichettate come "malattia" da parte di chi ne è colpito e/o dal gruppo cui questi appartiene. Senza necessariamente dover ricorrere ad esempi esotici ormai "classici" – come quello dei Thonga, per i quali le diffusissime infestazioni da parassiti intestinali sono viste come indispensabili contributi al processo digestivo, o delle popolazioni per cui certe patologie endemiche (malaria, malattie cutanee) fanno parte della comune concezione di "normalità" (Ackerknecht E.H. 1985: 145) –, la nostra stessa esperienza diretta ci permette di constatare come i medici tendano sovente ad assegnare l'etichetta di ammalato, sulla base di risultanze "oggettive" come test clinici e analisi di laboratorio, a persone che "soggettivamente" si sentono perfettamente sane e che tali vengono ritenute dal loro ambiente sociale (Eisenberg L. - Kleinman A. 1981: 12, Herzlich C. 1986: 182, Csordas T.J. - Kleinman A. 1998: 117): basti pensare all'ipertensione, che non di rado viene diagnosticata prima di aver prodotto conseguenze percettibili da chi ne è affetto e la cui terapia può invece provocare un ben più manifesto stato di sofferenza, in ragione dei suoi effetti collaterali (astenia, sonnolenza, impotenza, ecc.) (Katon W. - Kleinman A. 1981: 258, Eisenberg L. 1977: 11) [(5)].

Né mancano i casi inversi, in cui condizioni che la biomedicina considera del tutto "normali" vengono invece designate in termini di anomalia patologica: si va dall'esempio del bacino amazzonico settentrionale, ove l'infezione cutanea chiamata *pinta* (*Spirochetosi discromica*) è tanto diffusa tra gli indigeni che chi ne è esente viene ritenuto "ammalato" e messo ai margini della vita sociale (Ackerknecht E.H. 1985: 145-146), a quello della gravidanza, considerata da più culture come una vera e propria malattia che colpisce la donna e induce a sottoporla a numerose e complesse pratiche e prescrizioni terapeutiche, tanto farmacologiche quanto rituali [(6)]. La mia diretta esperienza fra i Nahua della Sierra di Puebla mi insegna che, per indicare la condizione di una donna incinta, essi dicono *mococoxcatali* o *cocoxcayetoc*, cioè "si è messa *cocoxca*" o "sta *cocoxca*", utilizzando un termine (*cocoxca*) derivato dal verbo *cocoa* "dolere, far male", che produce anche

cocoxque "infermo"; né ci si esprime diversamente in spagnolo, dicendo che la gestante *se puso enferma* ("si è ammalata") o chiamando il suo stato *enfermedad* ("malattia") e adottando comportamenti adeguati alla situazione.

Al riduzionismo organicista della biomedicina, che tende a identificare la salute con il "silenzio degli organi" e, per converso, la malattia con il loro "rumore" (Sindzingre N. 1986: 87), l'individuazione del quale è elemento essenziale e sufficiente per stabilire la presenza di condizioni patologiche e conferire l'etichetta di ammalato, la riflessione antropologica è venuta contrapponendo una sempre maggior attenzione alla percezione e alla costruzione individuale e sociale della malattia, negando l'esistenza di questa quale fenomeno in sé ed affermando invece la sua appartenenza alla dimensione culturale del significato (Csordas T.J. 1990, Good B.J. 1977, 1999, Good B.J. - Del Vecchio Good M.-J. 1981, 1982, Kleinman A. 1980, 1988, Young A. 1976). Un primo importante passo in tal senso è stata la distinzione tra la categoria delle «anormalità nella struttura e/o nelle funzioni di organi e sistemi corporei» (Eisenberg L. 1977: 11, cfr. Young A. 1982: 264), su cui solitamente si concentra l'attenzione diagnostica e terapeutica della medicina scientifica e cui si è convenzionalmente data la denominazione inglese di *disease* ("infermità" in italiano, secondo Signorini I. 1988: 45), e la categoria delle "percezioni ed esperienze individuali di determinati stati ritenuti socialmente sfavorevoli [*disvalued*]» (Young A. 1982: 265, cfr. Eisenberg L. 1977: 11), chiamata *illness* ("malessere" in italiano, stando a Signorini [*ibidem*]) (7). Questa distinzione permette fra l'altro di considerare autonomamente, nella loro ricchezza fenomenologica – senza aggiungervi fuorvianti valutazioni basate sulla loro presunta "fondatezza" organica –, le specifiche situazioni in cui le persone vivono la propria sofferenza. La scomposizione del concetto di malattia in più dimensioni, complementari e spesso sovrapponentisi, ma non coincidenti, come quelle di infermità e di malessere – per cui è possibile considerarsi "malati" senza che la biomedicina rinvenga segni esperibili di squilibri o disfunzioni sul piano organico, ma anche sentirsi "sani" in presenza di tali segni (cfr. Kleinman A. 1980: 355, Eisenberg L. - Kleinman A. 1981: 12-13, Herzlich C. 1986: 182) û ha mostrato i limiti dell'approccio empirista, che riduce le malattie a «entità biologiche o psicofisiologiche universali» (Good B.J. 1999: 14), e ha costituito un primo importante passo verso una prospettiva capace di cogliere la natura culturalmente costruita della malattia.

In questo senso va inteso il fatto che non pochi gruppi umani concepiscano la malattia in termini non soltanto di individuale sofferenza, ma la col-

lochino in una più ampia categoria, comprendente i concetti generici di "disgrazia" e "sfortuna", per cui i mali del corpo non vengono isolati da altri fenomeni di segno negativo e di portata anche collettiva, come le avversità del clima, le morie di bestiame, ecc. Ai numerosi esempi etnografici offerti dalla letteratura (cfr. ad esempio Evans-Pritchard E.E. 1976, Ackerknecht E.H. 1985: 139, Turner V. 1976: 352, Sindzingre N. 1986), che mostrano come la malattia venga sovente concepita in termini "olistici", ossia inserita in un articolato intreccio di influenze, connessioni e rapporti di tipo organico, sociale e trascendentale, posso nuovamente aggiungere la mia personale esperienza fra i Nahua, ove uno stesso termine, *tetzahuit*, dall'originario significato di "cattivo presagio", è oggi impiegato per designare una "disgrazia", una "tempesta" e una "causa patogena" (cfr. Lupo A. 1999).

A queste considerazioni iniziali va aggiunto che la condizione di mancanza propria dello status di paziente, perché si cerchi di porvi rimedio mediante l'intervento di terzi, dev'essere innanzitutto riconosciuta come tale; il che non avviene automaticamente, per l'imporsi di un'evidenza "oggettiva", ma scaturisce dal giudizio di figure autorevoli, talora senza tener conto o in contrasto con il parere del soggetto stesso. Non sempre infatti gli interessati sono in grado di formarsi o di far valere un'opinione circa la propria condizione e di decidere in conseguenza; sia perché "profani" privi delle necessarie conoscenze mediche, sia perché proprio la carenza di salute che li caratterizza limita la loro autonomia (quando non è di gravità tale da privarli del tutto o in parte delle loro facoltà, come nei casi drammaticamente invalidanti della demenza, della malattia mentale o del coma).

A questo va aggiunto un altro aspetto, su cui hanno soffermato la propria attenzione svariati antropologi del filone cosiddetto "critico" (Taussig M. 1980, Lock M. - Scheper-Hughes N. 1990, Scheper-Hughes N. 1992, cfr. anche Augé M. 1976, Douglas M. 1994); e cioè che, attraverso l'assegnazione dell'etichetta di "malato", e dunque di soggetto caratterizzato da uno stato che si discosta dalla "norma", alcuni individui esercitano un forte controllo sugli altri membri della società. Basterà ricordare la ricostruzione da parte di Foucault (Foucault 1976 [1962]) del percorso storico del modo in cui la società occidentale ha concepito e affrontato la follia, per aver presente l'impiego "politico", finalizzato al mantenimento dell'ordine sociale, dell'etichetta di "deviante", che in ambito medico porta all' "addomesticamento del corpo individuale" per mezzo dei diversi codici culturali (Lock M. - Scheper-Hughes N. 1990: 67) e alla classificazione in termini patologici di omosessuali, emarginati, dissidenti, ecc. Nel mondo contemporaneo, in particolare, il fenomeno si è tradotto in una crescente

tendenza alla medicalizzazione della società, con il proliferare delle categorie di "malati" in cui inscrivere quanti non rientrano nei parametri della normalità (cfr. la "iatrogenia sociale" di Freidson, in Herzlich C. 1986: 183). Non che l'impiego ideologico dei saperi e delle pratiche mediche ai fini del controllo dell'ordine sociale sia assente nelle società più semplici: al contrario, in esse l'intero processo di individuazione e di contrasto della malattia costringe gli individui entro le maglie strettissime della norma, cui non è minimamente concesso al paziente sottrarsi (cfr. Bibeau G. 1998: 157). Quel che però certamente non vi ha luogo è la tendenza a leggere in chiave puramente fisiopsicologica e ad affrontare in questi termini i problemi riguardanti il benessere degli individui e il funzionamento della società nel suo complesso: più che a biologizzare il sociale, le società tradizionali tendono semmai a proiettare su scala collettiva, quando non cosmica, i problemi della salute individuale.

Malgrado le forme di controllo appena menzionate, la società occidentale è però anche attraversata da correnti di segno opposto: con la progressiva erosione delle certezze del sapere biomedico, il rifiorire delle medicine alternative e le modifiche dello statuto giuridico del malato, si è venuto creando sempre maggior spazio per l'affermazione dell'autonomia del paziente e della sua capacità decisionale, che ne fa l'utente attivo di un pubblico servizio (Herzlich C. 1986: 198, Cosmacini G. 1995: 68-69). Tanto più che non di rado, specie nel caso delle malattie croniche, la stessa classe medica è indotta a riconoscere il valore e l'utilità dei saperi sul proprio corpo dei pazienti, che la lunga familiarità con il male rende dei veri e propri "sapienti profani", in grado di guidare o quanto meno orientare l'operato degli specialisti (cfr. Kleinman A. 1988: 129, Herzlich C. 1986: 187). Per non parlare dell'ambito della malattia mentale, ove la valorizzazione del vissuto psichico individuale e il coinvolgimento attivo del paziente fanno parte dell'essenza stessa dell'intervento terapeutico.

A dispetto di queste ultime considerazioni, la condizione di paziente resta comunque profondamente vincolata ai rapporti tra l'individuo e il suo gruppo di appartenenza, tanto da far apparire mutila o deformata un'immagine del processo curativo che riduca gli attori al binomio soggetto sofferente-terapeuta; e questo sia perché quasi sempre le scelte riguardanti la salute delle persone coinvolgono un'ampia cerchia sociale intorno ad esse, sia perché la stessa idea di malattia può non riguardare esclusivamente il singolo, ma estendersi a includere i suoi parenti, quando non l'intera società; ce lo mostrano i frequenti esempi etnologici in cui l'equivalenza tra il corpo individuale e il "corpo sociale" porta a concepire la malattia come un fenomeno collettivo, che investe l'intero gruppo (cfr. Ackerknecht E.H.

1985: 22, Turner V. 1976, Lock M. - Scheper-Hughes N. 1990, Csordas T.J. - Kleinman A. 1998): si pensi ad esempio alle morie di bambini che tra i Senufo fanno considerare "malato" un intero lignaggio (Sindzingre N. 1986: 94); ma anche, su scala più ridotta, la convinzione diffusa tra i Huave del Messico meridionale che la violenta emozione di un genitore (spavento, ira, vergogna) possa ripercuotersi sul figlio di sesso opposto, facendolo ammalare (Signorini I. - Tranfo L. 1979). Il fatto è che le idee intorno alla salute e alla malattia si inscrivono nel più ampio quadro delle concezioni che ogni cultura elabora sul sé, sulla persona e sui rapporti tra gli individui, il loro prossimo e le componenti del cosmo: non tutte le popolazioni, infatti, hanno elaborato un concetto della persona così unitario e autonomo come la civiltà occidentale, rivelando anzi spesso di possederne uno assai più frammentato (pluralità di componenti), diffuso (identità condivisa da più individui o esseri) e vincolato (interdipendenza fra individui e piani distinti della realtà) (cfr. Augé M. 1980, Douglas M. 1995, Geertz C. 1987 [1966], 1988 [1974], Spiro M. 1993, Tambiah S.J. 1977); di conseguenza, anche il modo in cui esse concepiranno l'insorgere e il procedere della malattia rifletterà i più generali presupposti cosmologici condivisi.

È nella prospettiva di questo stretto legame ideologico tra ordine cosmico e sociale da un lato e salute corporea dall'altro che la malattia (e più in generale la disgrazia) viene spesso interpretata come il segno di un qualche disordine soggiacente, facendo così del malato non una vittima innocente, bensì il più o meno diretto responsabile della propria sfortunata condizione [(8)]. La separazione della dimensione organica e "naturale" della malattia da quella etica del trascendente, che costituì uno dei punti di svolta della medicina ippocratica e che tuttora connota la moderna scienza medica, è spesso del tutto assente presso le società caratterizzate da quelle forme di religione che Ioan Lewis (Lewis I. 1987: 137-143) ha definito "dell'immediato", in cui nessun premio o castigo è rinviato all'amministrazione ultraterrena di un infallibile giudizio divino (come nelle religioni "escatologiche"), ma le fortune e le sfortune dell'esistenza sono il premio o il castigo terreno che ciascuno si merita in base ai rapporti instaurati con il prossimo ed il soprannaturale. Una prospettiva che, *mutatis mutandis*, pare riemergere anche nella secolarizzata società contemporanea, nel momento in cui la salute è identificata con una delle massime espressioni del Bene e la sua paventata mancanza – come nel brano del romanzo di Butler citato in epigrafe di questo paragrafo – rischia conseguentemente di tingere chi è malato del sinistro colore della colpa (cfr. Herzlich C. 1986: 200-201).

Tuttavia, per quanto negativa possa essere la connotazione dello status di

ammalato, esso concede pur sempre a chi se lo vede riconoscere delle prerogative che, in talune circostanze, hanno la capacità di renderlo appetibile, tra cui – come ebbe modo di segnalare Talcott Parsons (PARSONS T. 1951) – l'esenzione da una consistente parte degli obblighi che la società impone di osservare. Proprio nelle situazioni in cui la pressione su di un individuo affinché aderisca ai modelli di comportamento gli diviene troppo gravosa, questi può essere indotto a trovare rifugio nella deresponsabilizzazione e nella solidarietà che il ruolo di paziente comporta; sono troppo numerosi per meritare più di un generico accenno gli esempi di persone che trovano nella malattia la via d'uscita, più o meno consapevolmente perseguita, da situazioni di disagio psicologico e sociale (cfr. LEWIS I. 1972) [(9)]. Si tratta comunque di una soluzione che difficilmente può protrarsi a lungo nel tempo, in quanto l'assunzione dello status di paziente risulta tollerabile per il gruppo in ragione della sua stessa provvisorietà; qualora divenisse permanente, gli inconvenienti per la collettività non mancherebbero di erodere il sostegno e la solidarietà del gruppo; donde la generale aspettativa che chi è riconosciuto come ammalato si impegni attivamente a superare, nei limiti delle sue capacità, il problema che lo affligge. Un superamento che in non pochi casi viene sancito dalla collettività prima ancora che dall'interessato, fino a far prevalere la valutazione degli effetti sociali della terapia sulla personale percezione da parte del paziente del proprio stato fisico (cfr. BIBEAU G. 1998: 158). Per non parlare di quelle occasioni in cui, come quando il paziente è un bambino, la valutazione degli esiti della terapia avviene prendendo in maggiore considerazione gli effetti sui familiari adulti (ed in particolare la madre) che non l'effettivo stato dell'infermo.

2. Il terapeuta

> Cercano disperatamente nel medico lo sciamano o il sacerdote; il medico, ottuso, impaurito, si barrica dietro la Tecnica, la Chimica, la Fisica, l'Esperimento, l'Analisi. Quando si affaccerà la malattia mortale [...] il problema sarà: come resistere, come sottrarsi, senza troppo martirio naturale, alle cure. La malattia, pensata, fa meno paura. [...] Il problema più urgente sarà di trovare un medico, non una cura.
>
> (CERONETTI G., *Il silenzio del corpo*, Adelphi, Milano, 1979: 47, 155)

Complementare e interdipendente alla figura del paziente è quella del terapeuta, anche se non sempre la distinzione tra le due si delinea con assoluta nettezza. Nel corso dell'esistenza, infatti, a tutti prima o poi ca-

pita di cadere ammalati e di vedersi riconoscere lo status di paziente, anche qualora si rivesta istituzionalmente il ruolo di terapeuta; e all'inverso, sulla scorta delle proprie esperienze e cognizioni "mediche", a tutti succede prima o poi di intervenire per mezzo di consigli o azioni in favore di persone prossime inferme, svolgendo sia pure informalmente le funzioni di chi cura. Per quanto quest'ultimo aspetto delle pratiche sanitarie venga sovente ignorato o fortemente sottostimato dagli studiosi, nondimeno esso riguarda la grande maggioranza degli episodi di malattia, che per la loro scarsa gravità e facilità di cura trovano soluzione nell'ambito domestico e parentale, senza nemmeno giungere alla consultazione degli specialisti. La rilevante dimensione dell'autodiagnosi e dell'autocura (che può riguardare tra il 75 e il 90% degli episodi interpretati autonomamente come morbosi (Eisenberg L. - Kleinman A. 1981: 13)) dipende direttamente dalla presenza anche tra la massa profana di saperi intorno alla salute e alla malattia che consentono a pressoché chiunque, nei casi più ordinari, di improvvisarsi terapeuta e gestire in prima persona le proprie o le altrui afflizioni (Dean K. 1989, Menéndez E. 1992, 1993).

Ciò detto, non mancano mai le occasioni in cui i saperi generalmente condivisi dai profani sono insufficienti a ottenere la guarigione e in cui occorre far ricorso a chi è riconosciuto possedere capacità peculiari. Anche presso le società più semplici e meno differenziate nella distribuzione dei saperi, esistono individui cui è riconosciuto uno status diverso dagli altri, che li abilita a gestire i problemi della salute altrui: che li si chiami sciamani, stregoni, *medicine-men*, *curanderos*, *griots* o altro ancora, gli specialisti della guarigione sembrano costituire una delle prime forme di differenziazione sociale nel percorso evolutivo dell'umanità.

La diversità di questi individui rispetto agli altri membri del gruppo può apparire talora minima o insignificante agli occhi di un osservatore esterno, che ha modo di rilevare la facilità con cui, nelle società più semplici, è possibile passare dalla condizione di profano a quella di specialista terapeutico; transizione incomparabile con la lunga e difficile trafila di studi, prove ed esami prevista dal nostro ordinamento medico, al termine della quale vi sono laurea, specializzazione, esame di stato, iscrizione all'albo, ecc., ma che con questa ha in comune il sigillo della sanzione ufficiale da parte della società. Sempre di uno status, infatti, si tratta, e dunque di una condizione che, più che sull'effettivo possesso di determinati requisiti, dipende dal consenso della collettività. Così come non basta il semplice fatto di manifestare esperibili disfunzioni fisiopsicologiche per essere un "paziente", ma occorre che qualcuno di autorevole – basandosi o

meno sulla constatazione di tali disfunzioni (come s'è visto, la cosa può essere irrilevante) – si pronunci al riguardo, allo stesso modo non è sufficiente possedere le conoscenze e le capacità necessarie a curare gli infermi per essere un terapeuta. Bastano a dimostrarlo i ricorrenti casi di cronaca in cui individui che per decenni hanno esercitato la professione medica, conseguendo convinti attestati di stima dai propri ex-pazienti, si vedono disconoscere il titolo di medico, di cui si erano a lungo (e abusivamente) fregiati, poiché all'inizio della loro "carriera" non avevano superato le indispensabili prove accademiche.

Ma lo stesso discorso vale anche per i casi inversi, in cui la sanzione sociale, anziché negare lo status pur in presenza di concrete capacità, lo afferma prescindendo da queste e dal volere dell'interessato. Stavolta gli esempi non li troveremo nella nostra società, ma là dove la posizione di terapeuta si basa sulla dotazione di qualità peculiari, spesso di carattere mistico, anziché sull'accumulazione di un vasto corpus di conoscenze: nei resoconti etnografici abbondano le testimonianze di individui che, non compiendo alcun passo verso la professione ed anzi talora rifuggendola, si sono visti imporre da terzi l'accettazione di quella che avvertivano come una gravosa incombenza. Anche se in diverse occasioni questa può risultare come una ricostruzione a posteriori del percorso esistenziale che ha condotto a divenire terapeuta, che trova legittimazione proprio nella corrispondenza con gli stereotipi tradizionali, non mancano gli esempi di sincera e strenua resistenza verso l'assunzione del nuovo status: in questa tipologia rientrano senz'altro le narrazioni della chiamata alla professione di personaggi come il guatemalteco Gabriel Mir – proposto come modello da Foster e Anderson (Foster G. M. - Anderson B.G. 1978: 107) – o il guaritore nahua Miguel Cruz – la cui attività seguo dal 1984 (Signorini I. - Lupo A. 1989: 87-88, Lupo 1995: 64-66) –, tutte modellate secondo la sequenza standard di una rivelazione mistica, di una fase di recalcitranza (che passa anche attraverso la sofferenza fisica) e della resa finale dinanzi al volere superiore (di dio o della collettività).

Le considerazioni circa la convenzionalità dei percorsi che portano a divenire terapeuta hanno messo in luce il fatto che le capacità da cui dipende il riconoscimento di tale status possono non corrispondere affatto alla padronanza di saperi e tecniche specialistici – da sottoporre a rigorosa verifica prima dell'investitura –, ma consistono sovente in "poteri" che non è possibile acquisire liberamente, sia pure con applicazione e fatica, ma che si crede vengano concessi in base a disegni estranei al controllo umano dalle forze ed entità che governano la sfera del trascendente. Si tratta ovviamente di una versione delle cose dal punto di vista degli attori (o "emic"), che non impedisce che spesso gli individui "eletti" di fatto costruiscano con l'apprendi-

mento e la stessa manipolazione del consenso la propria carriera; essa comunque mette in luce come, presso la maggior parte delle società in cui la terapia ha dei risvolti di tipo rituale, lo status di terapeuta sia raggiungibile anche per chi non possiede particolari saperi (si pensi ad esempio alle figure di santi guaritori caratterizzati da grande semplicità, come Padre Pio, o ai sacerdoti esorcisti, contraddistinti dalle loro virtù mistiche assai più che dagli studi fatti). La palese insufficienza, anche nelle civiltà più tecnologicamente avanzate, delle forze e delle conoscenze umane a preservare intatto quel bene sommamente prezioso che è la salute induce assai spesso a cercare di integrare l'azione tecnica mediante il ricorso alla sfera dell'extraumano; e per varcare la soglia che separa da questa, oltre e ancor più che l'acquisizione di saperi particolari, si crede necessario un radicale salto qualitativo: una questione di proprietà intrinseche, di "essenza" – ben poco influenzabile dall'azione umana –, più che di conoscenza – incrementabile per mezzo di interventi estrinseci quali l'apprendistato e lo studio.

Non vorrei comunque che, soffermandomi sulla questione dei poteri, che spesso hanno tanta parte nel fare di una persona un terapeuta, finisse in secondo piano l'importanza che ovunque hanno i suoi saperi. È proprio sul divario di conoscenze che c'è tra lui e i suoi pazienti che, come vedremo, si fonda la dipendenza di questi ultimi nei suoi confronti: nell'angoscioso groviglio di sofferenza, disorientamento e quesiti irrisolti che caratterizza la condizione di chi ricorre all'ausilio di un terapeuta, è quest'ultimo che conosce le risposte che indicheranno il Nord nel percorso verso la guarigione. Egli "sa" ciò che il paziente, per più ragioni, ignora: nel senso *quantitativo* che detiene una mole di conoscenze professionali che lo differenziano dal paziente e che gli permettono di interpretare in maniera ordinata e chiarificatrice le informazioni che questi gli fornisce sul proprio caso (informazioni che l'infermo trae della propria esperienza diretta, ma che la limitatezza del suo sapere gli rende opache e insufficienti per operare scelte efficaci); ma anche nel senso *qualitativo* che il suo è un sapere in certa misura "neutro", ovvero meno distorto dalla sofferenza e dall'emozione (ragion per cui, ad esempio, un medico non dovrebbe curare i propri familiari), che si tratta di un sapere specialistico (quando non pienamente "scientifico"), quindi capace di attingere a superiori livelli di verità negati al profano, e infine che è spesso un sapere di natura "altra", rivelato, non accessibile per vie normali.

L'alterità del sapere del terapeuta rispetto a quello del paziente è spesso pensata in termini così radicali che egli giunge a volte a non tenere in alcun conto le rivelazioni che questi può fargli circa il proprio stato. E ciò non solo nelle situazioni in cui l'intervento ha carattere rituale, ove sareb-

be logico aspettarselo, ma altresì in ambito "scientifico", ove la qualità delle conoscenze dello specialista si manifesta anche nella sua capacità di percorrere vie esplorative peculiari, per le quali l'apporto dei soggetti profani è ritenuto di scarsissimo aiuto. Riferisce ad esempio Kleinman riguardo alla complessa realtà sanitaria di Taiwan, ove più tipi di terapeuti diversi esercitano nello stesso contesto sociale, che non solo gli sciamani, prevedibilmente, diagnosticano spesso alla cieca, restando all'oscuro di gran parte dei fatti riguardanti l'infermo (KLEINMAN A. 1980: 228), ma che anche i dottori che praticano la medicina tradizionale cinese, rifiutando ogni approccio mistico, tendono a prescindere il più possibile dalle informazioni ricavabili dai pazienti: «Nella cultura cinese [...] meno sono le domande meglio è. Un grande dottore non ha bisogno di chiedere nulla» (KLEINMAN A. 1980: 262).

D'altronde, il tono oracolare con cui tanti terapeuti formulano le proprie diagnosi non sottolinea forse la natura affatto speciale delle loro conoscenze, che consentono loro di discernere ciò che ai profani resta celato, rendendo così quasi secondario, se non addirittura superfluo, interpellarli? Ciò è senz'altro coerente con gli interventi di natura rituale, in cui la diagnosi ha carattere manifestamente divinatorio e la terapia è ritenuta agire essenzialmente sul piano spirituale, tanto da non richiedere neppure la presenza del paziente sul luogo dell'azione (cfr. KLEINMAN A. 1980: 227, SIGNORINI I. - LUPO A. 1989: 110-113, NATHAN T. 1998: 77). Ma è possibile cogliere elementi analoghi anche nella pratica clinica di illustri esponenti della moderna scienza medica, i quali di fatto eludono il contatto verbale e talora persino fisico col paziente, limitandosi quasi esclusivamente a prender visione di radiografie, tracciati, analisi ecc. È chiaro che, in casi del genere, questo comportamento, oltre a riflettere un effettivo scarto tra i saperi degli specialisti rispetto a quelli dei profani, serve al gioco retorico con cui essi affermano la propria posizione di prestigio e la conseguente autorità. Come infatti avremo modo di vedere tra breve, il credito di un terapeuta si misura su parametri assai complessi, in cui l'efficacia del suo operato, già di per sé estremamente difficile da valutare, è soltanto uno dei fattori in gioco.

Qualche considerazione aggiuntiva merita poi il fatto che il raggiungimento dello status professionale di terapeuta non comporta necessariamente e in ogni caso il passaggio attraverso la condizione di paziente. È senz'altro vero che a tutti, ivi incluso chi cura, capita prima o poi di ammalarsi; ciononostante nessun medico può aver sofferto tutti i mali che si impegna a combattere e quasi mai tale esperienza è considerata la premessa necessaria (e men che meno sufficiente) per poter curare. In ambito biomedico il percorso formativo istituzionale prescinde da questo passaggio attraver-

so la sofferenza, anche se il fatto di provare in prima persona la condizione di ammalato viene sempre più riconosciuto come un fattore capace di influire in maniera determinante e positiva sull'acquisizione e le modalità di esercizio del sapere professionale, quando non costituisce la stessa molla esperienziale che spinge ad abbracciare il mestiere. La natura ossimorica e paradossale della figura del medico malato, attorno alla quale fin da tempi remoti si è ragionato criticamente e sono fioriti massime e proverbi [10], evoca sia le ricche potenzialità conoscitive e operative insite nella prova della malattia (anche attraverso l'autodiagnosi e l'autocura), sia il riscontro inquietante della limitatezza e della frequente impotenza dei saperi medici (Godeau E. 1998, Hahn R.A. 1985, Caprara A. 1998). Resta comunque vero che, almeno per la massima parte di coloro che esercitano la medicina "scientifica", la frequentazione delle malattie avviene prevalentemente per via teorica e indiretta, mentre l'immagine del medico sembra vincolarsi a una sorta di "immunizzazione simbolica" (Godeau E. 1998: 13).

Significativamente diverso è il caso dei sistemi medici di orientamento rituale, per i quali la malattia costituisce spesso uno dei passaggi obbligati della carriera del terapeuta, sia perché essa viene letta come un segnale dell'investitura (o "chiamata") da parte soprannaturale, sia perché è ritenuta costituire una prova il cui superamento è pregiudiziale all'acquisizione del *potere* di guarire. Già s'è accennato al fatto che in moltissime società l'esperienza morbosa rientra nel modello cui si conforma (nei fatti o nella rappresentazione che se ne fanno gli attori) il percorso formativo dei guaritori tradizionali: paradigmatica a questo riguardo è la "carriera dello sciamano" (Lewis I. 1998: 117-136), che fa dell'evento patologico – per lo più legato alla perdita o all'alterazione della coscienza, interpretata come possessione – il punto di partenza e la chiave di volta del percorso che, attraverso la guarigione e l'acquisizione del controllo sulle forze che si crede provochino il male, porta alla definitiva investitura. Questo diffusissimo schema di lettura e di riplasmazione della situazione morbosa, che permette al paziente di divenire terapeuta mediante la gestione controllata e rivolta a favore della collettività di un'esperienza inizialmente vissuta come malattia, non ha diretti equivalenti nella medicina moderna. Una parziale analogia è semmai rintracciabile nella pratica psicoanalitica, in cui chi cura deve essersi sottoposto e continuare a sottoporsi periodicamente ad analisi, praticando una periodica inversione di status.

In chiusura del sommario esame delle figure del terapeuta e del paziente, si può riprendere la schematizzazione proposta anni or sono da Foster e Anderson (Foster G. M. - Anderson B.G. 1978: 103), per i quali i due "ruoli" (termine cui personalmente preferisco quello di "status") [11] sarebbe-

ro analizzabili secondo quattro coppie di caratteristiche: *ristretto-universale*, *permanente-temporaneo*, *superordinato-subordinato* e *volontario-involontario*. La prima coppia, ristretto-universale, si riferisce al fatto che mentre tutti passano prima o poi per la prova della malattia, solo a pochi sono riconosciuti la capacità e il diritto di curare; ed anche se i saperi medici popolari e la prassi dell'autodiagnosi e dell'autocura hanno vastissima distribuzione, resta il fatto che, per quanto diffuso e tollerato, il saltuario esercizio delle funzioni di guaritore non conferisce automaticamente questo status. Di fatto, il suo riconoscimento dipende dalla veste istituzionale sotto cui si opera, assai più che dalla rilevanza quantitativa dei fenomeni su cui si esercita il controllo: i medici derivano la loro autorità dall'investitura che ricevono dal gruppo, anche se la gestione della salute degli infermi ha luogo in misura preponderante in ambiti familiari, locali, ecc. sostanzialmente estranei al loro raggio di influenza.

Circa la natura permanente della condizione di chi cura per professione, di contro alla generale provvisorietà di quella di paziente, non meriterebbe soffermarsi sulla questione salvo forse per osservare che negli ultimi decenni gli indubbi successi della biomedicina nei confronti delle malattie infettive hanno lasciato spazio a quelle metabolico-degenerative, con un conseguente passaggio dalla preponderanza delle forme acute a quella delle patologie croniche, che ha proiettato su tempi assai più lunghi che in passato la condizione di chi è infermo (Martínez Cortés F. 1978, Cosmacini G. 1995: 43, 52); questa rimane comunque temporanea, oltre e forse prima ancora che nella risultanza statistica dei fatti, sul piano degli obiettivi dell'azione sociale, che tende a restituire nel minor tempo possibile il paziente alle sue responsabilità e ai suoi ruoli; e ciò a dispetto talora del volere di quanti nella malattia possono cercare un rifugio (Turner B.S. 1995: 38-39).

Per quanto poi riguarda la posizione superordinata del terapeuta rispetto al paziente, questa costante strutturale – che si fonda sulla stringente condizione di bisogno del secondo – viene compensata dal fatto che la prestazione terapeutica si configura spesso (e sempre più nel mondo moderno) come un "servizio", in cui il paziente è anche un cliente, in grado di far valere i propri diritti nei confronti di chi glielo fornisce (Cosmacini G. 1995: 68-69); non di rado la figura del guaritore è dipinta come quella di chi svolge una semplice funzione di mediatore per conto di forze di lui molto maggiori, che gli delegano solo temporaneamente il potere di curare e che possono revocarglielo non appena egli se ne riveli indegno o lo impieghi in modi discordanti dal bene dell'infermo.

L'ultimo binomio, riguardante l'intenzionalità soggiacente all'assunzione dei due status, si presta meno degli altri a evidenziarne i contrasti, in quanto

né la condizione di paziente è così paventata come in prima istanza potrebbe parere (e d'altronde il volere degli individui si manifesta attraverso vie che non sempre coincidono con la piena consapevolezza), né quella di terapeuta viene sempre ricercata con la cosciente pertinacia che contraddistingue i nostri medici; è comunque quello della volontarietà o meno delle azioni umane il campo in cui con maggiore evidenza si intrecciano le istanze della psiche e i condizionamenti della società e dell'ambiente in genere.

Alle quattro coppie di attributi che secondo Foster e Anderson connotano il binomio terapeuta-paziente potremmo aggiungerne una quinta, *attivo-passivo*, che riflette l'atteggiamento tenuto dai due: l'uno consegnando la propria persona all'intervento dell'altro e autorizzandolo a manipolare liberamente corpo, mente e componenti spirituali oppressi dalla sofferenza. Non v'è forse immagine più forte e illuminante al riguardo di quella del paziente reso incosciente e inerte dall'anestesia che si sottopone alla violazione cruenta della propria integrità corporea sotto i ferri del chirurgo; ma un non minore contrasto fra ruolo attivo e ruolo passivo è possibile riscontrare nel rito terapeutico huave volto alla cura dei gravissimi mali cagionati dall'alter ego spirituale, in cui il terapeuta e la sua aiutante si affannano nello spazio domestico sollevando, spostando e nascondendo a più riprese l'infermo, nella rappresentazione *hic et nunc* dell'analoga azione che le loro controparti spirituali si pensa stiano compiendo a favore di quella del paziente, nella lontana dimensione "altra" dove essa si trova (Signorini I. - Tranfo L. 1979, Signorini I. 1996).

3. Il rapporto paziente-terapeuta

> Io rispettavo gli abracadabra, ne onoravo l'antichità e l'oscura, misteriosa semplicità, preferivo esser loro alleato che loro nemico, e i contadini me ne erano grati, e forse ne traevano davvero vantaggio. Del resto, le pratiche magiche di quaggiù sono tutte innocue: e i contadini non ci vedono nessuna contraddizione con la medicina ufficiale. L'abitudine di dare a ogni malato, per ogni malattia, anche quando non è necessario, una ricetta, è una abitudine magica: tanto più se la ricetta era scritta, come un tempo, in latino, o almeno con calligrafia incomprensibile. La maggior parte delle ricette basterebbe a guarire i malati, se, senza essere spedite, fossero appese al collo con una cordicella, come un abracadabra.
>
> (Levi Carlo, *Cristo si è fermato a Eboli*, Einaudi, Torino, 1977 [1947]: 210)

Benché tra paziente e terapeuta esista quasi sempre un consistente divario di conoscenze, posizione gerarchica, potere e modelli di com-

portamento, ciò che li unisce in un rapporto di complementarità e reciproca dipendenza è la sostanziale condivisione degli obiettivi che entrambi perseguono. Per quanto diverse siano le forme che il rapporto assume e le strategie attuate, quello che resta costante è il sostrato di solidarietà e complicità che li associa nella comune impresa [12]. Senza il consenso, né l'infermo affiderebbe il proprio essere e la propria speranza di salute al guaritore, né questi accetterebbe di assumere le responsabilità, i rischi e le fatiche che la terapia comporta; ma soprattutto risulterebbe impervio conseguire la guarigione, che è il fine ultimo dell'intero rapporto terapeutico (cfr. KATON W. - KLEINMAN A. 1981).

Vi sono, è vero, diversi esempi in cui questo connubio di intenti ed azioni è inesistente o impossibile, soprattutto per l'incapacità degli infermi a formulare ed esprimere il proprio sentire e il proprio volere – penso a neonati e infanti, dementi, folli o comatosi –, e ciononostante la "guarigione" è non solo ritenuta possibile, ma in molti casi concretamente raggiunta. Questo però se si guarda alla questione dal solo punto di vista di una scienza medica ancorata alla valutazione organicista della malattia, che viene oggettivata in una sorta di entità "esterna" al paziente, la cui presenza od assenza può essere stabilita esclusivamente per mezzo di tecniche e strumenti empirici su cui il medico esercita l'assoluto controllo. Una prospettiva che, escludendo di fatto il punto di vista e la peculiare esperienza del soggetto malato, è stata definita "veterinaria" (KLEINMAN A. 1980: 301). In realtà, come emerge chiaramente dalla recente riflessione degli antropologi, nonché degli stessi esponenti più critici della biomedicina (cfr. COSMACINI G. 1995), lo stabilire in che consistano la salute e la malattia, e dunque la guarigione, comporta prendere in considerazione fattori assai più numerosi e complessi di quelli fisiopsicologici solitamente esaminati dai medici. In una prospettiva "olistica" – che cioè tenga anche conto della soggettività, del vissuto, dei modelli culturali e dei legami sociali del paziente e dei condizionamenti ecologici, economici e politici del suo ambiente –, il pieno ripristino dello stato di salute non è pensabile al di fuori del coinvolgimento del soggetto, la cui personale esperienza e valutazione della propria condizione non è un *di più* rispetto agli strumenti e agli indicatori "oggettivi" che permettono ai medici di perseguire e determinare l'avvenuta guarigione, ma è componente costitutiva ed essenziale della salute dell'uomo, in nessun momento isolabile dai processi e dalle valutazioni che la riguardano. In questa prospettiva non si pretende di negare la realtà fisiologica dell'infermità (*disease*), che la biomedicina è indubbiamente in grado di affrontare e debellare anche

in molti dei casi in cui la collaborazione col paziente è impossibile, ma si afferma la necessità di integrarla affiancandovi il malessere soggettivo (*illness*) di chi soffre e i significati e le valenze che lo stato di malattia (*sickness*) ha per la società, recuperando quell'ampiezza totalizzante dello sguardo medico che fu propria già della medicina ippocratica (Cosmacini G. 1995: 14, Jouanna J. 1994)[13] e che ancora caratterizza buona parte dei sistemi medici genericamente detti "tradizionali".

In questa prospettiva, così come in quella delle medicine "tradizionali", ben di rado il malato si trova solo nella propria sofferenza; non soltanto nel senso che, anche quando è incapace di comunicare, valutare e/o decidere autonomamente (cosa che in qualche misura accade per gran parte dei mali, specie se debilitanti), vi è quasi sempre chi si incarica di farlo in sua vece; ma anche nel senso che il disagio che spinge a ricorrere al terapeuta spesso non riguarda solo il paziente, ma investe e affligge non meno concretamente anche chi gli sta intorno, al punto che a volte, come s'è detto, la malattia viene considerata un fenomeno collettivo (familiare, di lignaggio, ecc.), anziché individuale (Ackerknecht E.H. 1985: 22, Lock M. - Scheper-Hughes N. 1990, Csordas T.J. - Kleinman A. 1998: 122). Ma anche qualora ciò non avvenga, è pur sempre possibile che l'ultima parola sullo stato del paziente – sano, ammalato o guarito – non sia lui a pronunciarla, ma altri a lui vicini: penso ai tanti casi in cui la cura dei bambini, più ancora che sanare gli interessati, "guarisce" o rassicura la madre (Kleinman A. 1980: 206, Kornfield R. 1986); oppure a quelli in cui il successo della terapia è sancito dal gruppo familiare dell'infermo indipendentemente dal fatto che egli continui a presentare i sintomi per cui era stato dichiarato malato (Bibeau G. 1998: 158).

In definitiva, è con tutto questo insieme di individui che gravitano attorno al paziente (quando non sono essi stessi "il paziente", al plurale) che il terapeuta ha a che fare, a partire dal momento in cui viene chiamato in causa, passando per quello fondamentale della diagnosi, fino alla messa in atto della terapia. E insisto su questo punto perché una corretta valutazione dell'ampiezza dell'ambito sociale in cui si situa ogni episodio di malattia consente di comprendere meglio sia le molteplici manifestazioni del malessere, sia l'articolato processo decisionale, sia la stessa efficacia delle misure terapeutiche adottate; tutti aspetti che verrebbero afferrati in maniera soltanto parziale qualora si attribuisse enfasi eccessiva alla natura diadica del rapporto paziente-terapeuta. Il quale innegabilmente si incentra sui due poli di colui che, nella sua concreta individualità fisiopsichica, prova la sofferenza e di chi accetta

di adoperare il proprio sapere professionale per alleviargliela; ma di cui sfuggirebbero elementi essenziali se non si tenesse anche conto delle altre figure presenti sulla scena, che contribuiscono in maniera determinante nel produrre, plasmare, vivere, riconoscere, comprendere, combattere, alleviare e dichiarare vinta quella sofferenza.

Altro aspetto del rapporto terapeutico che accomuna valenze funzionali e strutturali è il bisogno di chi cura di "apprendere" un certo corpus di informazioni dal paziente. La sua azione deve infatti adeguarsi alla sterminata varietà dei mali che affliggono gli individui, sia che li si intenda (riduzionisticamente) come l'alterazione del benessere di una persona ad opera di una categoria patologica oggettiva e universale, sia che vi si riconoscano i modi singolarissimi in cui ogni soggetto concepisce, sperimenta e combatte la propria peculiare sofferenza [14]. Le informazioni che il terapeuta cerca – attraverso la conversazione con il paziente e i suoi familiari, l'esame clinico e strumentale dell'organismo ammalato, quando non anche la divinazione – non accrescono che in minima parte il suo personale sapere (se non in quanto ogni esperienza è implicitamente gravida di un insegnamento), ma servono essenzialmente a rendere efficace la terapia. Egli è infatti chiamato ad agire in quanto è già ritenuto possedere tutte le conoscenze necessarie. E tuttavia, è proprio la possibilità di instaurare una piena comunicazione nei due sensi a rendere ogni sapere medico applicato all'uomo così diverso – sia per complessità che per efficacia – dalla "veterinaria" e a fare dell'interazione medico-paziente «il fulcro della medicina (Wilson A. 1963: 273) e, per ciò stesso, la costante che accomuna tutti i sistemi medici» (Foster G.M. - Anderson B.G. 1978: 101).

È quella la sede in cui la malattia può esser compresa nella sua complessità e singolarità esperienziale (mentre il "laboratorio" ne rivela solo la parziale, generica e muta realtà organica); è qui che il confronto fra le diverse "letture" del male permette di dargli un significato; ed è sempre qui che, stabilitane la natura e le cause, si attua la condotta volta a debellarlo. Così come è sempre qui che, tanto all'interno dei singoli sistemi medici quanto nell'incontro o nello scontro fra di essi [15], si possono individuare le radici di buona parte dei successi e degli insuccessi terapeutici. Vediamo dunque di concludere l'excursus sul rapporto terapeutico scomponendolo analiticamente nei suoi due principali momenti costitutivi: quello della comunicazione e quello dell'azione.

3.1. Tra dialogo e azione

> I vecchi dottori sono come confessori davanti ai quali apriamo volentieri il nostro animo. Certo essi non possono sostituire fino in fondo il conforto religioso, che resta in realtà il vero rimedio di ogni malattia grave. I medici stessi [...], se sono in grado di intendere rettamente la loro professione, ne sono convinti. I cosiddetti medicamenti non sono altro che miseri espedienti; il vero aiuto viene dalla parola. Ma è vero che non dappertutto viene detta la giusta parola.
>
> (FONTANE T., *Il signore di Stechlin*, 1985: 310)

Fra le molteplici funzioni che il colloquio tra paziente e terapeuta svolge, la principale è per solito quella di fornire al secondo il maggior numero di elementi possibili con cui formulare la diagnosi e la prognosi, onde poter poi stabilire che percorso terapeutico seguire. A sua volta, il terapeuta comunica al paziente le sue conclusioni circa la natura e l'origine della malattia, illustrandogli la terapia e la condotta che dovrà seguire per ottenere la guarigione. Questo per quel che riguarda gli aspetti del dialogo concernenti il piano della comunicazione diretta. Vi sono tuttavia una serie di altri effetti che l'interazione verbale consegue e che non riguardano l'esplicito e consapevole scambio di informazioni, ma che appaiono piuttosto come *azioni* vere e proprie, capaci di influire in varie maniere sulle condizioni del paziente e sul suo ambiente sociale. Esaminiamo dunque, sia pur brevemente, questi aspetti dell'incontro terapeutico.

Occorre innanzitutto osservare che il grande vantaggio del medico rispetto al veterinario, cui indirettamente si è alluso in precedenza – cioè quello di poter ottenere dai pazienti una descrizione verbale dettagliata dei loro mali e degli effetti che su di essi hanno tutte le fasi della cura –, ha però, come ogni medaglia, il suo rovescio: e cioè il fatto che quella descrizione sarà inevitabilmente modellata (e cioè, a seconda dei punti di vista, complicata o arricchita) dalle personali esperienze, dal bagaglio culturale e dai condizionamenti socio-ambientali di ogni singolo paziente. Se infatti le malattie non sono semplicemente l'occasionale precipitato sul piano psicofisiologico di tipi ideali universali e costanti – che lo sguardo esperto dello specialista può individuare in base alla presenza di indizi "oggettivi" –, ma consistono piuttosto nell'assai più complesso e mutevole intreccio dell'azione patogena di fattori diversi (organici, psicologici, sociali, ecc.) e del modo in cui ogni individuo la vive e la plasma mediante i propri strumenti culturali, e se è quindi necessario conoscere l'esperienza soggettiva della malattia per poterla comprendere ed affrontare nel modo più completo ed efficace, allora è evidente che il terapeuta non potrà giungervi

che attraverso gli enunciati del paziente, in quanto non esiste altra possibilità di accedere direttamente alle esperienze altrui (Good B.J. 1999: 214). Ma la descrizione di queste esperienze, per quanto minuziosa ed esauriente, sarà sempre e per necessità di cose selettiva, mutila, culturalmente modellata e intrisa di valore; tutte caratteristiche che la rendono ben diversa dalle evidenze apparentemente "neutre" che la biomedicina cerca nel corpo dell'infermo e nelle risultanze degli esami strumentali cui lo sottopone.

Proprio la consapevolezza della ineludibile influenza dei fattori soggettivi sulle modalità con cui i malati esplicitano la propria sofferenza ha portato la scienza medica a distinguere tra i *segni*, le evidenze oggettive di un'infermità suscettibili di osservazione diretta o indiretta, e i *sintomi*, ovvero le evidenze soggettive di una malattia come sono percepite dal paziente (cfr. Martínez Hernáez A. 1998) [16]. In base a questa prospettiva, dunque, le lamentele dei pazienti non sarebbero altro che la verbalizzazione, viziata da distorsioni soggettive, di una soggiacente realtà ultima data (l'infermità), che il medico ha la facoltà di afferrare una volta che abbia depurato, decodificandoli, gli enunciati del paziente, grazie anche al confronto con riscontri oggettivi ricavabili dall'esame clinico e tecnologico del suo corpo (Good B.J. - Del Vecchio Good M.-J. 1981: 166-167, 1982: 144). Ora, è chiaro che un simile approccio alla malattia, mirando quasi esclusivamente allo svelamento di ciò che la descrizione dell'infermo, per quanto utile, in buona misura occulterebbe, finisce per destituire il dialogo del suo valore euristico, negando quasi la possibilità che il soggetto sofferente «contribuisca al giudizio clinico circa l'infermità e la sua cura» (Kleinman A. 1988: 129). La tendenza di molti medici a eludere il confronto con la prospettiva dei pazienti, spesso avvertita come irrilevante e fonte di impaccio [17], è espressa in maniera esemplare da quanto Arthur Kleinman riferisce circa un avvocato statunitense quarantenne, sofferente di asma e dalla difficile situazione familiare, il cui medico curante osteggiò ogni esplorazione sul suo vissuto, osservando: «Il paziente è un vaso di Pandora; chi sa che cosa potrebbe succedere una volta rimosso il coperchio?» (Kleinman A. 1988: 123).

È proprio questa perplessità circa "ciò che sta sotto il coperchio" a rivelare molto chiaramente le difficoltà di comunicazione che oggi affliggono la scienza medica: un misto di sordità del terapeuta verso le espressioni profane del paziente e di disinteresse verso la sua personale esperienza, che si innesta sul crescente divario tra i saperi e, più in generale, gli orizzonti culturali propri di entrambi, all'interno dei quali i singoli episodi di malattia dovrebbero trovare collocazione e risposta. Non deve infatti indurre in

inganno l'apparente capillare diffusione del vocabolario e delle conoscenze della medicina scientifica all'interno della società contemporanea: la condivisione di molti termini e concetti da parte di medici e pazienti non impedisce che gli uni diano della stessa realtà di malattia letture profondamente diverse dagli altri, come non cessano di rivelare gli innumerevoli studi che vengono condotti sull'argomento (cfr. Foster G.M. - Anderson B.G. 1978: 120, Kleinman A. 1980, 1988, Katon W. - Kleinman A. 1981, Marshall R. 1988, Erzinger S. 1991). Il che non dipende peraltro dalla sola disparità dei saperi tra profani e specialisti, che è presente, sia pure in misura più ridotta, anche in molte altre società, senza che si producano effetti analoghi; ma nasce soprattutto dal fatto che la medicina scientifica tende a escludere dal proprio approccio alla malattia la dimensione del significato.

In contrasto con questa concezione monca e disumanizzante della medicina, un consistente numero di antropologi si è da tempo impegnato a dimostrare che, allorché un episodio di sofferenza viene riconosciuto e trattato come "malattia" – dando a chi ne è vittima lo status di malato e autorizzandolo a rivolgersi a un terapeuta –, ciò avviene in seguito a un processo culturale che inevitabilmente porta a conferirgli un significato (Good B.J. 1977, Good B.J. - Del Vecchio Good M.-J. 1981, 1982, Kleinman A. 1980, 1988, Bibeau G. 1981, 1982, Sindzingre N. 1983, 1986). Nell'esporre il loro approccio "incentrato sul significato" (*meaning-centered*), Byron Good e Mary-Jo Del Vecchio Good (Good B.J. - Del Vecchio Good M.J. 1981: 167) osservano come in qualsivoglia società «tutte le realtà di malattia sono fondamentalmente semantiche», nel senso che ovunque esistono reti di significati per mezzo dei quali gli individui costruiscono e interpretano l'esperienza della malattia. Tanto i pazienti quanto i terapeuti, partendo dai propri rispettivi bagagli di conoscenze mediche, costruiscono degli specifici "modelli esplicativi" (*explanatory models*) intorno ad ogni episodio di malattia che li vede coinvolti, mediante i quali tentano di stabilire l'eziologia, la natura, il decorso del male e la terapia ad esso adeguata (Kleinman A. 1980: 105). Perciò il dialogo tra il malato e lo specialista che si incarica di curarlo non consiste in un semplice scambio di informazioni, ma si traduce nel confronto e nella negoziazione tra modelli esplicativi diversi, facendo delle transazioni terapeutiche dei fenomeni di natura eminentemente interpretativa o ermeneutica (Good B.J. - Del Vecchio Good M.-J. 1981: 175).

Naturalmente, le interpretazioni che di un medesimo evento patologico danno pazienti e terapeuti tendono a divergere anche laddove entrambi attingano a una cultura medica comune; e questo sia per la singolarità dei

percorsi associativi che ognuno segue nel dare senso alle proprie e alle altrui esperienze, sia per la stessa asimmetria delle rispettive posizioni: osserva Elsa Guggino circa la terapia magica in Sicilia che «mago e cliente condividono lo stesso linguaggio, ma solo il primo lo padroneggia, in assoluto in quanto professionista, e in relazione, poiché le forze, fra sofferente e terapeuta, sono impari» (Guggino E. 1993: 249). A maggior ragione i modelli esplicativi differiscono quando malato e guaritore partono da sostrati culturali eterogenei; un'eventualità assai più frequente di quanto non si pensi, tenuto conto di quanto numerose risultino essere le situazioni in cui, all'interno di un contesto sociale complessivamente omogeneo, coesistono una pluralità di tradizioni terapeutiche (cfr. ad esempio Kleinman A. 1980). È quanto accade nelle occasioni di incontro tra popoli e culture diversi, come nelle regioni del globo ove solo di recente la biomedicina si è affiancata alle tradizioni mediche locali, ma anche nelle metropoli del Primo Mondo, ove l'offerta di risorse riguardanti la salute si va facendo sempre più diversificata. La letteratura medica e antropologica trabocca di esempi in cui l'incontro paziente-terapeuta è occasione di continui e talora drammatici problemi di linguaggio, di atteggiamento, di compatibilità tra sostrati concettuali diversi. Si va dall'estremo dell'assoluta alterità linguistica e culturale – come nel caso huave di cui sono stato testimone, con un medico ispanofono che prescriveva antibiotici contro le infezioni a donne indigene monolingui che a stento capivano quali e quante compresse prendere e che attribuivano il proprio malessere alla perdita traumatica di una parte della propria dotazione animica –, ai casi in cui è l'ermetismo del linguaggio specialistico a sollevare invalicabili barriere comunicative – penso all'esempio del medico mutualista che, a una paziente di umile condizione che voleva svezzare il proprio bambino, diede la, per lei sibillina, prescrizione di «applicare uno stretto bendaggio toracico e ridurre l'ingestione di fluidi» (Foster G.M. - Anderson B.G. 1978: 120) –, fino ai casi più insidiosi, perché meno manifestamente problematici, in cui l'impiego di un vocabolario comune nasconde profonde discrepanze a livello semantico – e qui la casistica varia dall'assegnare a un medesimo vocabolo significati differenti, al riferirsi a un medesimo fenomeno ma partendo da diversi principi di causalità, al situare concetti comuni in nosologie distinte, al dare agli stessi termini e concetti valenze emozionali divergenti (Katon W. - Kleinman A. 1981: 268).

Proprio per la natura culturalmente costruita dei malesseri che spingono i malati a cercare l'aiuto degli specialisti – quel "fondamento ontologico" della malattia che Good (Good B.J. 1999 [1994]: 83) situa «nell'ordine del significato e [della] [18] interpretazione umana» –, è estremamente frequen-

te che gli scambi verbali tra di essi siano caratterizzati da un alto grado di ambiguità semantica, per lo più inavvertita. Quando ad esempio un paziente messicano – non necessariamente un indigeno – descrive l'eziologia e i sintomi del proprio malessere in termini di "raffreddamento", al medico spesso sfugge del tutto che egli non pensa affatto agli scompensi sul piano funzionale e immunitario che una brusca alterazione termica può provocare nell'organismo, quanto piuttosto al fatto di aver alterato l'equilibrata distribuzione del calore vitale all'interno del corpo, ingerendo sostanze oppure entrando in contatto con ambienti che sono "freddi" in senso soltanto simbolico (come la carne di maiale o le grotte, considerate tali per l'umidità del terreno in cui l'animale grufola o la prossimità con l'algido mondo ctonio). Il fatto è che entrambi costruiscono i rispettivi modelli esplicativi a partire da soggiacenti reti di significati che possono mantenersi profondamente diverse anche sotto un'apparente omogeneità esteriore, analogamente a quanto avviene nei processi di sincretismo religioso, ove in un medesimo contesto sociale gruppi diversi possono attribuire per lungo tempo significati discordanti a pratiche, simboli e testi comuni (cfr. Pye M. 1971, Lupo A. 1996). Così, allorché dei pazienti (in Messico come in Iran e nella stessa Italia rurale; cfr. Good B.J. - Del Vecchio Good M.-J. 1982, Signorini I. 1988) accusano un malessere che attribuiscono a uno "spavento", gli esponenti della medicina scientifica tendono a interpretare questi casi in termini di disturbi psicosomatici, cercando di individuare i segni che rivelino l'esistenza di una ben riconoscibile "sindrome", mentre i malati e i loro familiari non associano la categoria diagnostica popolare "spavento" ad alcun preciso complesso di sintomi, spesso creando solo a posteriori la connessione fra il malessere e la forte emozione che l'avrebbe provocato, nell'ambito della costruzione di una trama narrativa della malattia secondo gli stereotipi che la cultura predispone (Good B.J. 1999: 222-228).

La pressoché universale presenza di questo genere di ambiguità e fraintendimenti, che non riguardano certo il solo incontro fra esponenti della medicina scientifica e pazienti di aree o culture "esotiche", ma che anzi ricorrono con preoccupante frequenza proprio all'interno del sistema medico occidentale, è stata giustamente indicata come una delle principali cause degli insuccessi terapeutici in generale (cfr. Caprara A. - Lins A. - Franco S. 1999: 651, Kleinman A. 1980, 1988, Katon W. - Kleinman A. 1981). E non v'è dubbio che la mancata comprensione tra colui che soffre e lo specialista chiamato in suo soccorso possa portare sovente a diagnosi errate, a scelte terapeutiche dirette fuori bersaglio, nonché alla scorretta applicazione della cura. Una notevole parte degli sforzi per applicare in

ambito sanitario gli esiti degli studi antropologici riguardano proprio l'obiettivo di migliorare la qualità della comunicazione tra medici e pazienti, al fine di rendere più completa ed efficace l'assistenza agli utenti (cfr. Seppilli T. 1996: 11, Caprara A. - Lins A. - Franco S. 1999, Martínez Cortés F. 1978).

A dispetto di ciò, diversi studiosi hanno del pari rilevato come non sempre questo difetto nella comunicazione comprometta gli esiti dell'incontro terapeutico. Vi è anzi chi, come Lisbeth Sachs in un articolo intitolato *Misunderstanding as therapy* (Sachs L. 1989), si è spinto sino ad affermare la produttività curativa del malinteso. Personalmente non mi sento di confermare questa lettura, che mi pare per diversi aspetti ingenua, in quanto attribuisce al fraintendimento una efficacia che mi pare si raggiunga *indipendentemente da* e *malgrado* questo. Ma ritengo del tutto condivisibile una prospettiva che non collochi nella piena e mutua comprensione reciproca fra malato e guaritore la *condicio sine qua non* della guarigione. L'interazione fra i due avviene infatti attraverso una varietà di livelli comunicativi, pragmatici ed emozionali che non si esaurisce certo nella intelligibilità linguistica dei messaggi verbali. E d'altronde la possibilità che una terapia risulti efficace anche quando paziente e terapeuta partono ciascuno da saperi e linguaggi diversi è dimostrata dalla frequenza delle situazioni in cui più modelli eterogenei di conoscenze e pratiche mediche coesistono l'uno accanto all'altro, senza che gli utenti smettano di rivolgersi ora all'uno ora all'altro con estrema flessibilità, animati dal più schietto pragmatismo (cfr. Eisenberg L. - Kleinman A. 1981: 8).

Il richiamo alle condizioni di "efficacia" immediata che animano le scelte dei malati ci porta infine ad affrontare la questione degli effetti che le emozioni e le sollecitazioni psichiche causate dall'interazione col terapeuta possono avere sullo stato di salute del paziente. Una delle più considerevoli caratteristiche dei saperi medici "tradizionali", su cui molto inchiostro è stato versato, è infatti la capacità – conclamata dai nativi e sottolineata da numerosi osservatori esterni – di ottenere la guarigione attraverso procedimenti che non hanno nulla a che vedere con quelli "tecnici" solitamente usati dalla biomedicina, come la somministrazione di farmaci e la manipolazione del corpo dell'infermo, ma che si basano invece sul ricorso a parole, azioni e oggetti di carattere simbolico. Non che farmaci e altre tecniche "razionali" siano assenti dalle medicine delle tradizioni extraeuropee; anzi vi rivestono sovente un ruolo di primissimo piano. Così come d'altronde gli aspetti simbolici sono tutt'altro che assenti dalla medicina "scientifica", anche se non sempre questa è incline a riconoscerlo. Di fatto, proprio in quanto ha per oggetto esseri umani, ogni attività terapeutica include in sé

la dimensione simbolica (Csordas T.J. - Kleinman A. 1988: 109). Quello che semmai colpisce è la crescente importanza che questa assume nella terapia in ragione della gravità del male: non sono poche, infatti, le testimonianze di storici ed etnografi che hanno rilevato come, mentre le malattie considerate meno pericolose vengono affrontate con l'uso di medicine, massaggi, prescrizioni dietetiche, ecc., per quelle che si pensa minaccino più da vicino la vita del paziente l'aspetto rituale della cura prende il sopravvento (cfr. ad esempio Las Casas B. de 1967: lib. 3, cap. 179, Mendieta G. de 1971: 281, Evans-Pritchard E.E. 1976: 584, Bibeau G. 1998: 151), fino a divenire l'unica forma di intervento; è questo il caso dei Huave, ove le patologie dal decorso più rapido e dalle manifestazioni più acute vengono solitamente interpretate come attacchi all'alter ego animale dell'infermo, il cui unico rimedio consiste nell'esecuzione del rito cui ho accennato in precedenza (cfr. Signorini I. - Tranfo L. 1979, Signorini I. 1996).

L'esempio etnografico forse più celebre e discusso di terapia rituale è quello dell'intervento sciamanico per risolvere un parto difficile tra i Cuna di Panamá, analizzato da Claude Lévi-Strauss in un celebre saggio del 1949 (Lévi-Strauss C. 1975 [1949]) e commentato criticamente da più autori (cfr. Bibeau G. 1998, Dow J. 1986, Csordas T.J. - Kleinman A. 1998), fra cui di recente anche alcuni diretti conoscitori italiani della cultura cuna, quali Carlo Severi (Severi C. 1993) e Massimo Squillacciotti (Squillacciotti M. 1998) [19]. Non intendo, né posso, soffermarmi sulle svariate e complesse teorie che sono state formulate intorno alla capacità che l'impiego rituale dei simboli avrebbe di produrre effetti concreti sull'organismo delle persone. Accennerò soltanto al fatto che per lo più si attribuisce l'efficacia delle cure rituali alla capacità dei simboli di suscitare nel sofferente profonde emozioni e, attraverso queste, produrre nell'organismo reazioni capaci di condurre alla guarigione: vi è chi pensa, come Lévi-Strauss, che l'efficacia derivi dal fatto che lo sciamano, rappresentando in chiave mitologica la sofferenza dell'infermo, gli consente di «rendere accettabili alla mente dolori che il corpo si rifiuta di tollerare» (Lévi-Strauss C. 1975 [1949]: 221), attraverso un processo analogo all'*abreazione* psicanalitica, inducendo l'attivazione parallela di processi organici dagli esiti positivi; oppure chi, come James Dow (Dow J. 1986), interpreta questa dinamica terapeutica in termini di *transazione*, come la capacità del guaritore di instaurare un collegamento tra il mondo del mito e la condizione del paziente, per poi agire su quest'ultima mediante i simboli mitici che egli associa alle di lui emozioni; o ancora chi, come de Martino (de Martino E. 1961, 1987), attribuisce la guarigione alla *destorificazione* che il terapeuta opera nei confronti della individuale sofferenza dell'infermo, permettendogli di risolve-

re mediante il ricorso ai modelli atemporali del mito la propria "crisi della presenza". In tutte queste teorie, e in altre ancora (cfr. BIBEAU G. 1998, CSORDAS T.J. - KLEINMAN A. 1998: 119-127, KIRMAYER 1993), la guarigione verrebbe raggiunta grazie alla stretta interazione fra terapeuta e paziente, con la comunicazione nei due sensi di messaggi che, per quanto espressi prevalentemente per via inconscia, vengono intesi e agiscono in quanto radicati in un comune humus culturale [20].

Ci troveremmo dunque in un ambito non troppo dissimile da quello della comunicazione cosciente di nozioni utili alla cura, di cui s'è già detto. Eppure dall'etnografia emerge che non sempre tra terapeuta e paziente sussistono le condizioni perché questa comunicazione – ancorché subliminale – abbia luogo; o per lo meno non nelle modalità descritte ed esaminate dagli autori fin qui citati. Sia Severi, sia Squillacciotti hanno infatti osservato come la supposta capacità del canto sciamanico cuna di offrire alla partoriente un «*linguaggio* [...] che permette [...] di vivere in forma ordinata e intelligibile un'esperienza attuale, ma che sarebbe, senza [di esso], anarchica e ineffabile» (LÉVI-STRAUSS C. 1975 [1949]: 222; corsivo dell'Autore), non può basarsi sulla condivisione di un comune codice comunicativo, in quanto «la persona sofferente, come chiunque non sia iniziato alla tradizione sciamanica, non capisce affatto quel che un canto enuncia. L'atto di cantare non è dunque un atto comunicativo diretto» (SEVERI C. 1993: 242, cfr. anche SHERZER J. 1983: 134); tanto più che anche la condizione fisica e la dislocazione della donna cuna durante il rituale le impedirebbero di cogliere il significato di quanto il terapeuta va formulando (SQUILLACCIOTTI M. 1998). Il che non vuol dire che l'azione del terapeuta non abbia "senso" per il paziente, ma soltanto che questo non corrisponde necessariamente con il "contenuto proposizionale" (SEARLE J. 1976) delle parole che vengono pronunciate; la comprensione della terapia cuna, secondo Severi (SEVERI C. 1993: 242-247), non passerebbe per il significato testuale delle parole dello sciamano, ma semmai per le *azioni* che le accompagnano e che servono a rappresentare nel contesto rituale la sofferenza che si vuole eliminare.

Quanto complesse siano le modalità della comunicazione nell'incontro terapeutico lo dimostra l'etnografia raccolta da Elsa Guggino (GUGGINO E. 1993) sui maghi siciliani, i quali sanno esprimere con grande efficacia la capacità che per loro la parola possiede di creare corrispondenze fra il mondo immateriale dei suoni e delle emozioni e quello materiale del corpo sofferente: la frase che dà il titolo al suo libro – "il corpo è fatto di sillabe" – è il chiarimento, straordinariamente incisivo, dato da una guaritrice circa la centralità della dimensione sonora (fatta sì di parole, ma

anche di erutti) nel proprio agire terapeutico (*ibidem*: 186). Anche in Sicilia l'interazione spesso avviene senza che l'infermo comprenda le parole dello specialista; ma, osserva Guggino, egli «*sa* perfettamente cosa sta facendo lo sciamano, poiché partecipa dello stesso universo culturale, maneggia, pur senza averli organizzati come lui, gli stessi simboli. [...] L'ammalato 'crede'», analogamente a quanto avveniva ai fedeli che in epoca preconciliare assistevano alla messa in latino, con il sacerdote che dava loro le spalle: «è chiaro che non potevano essere raggiunti dal suono distinto delle parole. Ma erano egualmente raggiunti, in quanto *credenti*, dalla loro efficacia» (*ibidem*: 233). Anche se per vie che non corrispondono esattamente con quelle ipotizzate da Lévi-Strauss, Dow, ecc., e la cui dinamica psicofisiologica resta ancora da chiarire, l'azione rituale produce i suoi effetti sui partecipanti anche attraverso forme di "comunicazione" extraverbale. Si tratta comunque di una comunicazione che avviene in presenza dei due protagonisti del rapporto terapeutico; mentre è anche possibile che questo si instauri a distanza, senza un effettivo incontro fra l'infermo e il guaritore.

È quanto succede tra i Nahua della Sierra di Puebla, ove gli specialisti terapeutici cui si fa ricorso per i mali più insidiosi, cioè quelli che colpiscono la dotazione spirituale degli individui, non solo formulano le proprie diagnosi dando minima importanza ai sintomi e spesso senza neppur vedere il paziente, affidandosi piuttosto alle pratiche divinatorie [21]; ma in aggiunta effettuano i propri riti di guarigione in completo isolamento, senza che l'infermo sia mai presente. Benché ciò ostacoli manifestamente quel tipo di stimolazione emotiva del paziente per mezzo di simboli cosmologici condivisi di cui s'è parlato in precedenza, i terapeuti nahua più accreditati e richiesti, cioè quelli cui si attribuisce un maggior numero di successi, risultano essere proprio quelli che agiscono in solitudine, non indulgendo in alcuna concessione alla teatralità della cura (Signorini I. - Lupo A. 1989, Lupo A. 1995).

Come distinguere, in questi casi, tra l'effettiva capacità che il sapersi al centro di attenzioni e iniziative "potenti", pur senza assistervi, può avere sul paziente (stile *placebo*) e la possibilità che l'asserita "efficacia" della cura *non* corrisponda agli effetti che questa concretamente produce nell'infermo [22], ma dipenda invece – come in tanti altri casi avviene – dall'intreccio di questi con gli *altri* effetti che la terapia ha sui familiari e il resto della società, oltre che dalle valutazioni di tutte queste persone? In non pochi casi, la principale preoccupazione di chi opera le scelte terapeutiche (persona o complesso di persone che non sempre corrispondono con chi soffre) non consiste nel conseguire il miglioramento dello stato fisico del pa-

ziente *ad ogni costo*, ma nel risolvere in modi socialmente accettabili un complesso di problemi di cui quell'individuale malessere non è che una delle manifestazioni, ancorché di primissimo rilievo. In questa prospettiva più ampia sulla sofferenza e la terapia è possibile cogliere la differenza tra una pratica medica che "cura" (*cures*), come fa la biomedicina, l'organismo infermo, e una che, per quanto alto sia il prezzo in termini di autonomia personale del malato, "risana" (*heals*) [23], collocandole in una generale cornice di significato, le più estese ferite che l'episodio di malattia ha scavato nel paziente e nel corpo sociale (KLEINMAN A. 1980: 85, 360, YOUNG A. 1982: 265-266, GOOD B.J. 1999).

4. Conclusioni

> La meravigliosa massima: *medicus enim nihil aliud est quam animi consolatio* di Petronio (*Satyricon*, 42, discorso di Seleuco) riduce la pratica medica all'essenziale: psicologia, e allarga la medicina al paesaggio, alla poesia, ai profumi.
> (CERONETTI G., *Il silenzio del corpo*, Adelphi, Milano, 1979: 152)

Le considerazioni fatte in quest'ultimo paragrafo hanno messo in luce, mediante l'esame dei saperi medici cosiddetti "tradizionali", alcune importanti caratteristiche del rapporto paziente-terapeuta, fra cui: la tendenziale indifferenza ideologica e il pragmatismo che, sotto l'urgenza del male, orientano le scelte terapeutiche (in pochi campi meglio che in quello della ricerca della salute può applicarsi il detto secondo cui "l'erba del vicino è sempre più verde"); la complessità delle forme della comunicazione, che concede uno spazio assai rilevante alle modalità extraverbali e alla dimensione delle emozioni; la portata delle trasformazioni che l'interazione terapeutica produce sul corpo e sulla psiche della persona ammalata, spesso costretta dalla sofferenza in una condizione di grande passività rispetto alle manipolazioni cui viene sottoposta.

L'attenzione che ho dedicato agli aspetti extraorganici del processo curativo non significa che, ennesima vittima del diffuso mito romantico del "buon sciamano" [24], io voglia attribuire più merito di quanto non gliene spetti alle sottili alchimie di esperienze personali, valori culturali, suggestioni simboliche e stati emotivi che pervadono tanta parte delle conoscenze e delle pratiche mediche non "scientifiche" (cfr. EISENBERG L. - KLEINMAN A. 1981: 7-11). Se ho sottolineato questi aspetti "simbolici" della terapia, così come la natura composita della guarigione – che investe ed è sancita da più individui e comporta trasformazioni biologiche, comportamentali e

sociali (KLEINMAN A. 1980: 373) – è perché essi risultano sempre più come parte costitutiva e irrinunciabile dell'azione terapeutica in sé; il che consente di meglio comprendere le ragioni che hanno permesso alle medicine "altre" di prosperare fino ad oggi (anche a dispetto dei loro insuccessi sul piano organico) e di avere una importante penetrazione anche nella società occidentale contemporanea, i cui membri trovano in esse quella capacità di dare un senso e una giustificazione morale alla sofferenza che sempre più difetta alla pur trionfante biomedicina.

Sono gli stessi successi di questa che contribuiscono, in molti casi, a creare l'humus più fertile per le medicine sue antagoniste: l'indubbia efficacia della prevenzione, della terapia farmacologica e della chirurgia ha allungato di molto la durata della vita, riducendo drasticamente, come s'è detto, le patologie acute; ma sono di conseguenza aumentate quelle croniche, debilitanti, per le quali la pronta e totale guarigione resta un irraggiungibile miraggio. È in questo mutato panorama di malati non gravi, forse, ma con il peso di un fardello pressoché perenne, che, come osserva con sensibilità Giorgio Cosmacini (COSMACINI G. 1995: 44), «più la guarigione completa si allontana, più il medico deve potenziare l'efficacia del rapporto antropologico fra se stesso e il malato». E questo può avvenire emancipando la pratica terapeutica dall'affannosa ricerca della "pallottola magica" (KLEINMAN A. 1980: 287) farmacologica, chirurgica, e via dicendo – che su tante situazioni di malessere non ha alcun effetto –, e consentendo a chi cura di utilizzare i molteplici canali attraverso cui gli è possibile migliorare lo stato e alleviare la sofferenza del paziente. Magari con la sola parola, quando non resti altra risorsa, ma anche senza di essa, visto che le vie attraverso cui è possibile costruire quella comprensione che è già guarigione [(25)] sono così diverse che possono fare a meno delle sostanze, del contatto fisico, dei suoni e paradossalmente, come tra i Nahua, della stessa presenza.

Note

[(1)] Questo articolo è una versione rielaborata della relazione presentata al convegno dell'Associazione "Antropologia e mondo antico" sul tema *"Insegnare e guarire. Antropologi e classicisti a confronto su medici, pazienti, docenti, discenti"*, tenutosi a Siena il 13-14 ottobre 1999, i cui atti verranno pubblicati nel n. 4 de *I quaderni del ramo d'oro*; ringrazio Maurizio Bettini per averne autorizzato la pubblicazione su *AM*. La mia gratitudine va inoltre a Patrizia Burdi, Andrea Caprara, Cristiano Grottanelli e Maria Minicuci per le critiche e i suggerimenti che mi hanno offerto dopo la lettura di una prima versione di questo testo; a me rimane naturalmente la responsabilità per l'uso più o meno buono che ho fatto dei loro commenti. Sono infine riconoscente a

Enrico Di Rosa, Gianni Guastella e Pino Schirripa per avermi fornito preziose indicazioni bibliografiche.

(2) I saltuari riferimenti che farò alle mie personali esperienze etnografiche riguardano le ricerche svolte fra i Huave dell'Istmo di Tehuantepec e i Nahua della Sierra di Puebla in seno alla Missione, per circa 32 mesi complessivi. Tali ricerche sono state rese possibili dal costante sostegno che in tutto questo tempo la Missione ha ricevuto dal Ministero degli affari esteri, oltre che dai contributi del Consiglio nazionale per le ricerche e dei Ministeri della Pubblica istruzione e dell'università e della Ricerca scientifica e tecnologica.

(3) Utilizzo qui il termine "sistema" in senso assai generico, riferendomi ai saperi tradizionali indigeni e a quelli scientifici della biomedicina, anche se in realtà l'espressione "sistema medico" è sovente usata per indicare l'insieme anche molto eterogeneo dei saperi, delle pratiche e delle risorse cui gli appartenenti di una determinata società possono fare ricorso nell'affrontare i problemi relativi alla propria salute (per una più esauriente disamina del concetto, cfr. SCHIRRIPA P. - ZÚNIGA C. in corso di stampa).

(4) Per non appesantire la bibliografia di questo saggio con una pletora di riferimenti privi di connessione con il tema trattato, mi limito a segnalare i saggi di LIEBAN R. 1973, COLSON A.C. - SELBY K.E. 1974, WORSLEY P. 1982, YOUNG A. 1982, oltre alle ricche quanto preziose indicazioni offerte dai primi tre numeri doppi di *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica* (1996-1998).

(5) In un'ottica che ignora i recenti contributi dell'antropologia medica e si appiattisce sulle posizioni razionaliste ed empiriste della medicina scientifica, Bryan S. Turner (TURNER B.S. 1995: 40) ha di recente riproposto di classificare i casi di discrepanza tra le opinioni di medico e paziente circa lo stato di salute di quest'ultimo come: a) "fuga nella salute", allorché l'individuo diagnosticato come malato si ostini a considerarsi sano, e b) "sindrome di Münchhausen", allorché questi affermi uno stato di sofferenza che non trova riscontro nel parere del medico. Come si vedrà fra breve, una simile schematizzazione diventa improponibile una volta che si riconosca la connotazione culturale delle singole realtà di malattia (cfr. VARGAS L. 1978).

(6) Se è vero che anche nel mondo occidentale la gestazione e il parto hanno di recente subito un processo di crescente medicalizzazione, ciò è da imputare a ragioni di ordine economico, assistenziale e sociale, più che al fatto che li si consideri dei fenomeni di natura patologica.

(7) Mi limito a segnalare una terza e più controversa categoria (denominata *sickness* in inglese), comprendente "il processo mediante il quale segni preoccupanti sul piano comportamentale e biologico ricevono significati socialmente riconoscibili. [...] Un processo per socializzare l'infermità [*disease*] e il malessere [*illness*]" (YOUNG A. 1982: 270); il concetto di *sickness* è stato reso da Signorini in italiano con la parafrasi "stato di malattia" (SIGNORINI I. 1988: 45).

(8) Al riguardo, Mary Douglas (DOUGLAS M. 1994: 193) ha osservato come spesso "la malattia e la menomazione fisica [...] costituiscono del materiale eccellente per i processi di imputazione di colpa e giustificazione. Nella forma più estrema, *ogni malattia offre l'opportunità di un'accusa*" (corsivo aggiunto). Circa le recenti trasformazioni che, nei sistemi medici tradizionali africani, hanno portato a interpretare la malattia sempre più come l'effetto di colpe commesse dall'individuo, si vedano Andras Zempléni (ZEMPLÉNI A. 1975) e Marc Augé (AUGÉ M. 1975).

(9) Si potrebbe parlare in questi casi di una sorta di "fuga nella malattia", analoga ma inversa alla "fuga nella salute" di cui s'è accennato più sopra nella nota n. 5.

(10) Da un lato possiamo ricordare le considerazioni di Platone nella *Repubblica* (III, 408d, cfr. PLATONE, GABRIELI F. cur. 1999: 109), per cui «i medici potranno essere bravissimi, se fin da fanciulli oltre all'imparare l'arte praticheranno quanti più corpi e quanto più cattivi è possibile, e se avranno essi stessi tutte le malattie, e non saranno per natura del tutto sani»; dall'altro la contrapposta prospettiva ippocratica, per cui, secondo Jouanna (JOUANNA J. 1994: 92), «il buon medico [...] non ha il diritto di essere malato», sicché «la regola del medico deve essere di avere un bel colorito ed essere bene in carne [...]; perché la maggior parte della gente ritiene che quelli il cui corpo non sia così in buona salute non saprebbero neppure curare convenientemente gli altri» (*Medico* c. 1; cit. in JOUANNA J. *ibidem*); ma anche il motto evangelico *medice cura te*

ipsum (Luca 4, 23) e proverbi come il francese "bon médecin qui se guérit soi-même" (Loux F. - Richard Ph. 1978: 165).

(11) Per *status* intendo (sulla scia di Linton R. 1973: 125-126 e Beattie J. 1973: 59) la posizione socialmente riconosciuta di un individuo all'interno del gruppo cui appartiene, mentre per *ruolo* intendo i comportamenti e le attività collegati a un determinato status. Un'ulteriore distinzione può riguardare gli status acquisiti (come nel caso di chi diviene terapeuta avendo seguito un determinato percorso formativo) e gli status attribuiti (come per chi si vede proclamare guaritore per nascita o per "chiamata", indipendentemente dal proprio volere). Va comunque tenuto presente che diversi autori (fra cui Parsons T. 1951) utilizzano il secondo termine dandogli un significato sostanzialmente analogo a quello che qui attribuisco a status.

(12) Celebre a questo riguardo è il passo del primo libro delle *Epidemie* (c. 5), in cui viene delineato il cosiddetto triangolo ippocratico: «L'arte si compone di tre termini: la malattia, il malato e il medico. Il medico è il servitore dell'arte; il malato deve opporsi alla malattia con il medico» (cit. in Jouanna J. 1994: 137).

(13) Alla luce di quanto detto, non stupisce che l'autore del *Protrettico II* (c. 12) suggerisse di non curare le ferite qualora il paziente fosse incosciente o incapace di collaborare (Jouanna J. 1994: 108-109).

(14) Anche se la medicina scientifica tende alla reificazione delle infermità, non le manca la consapevolezza di quanto rilievo meriti la componente soggettiva, com'è esemplificato dal frequente richiamo alla celebre massima di Salvador de Madariaga, secondo cui «non ci sono malattie, ci sono soltanto malati» (cit. in Baldini M. 1993: 67).

(15) Proprio lo sforzo di combinare con intelligente sensibilità due culture mediche fra loro assai diverse testimoniano le frasi di Carlo Levi citate all'inizio del paragrafo.

(16) L'ottica empirista della scienza medica è chiaramente espressa nel *Dizionario medico illustrato Dorland*, che definisce il segno come «*indicazione dell'esistenza di qualcosa*, cioè tale evidenza quale è percettibile al medico che visita» (1987: 1376-1377, corsivo mio), ed il sintomo come «evidenza soggettiva di una malattia o di una condizione [evidentemente non riconosciuta come patologica] di un paziente, p. es., tale evidenza come percepita dal paziente» (*ibidem*: 430, commento mio).

(17) Spinta alle sue estreme conseguenze, la ricerca in chiave empirista e razionalista delle "vere" cause della malattia può giungere a considerare lo stesso «corpo vivente [capace di reazioni "irrazionali", stile "effetto placebo"] di ostacolo al procedimento probatori» (Stengers I. 1998: 126).

(18) Sono costretto a correggere il testo dell'edizione italiana, che riporta un incomprensibile "nella" (l'originale inglese recita: «in the order of meaning and human understanding»). Questo d'altronde non è che uno degli innumerevoli errori e bizzarrie che costellano l'intera traduzione, esempio emblematico ma purtroppo non eccezionale dell'atteggiamento dell'editoria italiana, che nei confronti dei testi di antropologia stranieri, quando non risulta pigra e distratta, per superficialità e avarizia si affida sovente a traduttori del tutto inadeguati (cfr. Bartoli P. 1999).

(19) A quello della cura simbolica si può contrapporre l'esempio di segno inverso della morte per suggestione illustrato da W.B. Cannon (Cannon W.B. 1942), di cui si sono in seguito occupati, fra gli altri, Gilbert Lewis (Lewis G. 1997), e Janice Reid e Nancy Williams (Reid J. - Williams N. 1984).

(20) Di secondaria importanza, rispetto a quel che qui interessa, sarebbe il fatto che, come fanno rilevare sia Gilles Bibeau (Bibeau G. 1998: 138-139), sia Thomas J. Csordas e Arthur Kleinman (Csordas T.J. - Kleinman A. 1998: 120-127), queste teorie non chiariscano l'esatto funzionamento dei meccanismi attraverso i quali determinati processi psichici avrebbero la facoltà di agire su specifiche parti o funzioni dell'organismo.

(21) È questa della diagnosi a distanza, prescindendo dall'esame dei sintomi, una diffusa caratteristica dei saperi medici "tradizionali" (cfr. Kleinman A. 1980: 206, Good B. 1999: 36).

(22) Non entro qui nel merito della estrema difficoltà di verificare questi effetti, che non è certo superabile con l'impiego della strumentazione empirica disponibile alla moderna scienza medi-

ca (e ovviamente assente, assieme ai saperi connessi, presso la massima parte delle società che praticano terapie rituali).

(23) Questa contrapposizione terminologica fra *curing* e *healing* non fa che ricalcare, nel linguaggio dominante di oggi – l'inglese – l'adagio medievale di ispirazione ippocratica secondo cui *medicus curat, natura sanat* (cfr. Tosi R. 1991: 350).

(24) Ne colgo un recente esempio nel seguente passo di Tobie Nathan, in cui i "guaritori" sono definiti «questi virtuosi che cesellano con finezza la loro arte, da millenni» (Nathan T. 1998: 33).

(25) Il proverbio ricordato da Emmanuelle Godeau (Godeau E. 1998: 11) – «il male conosciuto è per metà guarito» – non fa che rammentare agli studiosi come l'esperienza e la riflessione popolari anticipino sovente le conclusioni cui essi giungono attraverso più lunghi e tortuosi percorsi.

Riferimenti bibliografici

Ackerknecht Erwin H. (1985 [1971]), *Medicina y antropología social. Estudios varios*, traduz. dall'inglese di Luis García Ballester e Pilar Guijarro Arcas, Akal, Madrid [ediz. orig.: *Medicine and ethnology. Selected essays*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1971].

Augé Marc (1975), *Logique lignagère et logique de Bregbo*, pp. 219-236, in Piault Colette (curatrice), *Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté de Bregbo*, Hermann, Paris.

Augé Marc (1976), *La déviance quotidienne et le totalitarisme ordinaire*, "Autrement", vol. 4, 1976, pp. 203-208.

Augé Marc (1980), *Persona*, pp. 651-672, in *Enciclopedia Einaudi*, vol. 10, Einaudi, Torino.

Baldini Massimo (1993), *Medicina: la borsa e la vita. Aforismi su medici, pazienti e il loro eterno conflitto*, Mondadori, Milano.

Bartoli Paolo (1999), *A proposito della traduzione italiana di un recente libro di Byron Good*, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 7-8, 1999, pp. 201-208.

Beattie John (1973 [1964]), *Uomini diversi da noi. Lineamenti di antropologia sociale*, traduz. dall'inglese di Piero Matthey, Laterza, Bari [ediz. orig.: *Other cultures: aims, methods and achievements in social anthropology*, Routledge & Kegan Paul, London, 1964].

Bibeau Gilles (1981), *The circular semantic network in Ngbandi disease nosology*, "Social Science and Medicine", vol. 15B, n. 3, 1981, pp. 295-307.

Bibeau Gilles (1982), *A systems approach to Ngbandi medicine*, pp. 43-84, in Yoder P.S. (curatore), *African health and healing systems: proceedings of a symposium*, Crossroads, Los Angeles.

Bibeau Gilles (1998 [1983]), *L'attivazione dei meccanismi endogeni di autoguarigione nei trattamenti rituali degli Angbandi*, pp.131-158, in Lanternari Vittorio - Ciminelli Maria Luisa (curatori), *Medicina, magia, religione, valori. II. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, traduz. dal francese di Maria Luisa Ciminelli, Liguori, Napoli [ediz. orig.: *L'actívation des mécanismes endogènes d'auto-guérison dans les traitements rituels des Angbandi*, "Culture", vol. 3, n. 1, 1983, pp. 33-49].

Butler Samuel (1988 [1872]), *Erewhon*, traduz. dall'inglese di Lucia Drudi Demby, Adelphi, Milano [ediz. orig.: *Erewhon, or over the range*, 1872].

Cannon W.B. (1942), *'Voodoo' death*, "American Anthropologist", vol. 44, 1942, pp. 169-181.

Caprara Andrea (1998), *Médico ferido: Omolu nos labirintos da doença*, pp. 123-138, in Alves Paulo César - Rabelo Miriam Cristina (curatori), *Antropologia da saúde. Traçando identidade e explorando fronteiras*, Relume Dumará, Rio de Janeiro.

Caprara Andrea - Lins Anamélia - Franco Silva (1999), *A relação paciente médico: para uma humanização da prática médica*, "Cadernos de Saúde Pública", vol. 15, n. 3, 1999, pp. 647-654.

Ceronetti Guido (1979), *Il silenzio del corpo*, Adelphi, Milano.

Colson A.C. - Selby K.E. (1974), *Medical anthropology*, "Annual Review of Anthropology", vol. 3, 1974, pp. 245-262.

Cosmacini Giorgio (1995), *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, Roma-Bari.

Csordas Thomas J. (1990), *Embodiment as a paradigm for anthropology*, "Ethos", vol. 18, n. 1, 1990, pp. 5-47.

Csordas Thomas J. - Kleinman Arthur (1998 [1990]), *Il processo terapeutico*, pp. 109-129, in Lanternari Vittorio - Ciminelli Maria Luisa (curatori), *Medicina, magia, religione, valori. II. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, traduz. dall'inglese di Maria Luisa Ciminelli, Liguori, Napoli [ediz. orig.: *The therapeutic process*, pp. 11-25, in Johnson Thomas J. - Sargent Carolyn F. (curatori) *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Praeger, New York, 1990].

Dean K. (1989), *Conceptual, theoretical and methodological issues in self-care research*, "Social Science and Medicine", vol. 29, n. 2, 1989, pp. 117-123.

de Martino Ernesto (1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano.

de Martino Ernesto (1987 [1959]), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano [I ediz.: Feltrinelli, Milano, 1959].

Dizionario medico illustrato Dorland (1987 [1985]), a cura di Mauro Bologna, Carlo Di Stanislao, Rossella Iannarelli, Rossella Romano, Antonio Rucci e Lodovico Vaggi, ESI Stampa Medica, Milano [ediz. orig.: *Dorland's illustrated medical dictionary*, 26ª ediz., Philadelphia, Saunders, 1985].

Douglas Mary (1994 [1994]), *Come si costruisce il medico: un approccio culturale alle mode in medicina*, pp. 179-205, in Douglas M., *Credere e pensare*, traduz. dall'inglese di Giovanna Bettini, Il Mulino, Bologna [ediz. orig. del saggio: *The construction of the physician: a cultural approach to medical fashions*, in Budd Susan - Sharma Ursula (curatori), *The healing bond: the patient-practitioner relationship and therapeutic responsibility*, Routledge, London, 1994].

Douglas Mary (1995), *The cloud god and the shadow self*, "Social Anthropology", vol. 3, n. 2, 1995, pp. 83-94.

Dow James (1988) *Universal aspects o symbolic healing: a theoretical synthesis*, "American Anthropologist", vol. 88, n. 1, 1988, pp. 56-69.

Eisenberg Leon (1977), *Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 1, 1977, pp. 9-23.

Eisenberg Leon - Kleinman Arthur (1981), *Clinical social science*, pp. 1-23, in Eisenberg Leon - Kleinman Arthur (curatori), *The relevance of social science for medicine*, D. Reidel, Dordrecht.

Erzinger Sharry (1991), *Communication between Spanish-speaking patients and their doctors in medical encounters*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol 15, n. 1, 1991, pp. 91-110.

Evans-Pritchard Edward Evan (1976 [1937]), *Stregoneria, oracoli e magia tra gli Azande*, traduz. dall'inglese di Vito Messana, Angeli, Milano [ediz. orig.: *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, London, Oxford University Press, 1937].

Fontane Theodor (1985 [1899]), *Il signore di Stechlin*, Garzanti, Milano [ediz. orig.: *Der Stechlin*, 1899].

Foster George M. - Anderson B.G. (1978), *Medical anthropology*, John Wiley & Sons, New York.

Foucault Michel (1976 [1962]), *Storia della follia nell'età classica*, traduz. dal francese di Franco Ferrucci, Rizzoli, Milano [ediz. orig.: *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1962].

Geertz Clifford (1987 [1966]), *Persona, tempo e comportamento a Bali*, pp. 337-396, in Geertz Clifford, *Interpretazione di culture*, traduz. dall'inglese di Eleonora Bona, Il Mulino, Bologna [ediz. orig. del saggio: *Person, time and conduct in Bali: an essay in cultural analysis*, Yale Southeast Asia Porgram, "Cultural Report Series" n. 14, 1966].

Geertz Clifford (1988 [1974]), *'Dal punto di vista dei nativi': sulla natura della comprensione antropologica*, pp. 71-90, in Geertz Clifford, *Antropologia interpretativa*, traduz. dall'inglese di Luisa Leonini, Il Mulino, Bologna [ediz. orig. del saggio: *From the natives' point of view: on the nature of anthropological understanding*, "Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences", vol. 28, n. 1, 1974].

Godeau Emmanuelle (1998), *Il paradosso del medico malato*, traduz. dal francese di Adelina Talamonti, pp. 9-18, in Pizza Giovanni (curatore), *Figure della corporeità in Europa*, "Etnosistemi", vol. 5, 1998.

Good Byron J. (1977), *The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 1, 1977, pp. 25-58.

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, Cambridge University Press, 1994].

Good Byron J. - Del Vecchio-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*, D. Reidel, Dordrecht.

Good Byron J. - Del Vecchio-Good Mary Jo (1982), *Toward a meaning-centered analysis of popular illness categories: "fright illness" and "heart distress" in Iran*, pp. 141-166, in Marsella Anthony J. - White G.M. (curatori), *Cultural conceptions of mental health and therapy*, D. Reidel, Dordrecht.

Guggino Elsa (1993), *Il corpo è fatto di sillabe*, Sellerio, Palermo.

Hahn Robert A. (1985), *Between two worlds: physicians as patients*, "Medical Anthropological Quarterly", vol. 16, n. 4, 1985, pp. 87-98.

Herzlich Claudine (1986 [1983]), *Medicina moderna e ricerca di senso: la malattia come significante sociale*, pp. 177-201, in AugéMarc - Herzlich Claudine (curatori), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, traduz. dal francese di Annick Wouters e Lietta Ferri, *Il Saggiatore*, Milano [ediz. orig.: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Overseas Publishers Association, Amsterdam, 1983].

Jouanna Jacques (1994 [1992]), *Ippocrate*, traduz. dal francese di Ludovico Rebaudo, Società Editrice Internazionale, Torino [ediz. orig.: *Hippocrate*, Fayard, Paris, 1992].

Katon Wayne - Kleinman Arthur (1981), *Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care*, pp. 253-279, in Eisenberg Leon - Kleinman Arthur (curatori), *The relevance of social science for medicine*, D. Reidel, Dordrecht.

Kirmayer Laurence (1993), *Healing and the invention of metaphor: the effectiveness of symbols revisited*, "Culture, Medicine and Psychiatry, vol. 17, n. 2, 1993, pp. 161-195.

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.

Kornfield Ruth (1986), *Dr., teacher, or comforter?: medical consultation in a Zairian pediatrics clinic*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 10, n. 4, 1986, pp. 367-387.

Las Casas Bartolomé de (1967 [1555-1559]), *Apologética historia sumaria*, a cura di Edmundo O'Gorman, 2 voll., Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Levi Carlo (1977 [1947]), *Cristo si è fermato a Eboli*, Einaudi, Torino.

Lévi-Strauss Claude (1975 [1949]), *L'efficacia simbolica*, pp. 210-230, in *Antropologia strutturale*, traduz. dal francese di Paolo Caruso, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *L'efficacité symbolique*, "Revue de l'Histoire des Religions", vol. 135, n. 1, 1949, pp. 5-27].

Lewis Gilbert A. (1997 [1977]), *La paura della stregoneria e il problema della morte per suggestione*, traduz. dall'inglese di Pino Schirripa e Tullio Seppilli, presentazione di Tullio Seppilli, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 3-4, 1997, pp. 281-312 [ediz. orig.: *Fear of sorcery and the problem of death by suggestion*, pp. 111-143, in Blacking John (curatore), *The anthropology of the body*, London, Academic Press, 1977].

Lewis Ioan (1972 [1971]), *Le religioni estatiche. Studio antropologico sulla possessione spiritica e lo sciamanismo*, traduz. dall'inglese di Francesco Cardelli, Ubaldini, Roma [ediz. orig.: *Ecstatic religion. An anthropological study of spirit possession and shamanism*, Harmondsworth, Penguin, 1971].

Lewis Ioan (1987 [1976]), *Prospettive di antropologia*, traduz. dall'inglese di Anthony Wade Brown,

Patrizia Burdi e Alessandro Lupo, Bulzoni, Roma [ediz. orig.: *Social anthropology in perspective*, Harmondsworth, Penguin, 1976].

Lewis Ioan (1998 [1986]), *Possessione, stregoneria, sciamanismo. Contesti religiosi nelle società tradizionali*, traduz. dall'inglese di Annalisa Di Nola, Liguori, Napoli [ediz. orig.: *Religion in context. Cults and charisma*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986].

Lieban Richard W. (1973), *Medical anthropology*, pp. 1031-1072, in Honigmann J.J. (curatore), *Handbook of social and cultural anthropology*, Rand McNally, Chicago.

Linton Ralph (1973 [1936]), *Lo studio dell'uomo*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The study of man*, Appleton-Century, New York, 1936].

Lock Margaret - Scheper-Hughes Nancy (1990), *A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent*, pp. 47-72, in Johnson Thomas M. - Sargent Carolyn F. (curatori), *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Praeger, New York.

Loux Françoise - Richard Philippe (1978), *Sagesses du corps. La santé et la maladie dans les proverbes français*, Maisonneuve et Larose, Paris.

Lupo Alessandro (1995), *La tierra nos escucha. La cosmología de los nahuas de la Sierra a través de las súplicas rituales*, Instituto Nacional Indigenista - Consejo Nacional Para la Cultura y las Artes, México.

Lupo Alessandro (1996), *Síntesis controvertidas. Consideraciones en torno a los límites del concepto de sincretismo*, "Revista de Antropología Social", n. 5, 1996, pp. 11-37.

Lupo Alessandro (1999), *Aire, viento, espíritu. Reflexiones a partir del pensamiento nahua*, pp. 229-261, in González Alcantud José Antonio - Lisón Tolosana Carmelo (curatori), *El aire. Mitos, ritos y realidades*, Anthropos - Diputación Provincial de Granada, Barcelona.

Marshall Randolph S. (1988), *Interpretation in doctor-patient interviews: a sociolinguistic analysis*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 12, n. 2, 1988, pp. 201-218.

Martínez Cortés Fernando (1979), *La relación médico-paciente*, pp. 37-45, in Viesca Treviño Carlos (curatore), *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica III*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México.

Martínez Hernáez Ángel (1998), *L'antropologia del sintomo. Fra ermeneutica e teoria critica*, traduz. dallo spagnolo di Alessandro Lupo, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 5-6, 1998, pp. 7-37.

Mendieta Gerónimo de (1971 [1596]), *Historia eclesiástica indiana*, Porrúa, México.

Menéndez Eduardo L. (1992), *Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones permanentes*, pp. 141-185, in Campos Roberto (curatore), *La antropología médica en México*, vol. I, Instituto Mora - Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Menéndez Eduardo L. (1993), *Autoatención y participación social: estrategias e instrumentos en las políticas de atención primaria*, Instituto de Medicina Dominicana, Santo Domingo.

Nathan Tobie (1998 [1995]), *Manifesto per una psicopatologia scientifica*, pp. 15-101, in Nathan Tobie - Stengers Isabelle, *Medici e stregoni*, traduz. dal francese di Salvatore Inglese, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Manifeste pour une psychopathologie scientifique*, in *Médecins et sorciers*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1995].

Parsons Talcott (1951), *The social system*, The Free Press of Glencoe, New York.

Platone (1999), *La repubblica*, traduz. dal greco a cura di Francesco Gabrieli, 2 voll., Rizzoli, Milano.

Pye Michael (1971), *Syncretism and Ambiguity*, "Numen", vol. 18, 1971, pp. 83-93.

Reid Janice - Williams Nancy (1984), *'Voodoo death' in Arnhem Land: whose reality?*, "American Anthropologist", vol. 86, n. 1, 1984, pp. 121-133.

Rousseau Jean Jacques (1955 [1782-1789]), *Le confessioni*, traduz. dal francese di Michele Rago, Einaudi, Torino [ediz. orig.: Confessions, Genève, 1782-1789].

Sachs Lisbeth (1989), *Misundestranding as therapy: doctors, patients and medicines in a rural clinic in Sri Lanka*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 13, n. 3, 1989, pp. 335-349.

Scheper-Hughes Nancy (1992), *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*, University of California Press, Berkeley.

Schirripa Pino - Zúniga César (1999), *Sistema medico*, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 9/10, ottobre 2000, in corso di stampa.

Searle John (1976 [1969]), *Atti linguistici*, traduz. dall'inglese di Giorgio Raimondo Cardona, Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Speech acts*, Cambridge University Press, Cambridge, 1969].

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

Severi Carlo (1993), *La memoria rituale. Follia e immagine del Bianco in una tradizione sciamanica amerindiana*, La Nuova Italia, Firenze.

Sherzer Joel (1983), *Kuna ways of speaking. An ethnographic perspective*, University of Texas Press, Austin.

Signorini Italo (1988), *Spavento e sindromi culture-bound. Sindrome?*, "L'Uomo", vol. 1 n.s., n. 1/2, 1988, pp. 25-49.

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", vol. 1/2, 1996, 141-154.

Signorini Italo - Lupo Alessandro (1989), *I tre cardini della vita. Anime, corpo, infermità tra i Nahua della Sierra di Puebla*, Sellerio, Palermo.

Signorini Italo - Tranfo Luigi (1979), "Le infermità: classificazione e terapie", pp. 164-197, in Signorini Italo (curatore), *Gente di laguna. Ideologia e istituzioni sociali dei Huave di San Mateo del Mar*, Angeli, Milano.

Sindzingre Nicole (1983), *L'interprétation de l'infortune: un itinéraire senufo (Côte d'Ivoire)*, "Sciences Sociales et Santé", vol. 3-4, 1983, pp. 7-36.

Sindzingre Nicole (1986 [1983]), *La necessità del senso tra i Senufo*, pp. 87-114, in AugéMarc - Herzlich Claudine, *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, traduz. dal francese di Annick Wouters e Lietta Ferri, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Overseas Publishers Association, Amsterdam, 1983].

Spiro Melford (1993), *Is the Western concept of the self 'peculiar' within the context of the world cultures?*, "Ethos", vol. 21, n. 2, 1993, pp. 107-153.

Squillacciotti Massimo (1998 [1995]), *Il linguaggio dei segni nel canto del Muu igala*, pp. 123-147, in *Id. I Cuna di Panamá. Identità di popolo tra storia ed antropologia*, L'Harmattan Italia, Torino [ediz. orig.: *L'interpretazione antropologica dei 'simboli' altrui, ovvero il 'Canto del parto' dei Cuna*, "L'immagine riflessa", n. 2, 1995, pp. 211-237].

Stengers Isabelle (1998 [1995]), *Il medico e il ciarlatano*, pp. 103-144, in Nathan Tobie - Stengers Isabelle, *Medici e stregoni*, traduz. dal francese di Salvatore Inglese, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Le Mèdecin et le charlatan, in Médecins et sorciers*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1995].

Tambiah Stanley J. (1977), *The cosmological and performative significance of a Thai cult of healing through meditation*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 1, 1977, pp. 97-132.

Taussig Michael T. (1980), *Reification and the consciousness of the patient*, "Social Science and Medicine", vol. 14B, 1980, pp. 3-13.

Tosi Renzo (1991), *Dizionario delle sentenze latine e greche*, Rizzoli, Milano.

Turner Bryan S. (1995 [1987]), *Medical power and social knowledge*, Sage, London.

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

Vargas Luis (1979), *Definiciones y características de la relación médico-paciente*, pp. 19-36, in Viesca Treviño Carlos (curatore), *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica III*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México.

Wilson R.N. (1963), *Patient-practitioner relationships*, pp. 273-295, in Freeman H.E. - Levine S. - Reeder L.G. (curatori), *Handbook of Medical Anthropology*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs (N.J.).

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

Young Allan (1976), *Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology*, "American Anthropologist", vol. 78, 1976, pp. 5-24.

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

Zempleni Andras (1975), *De la persécution à la culpabilité*, pp. 153-218, in Piault Colette (curatrice), *Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté de Bregbo*, Hermann, Paris.

Scheda sull'Autore

Alessandro Lupo è nato a Roma nel 1958, si è laureato in Lettere nel 1982 e nel 1990 si è addottorato in *Scienze Etnoantropologiche*; dal 1998 è professore associato di Etnologia presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" e vi dirige la Missione etnologica italiana in Messico del Dipartimento di studi glottoantropologici e discipline musicali. È stato nel Consiglio Direttivo dell'Associazione italiana per le scienze etno-antropologiche (AISEA) dal 1993 al 1998 e fa parte di quello della Società italiana di antropologia medica (SIAM, dal 1995). Dal 1995 è membro per l'Italia dell'International Editorial Board della rivista "Ethnology" ed è nella redazione di "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica". Dal 1979 fa parte dell'organico della Missione etnologica italiana in Messico, svogendo indagini presso i Huave dell'Istmo di Tehuantepec e i Nahua della Sierra Norte di Puebla, di cui ha studiato la residenza, l'etnoastronomia, la cosmologia, la tradizione orale, i saperi medici e le pratiche rituali, nonché le dinamiche culturali in generale.

Tra le sue principali pubblicazioni: (con Italo Signorini) *I tre cardini della vita. Anime, corpo, infermità tra i Nahua della Sierra di Puebla*, Sellerio, Palermo, 1989 / *Tatiochihualatzin, valores simbólicos del alcohol en la Sierra de Puebla*, "Estudios de Cultura Náhuatl", vol. 21, 1991, pp. 219-230 / *La Tierra nos escucha. La cosmología de los nahuas de la Sierra a través de las súplicas rituales*, Instituto Nacional Indigenista - Consejo Nacional Para la Cultura y las Artes, México, 1995 / *Parole sante. Dialogo mistico e verifica etnografica*, "Etnosistemi", n. 2, 1995, pp. 80-94 / *La oración: estructura, forma y uso. Entre tradición escrita y oral*, pp. 49-66, in Carmelo Lisón Tolosana (curatore), *Antropología y Literatura*, Gobierno de Aragón - Departamento de Educación y Cultura, Zaragoza, 1995 / *'El maíz es más vivo que nosotros'. Ideología y alimentación en la Sierra de Puebla*, "Scripta Ethnologica", vol. 17, 1995, pp. 73-85 / *Palabras rígidas, conceptos elásticos, uso e interpretaciones de unos textos sagrados cristianos por los indígenas mexicanos*, "Anales de Antropología", vol. 32, 1995, pp. 241-255 / *Síntesis controvertidas. Consideraciones en torno a los límites del concepto de sincretismo*, "Revista de Antropología Social", vol. 5, 1996, pp. 11-37 / *Postille sulle trasformazioni della medicina tradizionale in Messico*, pp. 185-214, in Alessandro Lupo (curatore) *La cultura plurale. Riflessioni su dialoghi e silenzi in Mesoamerica. Omaggio a Italo Signorini*, numero monografico dei *Quaderni de L'Uomo* n. 2, 1998, CISU, Roma / *Il grembo che nutre e divora: rappresentazioni della Terra nella cosmologia dei Huave dell'Istmo di Tehuantepec*,

pp. 157-180, in Valeria Cottini Petrucci - Marco Curatola (curatori) *Tradizione e sincretismo. Saggi in onore di Ernesta Cerulli*, Le Balze, M*ontepulciano, 1998 / Aire, viento, espíritu. Reflexiones a partir del pensamiento nahua*, pp. 229-261, in José Antonio González Alcantud - Carmelo Lisón Tolosana (curatori) *El aire. Mitos, ritos y realidades*, Anthropos - Diputación Provincial de Granada, Barcelona, 1999.

Riassunto

Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta fra dialogo e azione

L'articolo esamina in chiave antropologica le diverse connotazioni, valenze e funzioni che nelle società umane assumono le figure del paziente e del terapeuta, onnipresenti poli del binomio su cui si fonda ogni pratica medica. Dapprima si mette in luce come entrambi i termini, più che descrivere la condizione "oggettiva" di chi soffre e di chi è chiamato a curare tale sofferenza, si riferiscano a status, ovvero a posizioni che gli individui si vedono riconoscere nel proprio ambito sociale in base a fattori e considerazioni che possono anche estendersi al di là delle condizioni psicofisiche del singolo ammalato e delle concrete conoscenze di chi cura. Si esamina quindi la natura del rapporto tra i due, nonché i molteplici piani su cui si esplica l'azione terapeutica; in particolare, si focalizza l'attenzione sul fatto che, in ogni singolo episodio di malattia, la sofferenza umana viene collocata in un orizzonte di significato; il che mette in piena evidenza la fondamentale importanza della comunicazione (tra paziente e guaritore, ma anche tra essi e il resto della società) in ambito terapeutico. Il pieno riconoscimento di quanto sia culturalmente e socialmente costruita e determinata la malattia consente di meglio comprendere come possano risultare efficaci terapie di tipo simbolico e rituale, che trascurano o prescindono da un diretto intervento (farmacologico, meccanico, chirurgico, ecc.) sull'organismo dell'infermo. Tanto più che la stessa determinazione dello stato di malattia e di guarigione avviene sul piano sociale, in base a fatti e considerazioni chenon si esauriscono certo nella sfera del singolo ammalato e del suo stato fisico. Se si coglie fino a che punto la malattia e la salute siano definibili solo in una prospettiva olistica, allora emerge con chiarezza perché tante volte la comprensione del senso del male sia un passo fondamentale per la guarigione.

Résumé

Comprendre est un peu guérir: la relation patient-thérapeute entre dialogue et action

Cet article propose une analyse anthropologique des différents aspects, connotations et fonctions attribués dans les sociétés humaines aux figures du patient et du thérapeute,

pôles omniprésents du binôme sur lequel se fonde toute pratique médicale. L'auteur montre d'abord que les deux termes, plutôt que décrire la condition "objective" de la personne qui souffre et de l'individu qui est appelé à soigner cette souffrance, désignent des statuts ou positions que les individus se voient reconnaître dans leur milieu social, sur la base de facteurs et considérations qui peuvent aller bien au delà des conditions psychophysiques de chaque malade, et des connaissances concrètes du thérapeute. L'auteur analyse ensuite la nature de leur relation, ainsi que les nombreux niveaux sur lesquels s'exerce l'action thérapeutique; en particulier, on focalise l'attention sur le fait que, dans chaque épisode de maladie, la souffrance humaine est située dans un horizon de signification, ce qui prouve le rôle crucial de la communication – non seulement entre patient et guérisseur, mais aussi entre ces derniers et le reste de la société – dans le domaine thérapeutique. La pleine reconnaissance des déterminantes culturelles et sociales de la maladie, permet de mieux comprendre l'efficacité symbolique et rituelle de thérapies qui négligent ou omettent une intervention directe (pharmacologique, mécanique, chirurgicale, étc.) sur l'organisme du malade, d'autant plus que la détermination même de l'état de maladie et de guérison est socialement produite, sur la base de faits et considérations qui dépassent largement le cadre du patient et de son état physique. Si l'on conçoit jusqu'à quel point la maladie et la santé ne sont définissables qu'à l'intérieur d'une perspective holiste, on voit bien pourquoi, maintes fois, la compréhension du sens du mal est un pas fondamental pour la guérison.

Resumen

Entender es un poco curar: la relación paciente - terapéuta entre diálogo y acción

El artículo examina, en clave antropológica, los diferentes rasgos, valores y funciones que asumen en las sociedades humanas las figuras del paciente y del terapéuta, polos omnipresentes del binomio sobre el que se funda cada práctica médica. Primero se pone a la luz como ambos términos, más que describir la condición objetiva de quien sufre y de quien está llamado a curar dicho sufrimiento, se refieran a condiciones de status, o sea a posiciones reconocidas a los individuos en el ámbito social en base a factores y a consideraciones que pueden también extenderse más allá de las condiciones psicofísicas del sujeto enfermo y de los conocimientos concretos del que cura. Se examina pues la naturaleza de la relación entre ambos, así como los múltiples niveles sobre los que se ejerce la acción terapéutica; en particular, se focaliza la atención sobre el hecho de que en cada episodio de enfermedad, el sufrimiento humano se coloca en un horizonte de significado, lo que pone en plena evidencia la importancia fundamental de la comunicación (entre paciente y curandero, y asimismo entre estos y la sociedad) en ámbito terapéutico. El reconocimiento pleno de cuánto sea la enfermedad una construcción social y cultural, asimismo determinada, permite comprender mejor de

qué manera resultan eficaces terapias de tipo simbólico y ritual que no implican una intervención directa (farmacológica, mecánica, quirúrgica, etc...) sobre el organismo del enfermo. Además, la misma determinación del estado de enfermedad y su curación se verifican en el contexto social, en base a hechos y a consideraciones que no se agotan ciertamente en la esfera del sujeto enfermo y en su estado físico. Si se asume hasta que punto la salud y la enfermedad puedan definirse solamente en una perspectiva olística, entonces sobresale con claridad porqué tantas veces la comprensión del sentido del mal sea un paso fundamental para la curación.

Abstract

"Understanding" as healing element: the patient-healer relationship between dialogue and agency

This paper investigates, in an anthropological key, the different connotations, valences and functions assumed in the human societies by the patient and the healer, omnipresent poles of the couple upon which every medical practice is founded. First of all, we point out how both these terms are referred not only to the "objective" condition of the sufferer and of the healer, but rather they are referred to positions assigned to individuals in their own social framework, on the basis of factors and considerations which can even go beyond the psycho-physical conditions of the single patient and the concrete knowledge of the healer. We therefore investigate here the nature of them both, as well as the various levels in which therapeutic actions are performed; in particular, we emphasize the assumption that in every single illness episode the human suffering is placed in a meaningful framework. This is quite central to point out the fundamental relevance of communication in therapeutical settings (between patient and healer, but also between them both and the rest of the society). The profound awareness of the cultural and social construction of illness allows us to better understand how symbolic and ritual therapies can be efficacious, even if they disregard and leave out of account a direct (pharmacological, mechanic, surgical, etc.) intervention upon the sick organism. Moreover, the same determination about the illness and the recovery status is socially produced on the basis of facts and considerations which are not limited to the single patient and his physical condition. We have to realize how health and illness are conceived exclusively in an holistic perspective, in order to clarify the reason why so frequently the comprehension of the meaning of suffering is a fundamental step towards the recovery.

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica / 7-8, ottobre 1999, pp. 93-128

Malattia, maleficio, possessione.
Metafore per un'interiorità sofferente

Virginia De Micco

etnopsichiatra, dirigente medico nella Azienda sanitaria locale 1 (Caserta) della Regione Campania, dottoranda di ricerca presso l'École des hautes études en sciences sociales, Paris

Avventurarsi nel territorio della duplice incertezza, così si potrebbe descrivere la ricerca etnopsichiatrica. Incertezza metodologica, linguistica, ma anche pratica, quotidiana (quale risposta dare a chi soffre?). Eppure questo principio di inquietudine, che anima in particolare psicoanalisi ed etnologia, si rivela estremamente fecondo e fonte di una continua messa in discussione di concetti e di pratiche. Psicoanalisi ed etnologia, infatti, interrogano «non già l'uomo in sé, quale può apparire nelle scienze umane, ma la regione che rende in genere possibile un sapere sull'uomo» (FOUCAULT M. 1978 [1966]: 404).

La duplice incertezza di questa regione dell'esperienza e della ricerca non è legata però soltanto al suo raccogliere e *raddoppiare* il controverso statuto epistemologico delle discipline psicologico-psichiatriche da un lato ed etnoantropologiche dall'altro, questa duplicità indica anche una capacità di rapporto col "doppio" e di confidenza con una sorta di principio di "non esclusione". Alterità psichica ed alterità culturale non solo si rispecchiano l'una nell'altra, ma rappresentano il rovescio oscuro di quella che siamo soliti considerare la coscienza culturale "sana", le possibilità tralasciate e neglette durante il suo corso di formazione storica, in un certo senso il suo "segreto".

Se esaminiamo, ad esempio, il percorso formativo della biomedicina, notiamo come i suoi metodi e i suoi criteri tendano a realizzare una vera e propria "depurazione" dell'evento-malattia da ogni "contaminazione" sociale, storica o individuale, attraverso un deliberato tentativo di eliminare ogni aspetto relazionale (e, quindi, di scambio sociale) dalla conoscenza della malattia.

La costruzione del sapere clinico, negli ultimi decenni del Settecento, na-

sce da un duplice movimento di sottrazione: da un lato gli individui sofferenti vengono sottratti al loro contesto familiare e sociale (al loro milieu culturale) per essere introdotti nel contenitore ospedaliero. Lo scopo è quello di ottenere una sorta di azzeramento delle differenze tra i malati affinché risultino esaltate le differenze tra le malattie, descritte secondo la loro appartenenza ai diversi apparati. Dall'altro ogni conoscenza clinica trova il suo fondamento nello studio del cadavere – del corpo morto, sottratto a ogni influenza relazionale – in cui viene verificata la coerenza tra manifestazioni superficiali colte dalla semeiotica e alterazioni profonde svelate dall'anatomia patologica.

Il corpo morto fornisce quel supporto astorico e sovraindividuale di cui ha bisogno la clinica per costituirsi come sapere astorico e sovraindividuale, negando nel suo stesso movimento costitutivo ogni influenza sociale e culturale nella percezione e interpretazione della malattia.

Di conseguenza il sapere clinico fallisce soprattutto nel cogliere le determinanti di una "malattia relazionale" e l'influenza relazionale nel processo di cura e guarigione. La relazione tra individuo sofferente e guaritore/terapeuta rappresenta invece uno degli ambiti potenziali di intervento per la cosiddetta medicina tradizionale, come tale essa viene esplicitamente utilizzata e manipolata per ottenere la risoluzione del malessere.

Tale difficoltà specifica della biomedicina risulta cruciale in ambito psichiatrico. Risulta perciò particolarmente interessante studiare le modalità "popolari" di percezione ed interpretazione del malessere psichico, nonché le strategie terapeutiche e le possibilità di cura che da queste derivano.

La ricerca di cui qui si presenta un iniziale resoconto intende analizzare il complesso quadro dei modi di manifestarsi e di strutturarsi del disagio psicologico in una regione del meridione d'Italia: la Campania settentrionale. Si tratta di un'area investita da un profondo processo di trasformazione culturale, paragonabile in questo a molte altre zone del meridione d'Italia.

Lo scopo principale della ricerca è quello di individuare i motivi antropologici dell'efficacia terapeutica, cercando di descriverli nel loro funzionamento. Risulta perciò indispensabile, ma non sempre facile, integrare le indicazioni etnografiche, ricavate dalla ricerca sul campo, con i dati clinici, ricavati dall'incontro con persone sofferenti. Tali dati non sono mai perfettamente complanari, per così dire, con le indicazioni ricavabili dal lavoro etnografico e c'è sempre il rischio di medicalizzare eccessivamente i dati etnografici o di effettuare letture eccessivamente culturologiche dei dati clinici. Tale rischio del resto sembra appartenere molto più alle nostre

divisioni disciplinari, alle ideologie che le sottendono, che non alle realtà osservate. Vorrei precisare che non a caso si parla di "indicazioni" etnografiche poiché non si troverà nel testo un resoconto etnografico esaustivo delle pratiche terapeutiche tradizionali, di impronta magico-religiosa, né di quelle mediche. Vi si troverà piuttosto, da un lato, un continuo interrogarsi sulla "implicazione" culturale di ogni forma di attività terapeutica individuata dagli attori sociali (definita come tale e come tale praticata, provvista di suoi luoghi, di apparati ideologici e di riconoscibili modalità operative), come dire del valore culturale dei dati psico(pato)logici; e dall'altro, un'analisi in profondità del valore psicologico dei dati etnografici, del modo in cui "funzionano" nel vivo dei vissuti individuali e collettivi e rispondono a peculiari contingenze interiori.

Parleremo preferibilmente di "disagio interiore", si è preferito infatti optare per la più generica indicazione possibile, quella appunto di disagio interiore, per evitare di introdurre fin dall'inizio termini più connotati culturalmente e tecnicamente quali "disagio psichico", "disturbo mentale" ed altri, di uso comune nel lessico psichiatrico. Inoltre la stessa definizione di "psichico" e la distinzione tra "fisico" e "psicologico" non può, ovviamente, essere applicata acriticamente per descrivere i fenomeni e le pratiche in esame, costituendo al contrario uno degli elementi da analizzare. Il grado zero, per così dire, è rappresentato infatti dalla percezione di un *interno che soffre*, che verrà poi strutturato e manipolato culturalmente in modi diversificati e specifici a seconda delle modalità terapeutiche prescelte. Torneremo più oltre sulla problematica definizione di questa nozione di "interno".

Grazie all'analisi complessiva degli itinerari terapeutici percorsi dalle persone sofferenti è stato possibile individuare sul territorio tre grandi agenzie terapeutiche, rappresentate dalle istituzioni medico-psichiatriche, da guaritori tradizionali con una precisa competenza per la risoluzione di malefici, da rappresentanti delle gerarchie ecclesiastiche che svolgono pratiche benedizionali ed esorcistiche. Ad esse corrispondono altrettante configurazioni culturali: la malattia, il maleficio e la possessione appunto, che rappresentano classi concettuali e semantiche attraverso le quali i momenti critici dell'esistenza individuale vengono percepiti, interpretati e classificati.

Lo scenario della ricerca

La ricerca si è svolta nella Campania settentrionale, ai confini con il Lazio e il Molise, si tratta di un'area prevalentemente collinare-montuosa, compre-

sa tra la valle del fiume Volturno, nella sua parte mediana, e le falde del massiccio del Matese, che ha prevalente vocazione agricola, ma con i maggiori spazi di occupazione nel terziario. I centri più grandi e più vicini alle vie di transito hanno scambi quotidiani con i centri urbani, moltissimi sono i lavoratori pendolari che si spostano verso le città e viceversa. Da Piedimonte Matese, il centro più grande e sviluppato, occorrono meno di due ore per raggiungere Roma in automobile, e ancora meno per raggiungere Napoli.

Nel complesso si tratta di una regione che finora ha avuto scarse opportunità di sviluppo, solo l'intervento statale ha consentito di dotarla di strutture moderne. Come in molte altre zone del Meridione molto forte è stata l'emigrazione verso le regioni del nord Italia e verso gli altri paesi europei (Germania, Svizzera, Inghilterra, soprattutto), nonché verso il Canada e gli Stati Uniti, fino a tutti gli anni settanta. A partire dagli anni ottanta è cominciato un lento flusso retrogrado: gli emigranti partiti negli anni precedenti sono rientrati nei loro paesi d'origine e hanno cercato di consolidare la loro posizione sociale grazie ai risparmi di tanti anni di lavoro all'estero. Così attualmente sono parecchi i giovani tra i 20 e i 30 anni che sono nati all'estero e sono poi rientrati al seguito delle famiglie. Questi continui spostamenti e rimescolamenti nella popolazione hanno contribuito non poco ad attivare il profondo processo di trasformazione culturale che attualmente investe queste zone.

È difficile fotografare con un'istantanea la realtà socioculturale di questo territorio, occorrerebbe piuttosto un sismografo, uno strumento capace di misurare in profondità gli spostamenti, il silenzioso scorrere di strati culturali, per così dire, sovrapposti l'uno sull'altro. La superficie rimanda un'immagine tranquilla e quasi immobile, ritmi pigramente paesani, assenza di rilevanti conflitti sociali, riassorbiti all'interno di una gestione paternalistica della cosa pubblica da parte della classe dirigente locale.

Sebbene la popolazione appaia radicata nelle tradizioni locali e nel rispetto dei valori tradizionali, incentrati sulla famiglia e sulla chiesa cattolica, non mancano segnali di insofferenza e desideri di rinnovamento. Tali istanze di cambiamento però non riescono a tradursi in effettive modificazioni in profondità dei rapporti sociali e delle istituzioni culturali, generano piuttosto una cronica insoddisfazione personale.

Al di sotto di una superficiale vernice moderna dunque si riscontra una profonda incapacità di rispondere alle nuove esigenze di crescita civile e di rinnovamento socioculturale. Paradossalmente è proprio l'incapacità di rispondere ad una conflittualità in un certo senso più "moderna" che in-

duce gravi situazioni di malessere e di disadattamento, alle quali si cerca spesso però una risposta nei termini delle spiegazioni magico-religiose tradizionali. Un buon esempio di questa particolare condizione si può cogliere nella lettera inviata da una fedele ad un noto prete esorcista della zona. La ragazza si lamenta di una serie di vicissitudini: i genitori si oppongono al suo matrimonio con un ragazzo del nord e danno la priorità al matrimonio del figlio maschio; il piccolo negozio che gestiscono attraversa difficoltà finanziarie; la ragazza è diplomata ma non riesce a trovare un lavoro e le sue aspirazioni di riscatto e di emancipazione sono costantemente frustrate. Tutto ciò fa sorgere in lei il sospetto di aver subito un maleficio o un'influenza diabolica, per cui chiede aiuto e conforto al prete esorcista.

Evidentemente gli strumenti culturali a sua disposizione e le reali occasioni di miglioramento della sua condizione sono così inadeguati da non consentirle di affrontare una conflittualità del resto così trasparente. La spiegazione sarà dunque ricercata nella direzione delle eziologie tradizionali, che sembrano stemperare i nuclei conflittuali reali.

Nel mio lavoro quotidiano presso il servizio psichiatrico di zona, mi è capitato molto spesso di udire racconti in cui, con un ascolto sensibile ed aperto, era possibile intravedere, al di sotto della superficiale vernice dei sintomi, storie personali complesse, che venivano rifratte e ricomposte diversamente nel prisma mutevole di una realtà culturale in trasformazione. Le più svariate situazioni di malessere individuale e relazionale restavano come sospese nell'attesa di trovare la loro "giusta" collocazione culturale. Le persone sofferenti rimanevano avvinte in una fondamentale incertezza rispetto al modo di interpretare la propria situazione di malessere e di difficoltà: i "sintomi" di una malattia potevano, altrettanto bene, essere "effetti" di un maleficio o "manifestazioni" di influenze diaboliche. Decidere in maniera chiara per una delle tre possibilità non era sempre facile, anche perché avrebbe comportato conseguenze diverse per la loro vita e divergenti ricomposizioni della loro interiorità.

L'uso delle tre configurazioni culturali: malattia, maleficio, possessione è dunque emerso con chiarezza nel quotidiano lavoro clinico con persone sofferenti.

Da qui è nata l'esigenza di effettuare una ricognizione etnografica sul territorio relativa ai modi di "prendersi cura" delle congiunture critiche dell'esistenza individuale, le quali si organizzano attorno all'idea di un "interno che soffre"; modi che rispondono più o meno esplicitamente alla domanda collettiva, sociale in senso lato, che si struttura, letteralmente *pren-*

de corpo, attorno a tali eventi e *fa corpo* con essi. In tale fase gli stessi frequentatori del servizio (pazienti, loro familiari, operatori sociosanitari) hanno rivestito anche il ruolo di informatori e di intermediari con le figure terapeutiche che operavano sul territorio. L'accresciuta conoscenza dello sfondo culturale in cui le manifestazioni di malessere si inscrivono e la maggiore sensibilità antropologica così acquisite hanno permesso di "leggere" in modo nuovo il materiale clinico. Le tre configurazioni individuate, pur avendo provenienze culturali e caratteristiche strutturali estremamente differenti, si trovano di fatto a condividere e a scambiarsi vicendevolmente alcuni tratti, come discuteremo più avanti .

Proprio per i modi in cui la ricerca è stata condotta viene privilegiata una descrizione di tali configurazioni culturali per così dire dall'interno, per cui si cerca di restituire la dinamica intrapsichica ed intersoggettiva del mondo di rappresentazioni e di credenze studiato, e di render conto, contemporaneamente, di quel complesso quadro di trasformazione culturale in cui tutte le "metafore dell'interiorità sofferente" risultano immerse.

Specchio fedele di tale complessità sono gli itinerari terapeutici percorsi, i quali si configurano spesso come "pendolari" tra le tre grandi "stazioni" terapeutiche rappresentate dal medico, dal guaritore tradizionale, dal prete esorcista. È stato possibile ricostruirli solo grazie a un lavoro clinico che fosse anche antropologicamente sensibile da un lato, e alla ricognizione etnografica sul territorio dall'altro.

Una fetta di situazioni di malessere e di disagio, alcune delle quali non esiteremmo a definire dichiaratamente patologiche, sfugge infatti completamente al circuito medico, trovando, nondimeno, efficaci risposte terapeutiche strutturate secondo modalità non medicalizzate, ma culturalmente coerenti, per così dire, con i modi di manifestarsi del disturbo stesso.

Limiti e antropologia implicita del sapere medico

"Afflitto da terribile diagnosi...", così recita un ex-voto donato da un fedele ad un guaritore carismatico protagonista di un culto terapeutico in Calabria [(1)]. La "diagnosi" affligge dunque più del "male" da cui si è colpiti. La diagnosi, intesa in un più vasto senso antropologico, indica l'orizzonte di comprensione e di significato che il sapere medico offre all'esperienza vissuta, essa appare spesso subita come una condanna, piuttosto che percepita come un possibile orizzonte di salvezza, come prospettiva di guari-

gione. Di fatto l'adesione alla medicina scientifica, soprattutto nei settori in cui il progresso scientifico e tecnologico non basta ad assicurare brillanti risultati terapeutici – esempio principe ne è la malattia mentale – si fonda in larga parte sulla possibilità di condividerne i presupposti razionalistici: ovverosia sul fatto che la possibilità di comprensione "razionale" del fenomeno morboso rappresenta un valore in sé, costituisce un obiettivo sufficiente *indipendentemente* dalla possibilità di guarire. Specularmente la guarigione non è una prova sufficiente della validità del sistema di spiegazioni e di pratiche che l'ha prodotta. Tipico esempio: tutte le guarigioni ottenute per via di "suggestione" non aiutano a comprendere la natura del fenomeno morboso, al contrario la occultano; esse non consentono di raggiungere una chiara conoscenza, al contrario confondono [(2)]. L'incapacità del sapere medico di offrire un valido orizzonte per comprendere ed elaborare l'esperienza di malattia ha prodotto una crescente disaffezione nei confronti della medicina scientifica, tanto maggiore in aree che partecipano solo marginalmente dei processi di modernizzazione.

Nel nostro caso specifico, il vuoto di sapere, che si annida nel concetto di malattia mentale, viene scoperto e denunciato apertamente quando non ci si sente vincolati a riconoscere *a fortiori* la ineludibile validità del procedimento razionale della medicina scientifica.

Venendo meno una stringente consequenzialità tra cause della malattia, sue manifestazioni e rimedi da adottare, si apre la possibilità delle più svariate contaminazioni. Per i pazienti che ho incontrato durante il mio lavoro di psichiatra, infatti, spesso un maleficio poteva essere all'origine della loro "malattia": così prendevano dei farmaci per attenuarne i sintomi, salvo poi andare da un guaritore per rimuoverne la "causa". Del resto anche quando l'idea di malattia mentale veniva accettata senza riserve, non se ne precisava il nome nei resoconti dei pazienti. Cosa sorprendente, poiché sappiamo che l'attribuzione di uno specifico nome a uno stato di malessere è un'operazione culturale fondamentale. Veniva indicata come *la* malattia, *quella* malattia, quintessenza del male e dell'inspiegabile; veniva presentata dai pazienti e dai loro familiari come un'entità estranea che si era impossessata della persona malata. Ci si trovava così di fronte ad una paradossale estremizzazione della tendenza, implicita nello stesso sapere medico, a reificare la malattia, a farne un'entità indipendente dal malato. In tal modo veniva conservata l'idea di una eziologia esogena del male, ovverosia l'idea che il male provenisse dall'esterno – idea tipica, del resto, del sistema di spiegazioni magico tradizionale –. Ciò consentiva poi una rielaborazione secondaria, sul piano causale, per cui un maleficio, una *fattura*, poteva rivelarsi alla base della malattia stessa: era stata l'influenza

malevola a provocare la malattia mentale. Soluzione di compromesso ideologico, per così dire, molto gradita al paziente, che poteva dare una forma culturalmente accettabile a istanze persecutorie, ai familiari, che si vedevano sollevati da oscuri sentimenti di colpa e da profonde paure rispetto alla possibile ereditarietà della condizione di malattia, agli stessi medici che vedevano comunque rispettate le loro prescrizioni farmacologiche. Allo stesso tempo, infatti, aumentava l'affidamento al farmaco miracoloso che, nell'ambito di una ideale continuità tra causa del male (la sostanza malefica introdotta dall'esterno) e rimedio al male (la sostanza benefica, sempre introdotta dall'esterno), cura in virtù della sua potenza. Si tratta di una potenza anch'essa ammantata di valenze "magiche"; del potere "magico" il farmaco si trova a condividere anche la grande ambivalenza [3]: in senso positivo dona infatti la guarigione; in senso negativo può scatenare effetti ancora più pericolosi del male stesso, può indurre trasformazioni indesiderate perché incontrollabili, ovverosia non negoziabili tra paziente e terapeuta.

Occorre sottolineare come non fossero solo i pazienti e i loro familiari a mettere in atto comportamenti ed interpretazioni che segnalavano valenze "magiche" nell'uso sociale delle nozioni mediche di malattia e di farmaco, ma gli stessi operatori sanitari (medici e infermieri) si comportavano di fatto uniformandosi a tali criteri: così l'uso dei farmaci appariva spesso legato ad aspettative "magiche" di potenza e di controllo (= piegare la realtà al proprio volere) piuttosto che ispirate alla prudente razionalità del calcolo rischio/beneficio o al neutrale esame della farmacodinamica.

Queste valenze antropologiche nella visione della malattia, nella definizione dello spazio di efficacia dei farmaci, che la medicina scientifica ha tentato di lasciarsi alle spalle, cacciate dalla porta, per così dire, rientrano dalla finestra, e ciò naturalmente soprattutto in ambito psichiatrico. Certe versioni fornite dai pazienti e dai loro familiari in quest'area culturale di confine funzionano come delle cartine al tornasole per mettere in evidenza ciò che la teoria medica rigetta ma che la pratica medica deve per forza utilizzare se vuole restare efficace, ovverosia il suo essere parte di un sistema di rappresentazioni sociali ed il suo essere immersa in una ragnatela di significati culturali.

Dal nostro punto di vista diventa allora essenziale chiarire che cosa fanno gli attori sociali coinvolti quando comunicano intorno alla malattia, analizzare cioè il significato metaforico della malattia [4] e i percorsi attraverso i quali si costruisce la rappresentazione sociale della malattia. Lo scopo è quello di far emergere il *significato antropologico* delle manifestazioni di

"malattia" *al di là degli aspetti patologici* e di sottolineare il *valore antropologico* del lavoro clinico. Vorrei sottolineare come nel nostro caso, nel caso della malattia mentale, la malattia *è* essenzialmente una metafora per rappresentare il malessere individuale, è il modo in cui la cultura scientifico-razionalistica occidentale si dà ragione del fatto che alcuni individui falliscono nel diventare membri "completi" del loro gruppo. Dare una risposta a questo interrogativo è un problema centrale per ogni società. Si potrebbe dire che quando paziente e terapeuta, nonché i loro entourage familiari e professionali, condividono pienamente il livello antropologico implicito del processo di cura (un livello rappresentativo dunque oltreché operativo) essi possono comunicare come se ciò di cui parlano costituisse tutta la realtà, ovverosia vengono messi in ombra i piani metaforici che sono comunque all'opera. Quando invece, come nella situazione qui esaminata, tutti gli attori sociali sono immersi in un profondo processo di trasformazione culturale, bisogna ri-negoziare il livello antropologico implicito del processo di cura e del quadro teorico-tecnico in cui le procedure terapeutiche si inscrivono. Diventano allora evidenti i processi metaforici che stabilizzano le configurazioni culturali e le rendono efficaci. L'efficacia terapeutica infatti è assicurata anche dalla possibilità di condividere una teoria relativa alla costituzione, al funzionamento e alle "disfunzioni", per così dire, della persona e delle sue relazioni. La metafora fornisce dunque una figura che assicura lo spazio e traccia le coordinate all'interno delle quali può svolgersi il processo di comunicazione.

Il materiale clinico letto ed indagato con sensibilità antropologica potrà consentire, infatti, di cogliere la duplice valenza della "malattia" come esperienza individuale a cui occorre dare un senso e come evento sociale a cui occorre dare un significato. Questa dimensione del processo terapeutico è assolutamente ineliminabile, sebbene il procedimento della biomedicina abbia sempre cercato di ridurre al minimo indispensabile lo spazio narrativo individuale affinché il sintomo potesse parlare da solo. La verità, il "significato" del sintomo è infatti posseduto dall'interprete che conosce la chiave di questo linguaggio cifrato. I due interlocutori privilegiati sono ancora la malattia, col suo alfabeto sintomatico, e il medico, o meglio il sapere medico. Vorrei sottolineare come questo "dispositivo relazionale" per cui colui che manifesta il malessere (il soggetto colpito) deve rivolgersi ad un altro, un esperto (medico, guaritore, esorcista) che ne possiede la chiave interpretativa, accomuna le pratiche terapeutiche descritte, anzi rappresenta il "procedimento", per così dire, attraverso cui questa condizione individuale viene messa in relazione con un sistema di pratiche sociali. Il processo interpretativo rende effettiva la dimensione sociale della

malattia, del malessere individuale. Pertanto ogni sistema di interpretazioni, anche quello medico, trova la sua validazione in una dimensione sociale condivisa. Esso costruisce un universo logico-simbolico che rappresenta *uno actu* un sistema di riferimento ed un metodo di valutazione. La differenza semmai consisterà nel fatto che il sapere medico non riconosce lo statuto di interlocutore al paziente, ma alla malattia, cercando di fondare la sua verità in un'attitudine conoscitiva libera da ingerenze individuali, negando, come sottolineavamo all'inizio, la dimensione sociale costitutiva di ogni pratica terapeutica, ovverosia tendendo ad occultare il fondamento "contrattuale" della sua verità.

Tale aspetto contrattuale, soprattutto in situazioni di ridefinizione del quadro simbolico di riferimento, come nel nostro caso, espone alla possibilità di una vera e propria ricusazione della validità della medicina scientifica, nel momento in cui viene giudicata a partire dalla sua capacità di offrire un orizzonte di reintegrazione e di senso all'esperienza di malattia, e non più a partire dalla sua capacità di soddisfare i criteri dell'osservazione scientifica. A questo punto dunque perché pensare all'esperienza di malessere interiore come ad una malattia se questo non aiuta a donarle un senso (al contrario la relega nel non-senso) e non offre una pratica che ne consenta un superamento? Ecco che può allora rivelarsi più proficuo pensare a quest'esperienza in termini magici o magico-religiosi.

L'ideologia magica e i suoi risvolti psicologici in un contesto culturale in trasformazione

La presenza di un attivo substrato magico si manifesta nel sistema di spiegazioni e di pratiche relative a determinate espressioni di malessere. Ci occuperemo soprattutto delle influenze magiche collegate con l'ideologia della *fattura*. Bisogna precisare che sono rintracciabili sul territorio una serie di guaritori tradizionali che curano attraverso formule magiche e manipolazioni-secondo pratiche molto diffuse nella medicina popolare in diverse parti d'Italia [5] – varie affezioni dermatologiche (porri, verruche), disturbi artrosici, alterazioni della funzione intestinale, etc., con buon successo ed in una sorta di continuità con i medici locali –. Si rivolgono loro anche persone provenienti da ceti medio-alti e non è infrequente un vero e proprio invio reciproco di pazienti tra medico e guaritore a seconda del tipo di disturbo e del riconoscimento di una differenziata competenza. La situazione appare decisamente più complessa per quanto riguarda le pratiche di *fattura* – il maleficio – e di *controfattura* – la liberazione rituale dagli

effetti del maleficio –. Secondo la descrizione classica, come noto, la *fattura* (dal latino *facere*, nel senso di "ciò che è stato fatto e ancora ha effetto") è un maleficio che si riceve attraverso la somministrazione di una sostanza malefica, soprattutto tramite il cibo; può presentarsi sotto diverse forme: come *fattura d'amore* oppure come *fattura a morte*. Chi è colpito dalla stregoneria si trova in uno stato di inibizione e di impotenza, in cui appare in primo piano l'influenzamento della volontà, egli sente venir meno il gusto per la vita, si sente come avvinto e "legato", impedito nel suo naturale modo di vivere e di sentire. Spesso si lamenta di un torpore fiaccante e di un generale esaurimento di forze. Chi sospetta di aver ricevuto una *fattura* si rivolge al *fattucchiere* che effettuerà una *controfattura* per liberarlo dagli effetti del maleficio. Nella mia esperienza clinica ed etnografica questa situazione classica non è più rintracciabile. Ci si trova di fronte, infatti, ad una singolare disparità tra il ricorso al sistema di spiegazioni magico, seppure semplificato rispetto alla descrizione classica, e il ricorso alle pratiche magiche. Innanzi tutto attualmente è una più vasta area di malessere individuale, di difficoltà relazionali, di infortuni sociali, caratterizzati da una duplice sensazione di inspiegabilità e di insormontabilità, che fa sorgere il sospetto di aver subito un maleficio, una *fattura*. Quello che appare particolarmente interessante è come ogni difficoltà relazionale, ogni situazione interiore di difficoltà e di sofferenza possa essere interpretata in termini di influenza magica: infatti quando non si riesce a trovare nessuna altra spiegazione per una situazione che appare del tutto immotivata e profondamente ingiusta si fa strada l'idea di aver subito un maleficio. Molto diffusa appare anche la credenza nel *malocchio*: l'influenza malevola ed invidiosa ritenuta responsabile di più lievi malesseri e disavventure; rischio in un certo senso più quotidiano, rispetto al quale viene praticata una sorta di vera e propria automedicazione magica: la conoscenza della pratica liberatoria e della formula apotropaica è estremamente diffusa e svolta spesso da una anziana donna di famiglia. Come sottolineavamo prima, appare comunque singolare lo scarto esistente tra la diffusione della credenza nelle influenze magiche negative: la *fattura*, il più lieve *malocchio*, la visita notturna delle *janare* (streghe), e l'effettivo ricorso ai *maoni* (stregoni-guaritori) locali e alle pratiche di *controfattura*. Inoltre soltanto alcuni guaritori effettuano la liberazione dalla *fattura*; come spesso accade praticamente nessuno ammette di effettuare la *fattura* stessa. La reticenza rispetto a tali pratiche magiche è notevole: i guaritori interpellati non hanno voluto parlarne, mentre al contrario parlavano volentieri dei loro modi di guarire altri tipi di disturbi; i pazienti e gli informatori mi hanno descritto le *controfatture* come apparati rituali molto scarni in cui il guaritore

si limita a recitare una formula a bassa voce e a consegnare un amuleto al soggetto colpito con l'indicazione che dovrà portarlo sempre con sé, talvolta il guaritore indica con precisione il responsabile della *fattura* ma altre volte si limita ad una indicazione più generica. Il profondo processo di trasformazione culturale in atto in quest'area comporta un mutamento anche delle credenze tradizionali ancora attive; così, ad esempio, la credenza nella *fattura* rimane particolarmente viva come sospetto o convinzione che sia all'origine di situazioni di malessere individuale o di difficoltà relazionali, ma di fatto non è più riscontrabile una precisa credenza nella *fattura d'amore* e nella *fattura a morte*. Se si indaga sul motivo per cui il ricorso alle pratiche magiche non è più così vivo come in passato vengono date spiegazioni generiche legate al cambiamento di tempi e di mentalità; una informatrice però fornisce una interessante motivazione sulla quale vale la pena di riflettere: secondo costei non si va più dai *maoni* perché «oggi c'è il telefono, uno potrebbe telefonare a un *maone* e nessuno ne saprebbe niente, mentre prima uno doveva per forza andarci così gli altri ti vedevano e sapevano cosa stava succedendo». Dunque venendo meno la possibilità di controllo comunitario sul ricorso a tali pratiche, che riguardano aree particolarmente pericolose non solo per il singolo ma per l'intero equilibrio comunitario, viene meno anche la possibilità di utilizzarle, o meglio si potrebbe dire che viene meno il vantaggio comunitario di utilizzarle.

L'incapacità attuale del modello magico tradizionale – strutturato secondo *fatture* e *controfatture* – di rispondere esaustivamente alle necessità di protezione e di reintegrazione psicologica della comunità apre una breccia tra il sistema di *spiegazioni* magiche e l'apparato di *pratiche* magiche. Il modello culturale magico mentre viene apertamente sanzionato dal punto di vista sociale, bollato da molti come spia di arretratezza e di ignoranza, viene poi recuperato nel momento del bisogno: ne viene fatto cioè un peculiare uso psicologico, individuale e collettivo, in quanto strategia culturale di risposta al malessere psichico e alle difficoltà relazionali. Nel momento in cui la condizione interiore o interpersonale eccede le capacità (interiori e culturali) di interpretazione attraverso strumenti "ordinari" riemerge il substrato magico, magari negato come presenza culturale in condizioni di benessere. Si fa appello al codice culturale tradizionale come estrema risorsa interpretativa di fronte al duplice rischio del panico cognitivo e dell'impotenza operativa, rischi che proprio per il processo di trasformazione culturale in atto, con le sue conseguenze di malessere individuale e di insufficienza delle agenzie sociali, sono condivisi dal singolo e dalla collettività. Nei momenti critici dell'esistenza viene

sperimentata tutta la precarietà di un'adesione superficiale ai codici culturali moderni.

Se cerchiamo di comprendere da cosa sia condizionata la maggiore o minore efficacia di un modello culturale, e delle pratiche ad esso connesse, in quanto meccanismo di reintegrazione psicologica, possiamo certamente individuare uno dei livelli di efficacia nella coerenza culturale, nell'isomorfismo antropologico per così dire, tra modalità di strutturazione del malessere e modalità di risposta terapeutica. Ciò rimanda, naturalmente, all'appartenenza culturale del soggetto, riconoscibile nelle sue possibilità espressive, nei suoi conflitti "tipici", nelle sue specifiche necessità di cura.

In un certo senso potremmo dire che questo è il livello di efficacia "tipico" dei modelli magici tradizionali, ma nella particolare condizione di trasformazione culturale che investe questo territorio, che si riflette in maniera massiccia nelle modalità di rapporto interpersonale e nei percorsi individuali di costruzione dell'interiorità e della soggettività, si rende evidente anche un altro livello, meno "tipico" in un certo senso, più eterodosso ed idiosincrasico, per così dire, che appare legato alla possibilità individuale di controllare tensioni conflittuali e di fornire una "forma" manipolabile ad aree affettive solitamente interdette o pericolose. Ad esempio il valore nella credenza magica della *fattura*, anche al di fuori del ricorso alle pratiche di liberazione controfatturale, veniva individuato da un paziente nel fatto che in tal modo «si può scaricare l'odio senza sporcarsi le mani». Il codice culturale tradizionale si ritrova ad offrire così una singolare "risoluzione" alla pressione dei sentimenti ostili, la quale evita laceranti lasciti di colpa.

Una ulteriore riflessione si impone sui nuclei di tensione sociale ed interpersonale – oltreché intrapsichica – che l'ideologia magica tenta di controllare. La solidarietà familiare allargata ha costituito da sempre la base dell'assetto sociale e degli stili psicoaffettivi in queste aree geografiche; alla modificazione di tali equilibri all'interno di nuclei familiari che sempre più si restringono non sembra ancora corrispondere la capacità di dominare in modo più congruo le tensioni conflittuali che emergono.

In tal senso utilizzare l'ideologia magica della *fattura* può servire a "nominare" il conflitto intrafamiliare (quando il responsabile della *fattura* è individuato in un parente stretto) – e dunque anche a delimitarlo, ad arginarne gli effetti disgreganti – d'altro canto però ne impedisce una effettiva risoluzione perché lo stesso conflitto evocato eccede di troppo le capacità del modello culturale originario. Uno dei livelli di efficacia originari, infatti,

risultava legato al rafforzamento della coesione affettiva del piccolo gruppo legato da vincoli di parentela per allontanare e spostare all'esterno le spinte aggressive ed ostili. Attualmente invece tale configurazione culturale tende più a stabilizzare una particolare modalità di compenso psicologico, che a fornire una "tecnica" risolutiva rispetto a specifici episodi di disagio, rispetto a congiunture critiche della presenza, per dirla con de Martino.

L'ideologia della *fattura* continua ad affondare le sue radici nella coppia oppositiva Solidarietà/ Invidia e nelle "dorsali" psichiche loro associate, che risultano ancora oggi centrali per le comunità oggetto della ricerca, ma tale ideologia non attiva più un circuito operativo sperimentato ed efficace, sembra trasformarsi piuttosto in una sorta di vera e propria "forma" del rapporto interpersonale che, non appena si apre su aree conflittuali, espone al rischio dell'influsso malefico.

Tale serie di riflessioni può rivelarsi di cruciale importanza nella costruzione di una relazione terapeutica poiché spesso risulta indispensabile utilizzare anche il piano della credenza tradizionale – così "mobile" dal punto di vista psicologico in seguito al processo di mutamento antropologico – quale area di ristrutturazione di significati e di riconoscimento di esperienze affettive, allo scopo di riavviare quel processo di metaforizzazione dell'interiorità che risulta psichicamente indispensabile.

Benedizioni ed esorcismi: alcuni aspetti "terapeutici" (6)

Il complesso di pratiche che rivestono funzioni terapeutiche svolte da alcuni rappresentanti del clero locale comprende sia benedizioni che esorcismi. Vale la pena di sottolineare che tali pratiche sono esplicitamente identificate e valorizzate nel nostro territorio di indagine proprio per la loro funzione terapeutica.

Sia le benedizioni che gli esorcismi sono azioni sacramentali, che agiscono grazie alle virtù delle preghiere della Chiesa e all'uso che ne viene fatto (*ex opere operantis*). L'azione sacramentale non appare limitata da rigide cornici rituali, ciò tenderà a determinare *nel e attraverso* l'uso di tali pratiche benedizionali ed esorcistiche uno spazio di libertà (e, per certi versi, di trasgressione) in cui il sacerdote ed il fedele potranno muoversi in modo eccezionale rispetto agli abituali codici rituali della liturgia ecclesiastica (De Micco V. - Ferraiuolo A. 1998).

Se la dottrina individua dei confini formali tra preghiere di benedizione ed esorcismi, l'indagine etnografica invece ne ha messo in rilievo le am-

biguità; risulta infatti difficile distinguere nella concreta operatività di questi religiosi la pratica esorcistica da quella benedizionale *strictu sensu*. Anzi si ha la sensazione che spesso tale distinzione venga riproposta dai religiosi incontrati solo al fine di un rispetto, anch'esso formale, della gerarchia ecclesiastica: per svolgere esorcismi occorre infatti una specifica autorizzazione vescovile, che non è invece prevista per impartire benedizioni. La difficoltà ad isolare l'esorcismo maggiore dalle benedizioni è dovuta al fatto che non è agevolmente individuabile una precisa cornice rituale. Questa oscillazione della cornice rituale è confermata anche dal fatto che non è stato possibile riscontrarne una versione univoca tra i vari preti esorcisti presenti nell'area di ricerca. Sarà opportuno sottolineare quanto questa situazione discordi da quella descritta in altre ricerche sull'argomento (in particolare, Talamonti A. 1991, 1998), forse proprio perché queste ultime prendevano in esame il mondo ufficiale dell'esorcismo cattolico, mentre nel nostro caso si tratta di un arcipelago di pratiche, al limite dell'eterodossia rispetto alla dottrina ecclesiastica, sebbene i religiosi intervistati si sforzino in ogni modo di sottolineare la liceità dottrinaria, per così dire, del loro operato. Tollerati con maggiore o minore favore a seconda delle singole situazioni dalle gerarchie ecclesiastiche locali, essi godono di un largo seguito popolare e sono apertamente accreditati in quanto risolvono situazioni di disagio e di "malattia". Per motivi di spazio non mi soffermerò sulla descrizione dello svolgimento del rituale (per il quale si rimanda a De Micco V. - Ferraiuolo A. 1988), ma cercherò di mettere a fuoco in particolare quegli aspetti che si rivelano più importanti, nella percezione degli attori sociali coinvolti, nel superamento dello stato di malessere e di difficoltà.

Il modo in cui l'esorcismo veniva condotto sembrava dipendere molto più dallo "stile personale" dell'esorcista che da un preciso codice rituale. Ai diversi modi di interpretare il ruolo di esorcista corrispondono diversi modi di interpretare il ruolo di posseduto. Queste diverse modalità di interpretare i ruoli di esorcista e posseduto si accompagnano anche ad una diversa consapevolezza delle valenze terapeutiche che vi sono connesse. È possibile individuare una stretta correlazione tra definizione della cornice rituale e identificazione col ruolo ritualizzato. Negli esorcismi caratterizzati da una cornice rituale più salda, con una chiara e forte distinzione tra momento rituale e condizione normale, con l'uso costante di oggetti simbolici quali l'acqua benedetta, l'olio santo e il crocifisso – in definitiva con un apparato rituale più ricco – il rapporto tra esorcista e posseduto è caratterizzato da un violento antagonismo, si tratta quasi di un corpo a corpo, con un che di teatrale e di "apocalittico", per usare l'espressione di uno

degli esorcisti intervistati, in cui lo scopo principale è quello di sconfiggere il demonio. La persona posseduta appare del tutto cancellata, del tutto assorbita nel suo ruolo rituale caratterizzato da una evidente ed assoluta avversione per il sacro, pertanto nei suoi confronti l'esorcista non può essere che implacabile e spietato. Negli esorcismi privi di una salda cornice rituale, con un apparato rituale scarno che non prevede ad esempio l'uso di nessun oggetto simbolico, in cui quindi si effettua solo la preghiera per la liberazione del posseduto, il rapporto tra esorcista e posseduto appare improntato ad un maggiore atteggiamento di comprensione, con un tono più "intimistico", è più chiara la sua valenza terapeutica poiché il suo scopo principale è quello di aiutare la persona che soffre. In questo caso la persona posseduta non è totalmente assorbita nel suo ruolo rituale, si ha comunque a che fare con una persona che soffre oltre che con una presenza demoniaca, da ciò deriva l'atteggiamento più comprensivo dell'esorcista. Costante rimane in tutti gli esorcismi osservati l'interrogatorio al demonio con la richiesta di dichiarare il suo nome e il momento preciso in cui abbandonerà il corpo del posseduto. Ed è proprio questo momento dialogante con l'alterità sceneggiato nel codice rituale – culmine del resto del processo identificativo tra posseduto e presenza demoniaca (TALAMONTI A. 1998) – che riveste probabilmente un grande significato terapeutico.

La ricerca sul campo ha dunque permesso di osservare un vasto spettro di pratiche rituali che vanno dalla generica preghiera di benedizione a rituali più specificamente esorcistici, in cui è possibile individuare *una dialettica tra ritualità e relazionalità*. Il percorso "terapeutico" del posseduto appare svolgersi attraverso una progressiva riduzione dello spazio narrativo individuale, in definitiva dello spazio relazionale, per andare verso una riconferma della cornice rituale, seppure di una cornice rituale caratterizzata da un elevato grado di variabilità. Ciò consente di riaffermare l'esemplarità dell'itinerario del fedele/posseduto, il quale si configura come un vero e proprio rinnovato itinerario di conversione. I fedeli intervistati tendono a confermare nei loro racconti personali tale itinerario esemplare. La loro struttura retorica li rende estremamente persuasivi e sembrano costruiti apposta per convincere gli scettici. Gli intervistati raccontano infatti di non essere mai stati molto devoti e di avere anzi sempre considerato con una certa perplessità alcune manifestazioni estreme di devozione, poi hanno cominciato ad avere dei problemi sul lavoro, oppure in famiglia, degli strani malesseri fisici o improvvisi cambiamenti d'umore, delle inspiegabili tristezze oppure sentimenti di insofferenza e di astio immotivati nei confronti dei familiari, e così via. Hanno cercato di risolverli andando dal medico o dallo psicologo ma senza ottenere alcun risultato. Visto che le

loro difficoltà persistevano hanno addirittura cominciato a pensare a cose strane come magia nera e fatture, poi qualche amico o un parente hanno parlato loro del prete esorcista e li hanno convinti a consultarlo. Pur rimanendo un po' riluttanti e increduli si sono decisi a recarsi dall'esorcista, e già dopo il primo incontro e la preghiera di benedizione si sono sentiti sollevati ed hanno avvertito una netta sensazione di miglioramento. Hanno capito quindi, grazie all'esorcista, di essere vittime di influssi demoniaci ed hanno continuato a sottoporsi regolarmente alle preghiere di benedizione. Questa esperienza ha soprattutto fatto capire loro l'importanza di recuperare il rapporto con la fede e con la Chiesa.

Da un momento iniziale in cui il prete esorcista raccoglie le "confidenze" *del* sofferente (in genere durante il primo incontro prima di sottoporre il richiedente alla preghiera di liberazione questi espone brevemente il suo problema e viene raccolta qualche notizia sul suo passato e sulla sua situazione familiare), si passa ad effettuare solo la preghiera di benedizione o l'esorcismo *sul* fedele/posseduto, mentre l'intera trama conflittuale che questi viveva viene totalmente riassorbita sul piano antagonistico esemplare della lotta col diavolo. Se questo è il funzionamento generale che è possibile descrivere, esistono poi delle differenze legate, come sottolineavamo prima, alla variabile identificazione col ruolo ritualizzato di esorcista e di posseduto, più aumenta l'identificazione col ruolo più diminuisce la possibilità di mettere in gioco chiare istanze personali. Ogni sacerdote, grazie agli spazi di libertà (e di ambiguità) insiti nel sacramentale, può costruirsi un vero e proprio stile personale con cui strutturare e rappresentare tale dialettica tra relazionalità e ritualità. Del resto il fedele può usufruire di questi spazi come luogo di ristrutturazione di significati e di esperienze interiori. Da questo punto di vista lo spazio di ambiguità descritto lungi dall'essere un limite o un difetto è apparso sempre di più come una condizione necessaria che va, anzi, assolutamente garantita. Tale dialettica tra ritualità e relazionalità consente di esprimere istanze personali entro e attraverso il codice rituale, queste istanze si possono rendere più o meno riconoscibili a seconda dei diversi "stili" rituali, se così si può dire, e della "intensità" di identificazione con i ruoli di esorcista e di posseduto che questi comportano. Nei casi in cui la cornice rituale è più salda e presenta un apparato rituale più ricco e preciso, cui si accompagna una maggiore identificazione coi ruoli rituali, tutti i sentimenti aggressivi ed ostili sono rivolti all'esorcista, a dio e ai santi, sono quindi completamente riassorbiti nell'orizzonte mitico-rituale. Laddove invece la cornice rituale è meno salda, con un apparato rituale scarno e minore identificazione coi ruoli, i sentimenti ostili possono anche essere improvvisamente indirizzati verso

gli accompagnatori o gli astanti: ad esempio una posseduta durante l'esorcismo si rivolge all'improvviso al marito lì presente gridandogli «ti odio!» Pur non dubitando mai della realtà della presenza demoniaca e della necessità di combatterla con le armi della fede, in questo caso le istanze personali diventano più trasparenti e si scava uno spazio individuale nelle intercapedini dello spazio rituale. Questo spazio individuale è letteralmente lo spazio dell'inconfessabile. Un esempio può essere di aiuto: uno dei preti esorcisti intervistati dichiara che alla base di alcune possessioni può esserci un segreto che ci si porta dentro da anni, ad esempio un aborto che non si è mai riusciti a confessare. Ma l'aborto per un cattolico è un peccato tipicamente inconfessabile, perché non ne è prevista l'assoluzione [7], voglio dire che appunto lo spazio rituale in cui sarà possibile portare questo gravoso contenuto individuale, carico di colpa, non è quello "ordinario" e strettamente regolato della confessione, ma quello "straordinario", più libero e trasgressivo, dell'esorcismo, per accedere al quale bisogna essere posseduti.

I fedeli che ricorrono a tali pratiche appartengono a tutti i ceti sociali, molto rappresentata è la piccolo-media borghesia, molti provengono dai centri urbani vicini, in cui attualmente è più difficile trovare preti che effettuino esorcismi, forse a causa di un più diretto controllo vescovile. Sono parecchi i giovani, anche con un'alta scolarizzazione, che si rivolgono agli esorcisti; vi è una certa prevalenza femminile, ma gli uomini dell'entourage familiare partecipano attivamente e condividono pienamente il clima emotivo dell'esorcismo e il modello esplicativo della possessione diabolica.

Come già segnalato (De Micco V. - Ferraiuolo A. 1998) risulta indispensabile mettere in evidenza la contiguità esistente tra le pratiche testé descritte e il substrato di credenze magiche particolarmente attivo in questo territorio. Come abbiamo visto spesso il primo passo, da parte dei fedeli, verso una spiegazione alternativa (non medicalizzata) del proprio stato di malessere va nella direzione dei guaritori magici, per ricorrere solo in un secondo momento al religioso-terapeuta. D'altro canto il religioso stesso tende a confermare l'eziologia magica del malessere, salvo poi farla rientrare nella molteplicità di modi con cui il diabolico attenta alla salute/salvezza del credente. Tale conferma dei sospetti magici dell'utente da parte del religioso investito di potere ed autorità costituisce per l'individuo sofferente un poderoso strumento di rassicurazione. Da un lato il religioso non nega – come farebbe probabilmente un rappresentante dell'istituzione medica ufficiale – la validità dell'ordine di spiegazioni magico, dall'altro viene offerta una serie di pratiche speri-

mentate ed efficaci (benedizionali ed esorcistiche) contro i rischi magici, in quanto emanano da un potere superiore, quello divino, che pur essendo, in un certo senso, strutturalmente analogo a quello magico (almeno dal punto di vista di un sapere razionalistico-scientifico) rispetto a quest'ultimo appare legittimamente utilizzabile e perciò sicuro apportatore di salute (De Micco V. - Ferraiuolo A. 1998: 101).

Come si vede nell'indagine risultano in primo piano le pratiche esorcistico-benedizionali piuttosto che la figura culturale della possessione, si può dire infatti che tale figura culturale non sia penetrata in maniera sufficiente nell'area di ricerca. Questa situazione può apparire paradossale ma tenterò di spiegarla. La sequenza esplicativa ed operativa più seguita, sia dai fedeli/posseduti che dagli esorcisti, è quella secondo cui l'esorcismo libera in primo luogo dalla *fattura*, dall'influenza magica negativa effettuata da persone malevole, "negatività" che rappresenta una sorta di *pabulum* per la presenza demoniaca. L'idea della possessione demoniaca in realtà sembra entrare in gioco in un secondo momento, quasi per giustificare definitivamente il ricorso all'esorcismo, in fondo si presenta come risorsa culturale più "moderna" e legittimata rispetto all'atmosfera superstiziosa che circonda le pratiche magiche. Allo stesso tempo consente di recuperare gran parte dell'atmosfera emotiva e del sedimento simbolico depositati nelle credenze magiche, ma al riparo della legittimazione ecclesiastica, venendo a realizzare una sorta di sincretismo magico-religioso. Probabilmente è anche per questo che i modi di interpretare il ruolo di posseduto si plasmano su quello che abbiamo indicato come lo "stile personale" dell'esorcista. Poiché questa configurazione culturale non sembra appartenere al sapere tradizionale non c'è un preciso ed univoco modello cui uniformarsi, quindi risulta determinante l'influenza dell'interlocutore che ne possiede la cifra simbolica.

Pur condividendo quanto sostenuto da Pizza (Pizza G. 1996: 267-270), che non si possono appiattire tutti i complessi significati simbolici della possessione nell' "evidenza terapeutica", vorrei sottolineare come nel nostro caso non sia riscontrabile proprio quanto sostenuto da Olivier de Sardan, citato da Pizza, a proposito della possessione, secondo cui: «Non siamo né nell'universo della malattia né in quello della cura, bensì nel campo classico delle rappresentazioni collettive, nel vero senso del termine: poiché c'è spettacolo, che suppone una messa in scena ben costruita, cristallizzata, stabilita» (Olivier de Sardan J.P. 1994: 13). Nel nostro caso è proprio la messa in scena ben costruita e stabilizzata che manca, è proprio la "rappresentazione collettiva" che appare ancora in

una difficile fase di travaglio simbolico, in un certo senso. Si potrebbe dire che ci troviamo ancora in una fase di contrattualità del significato simbolico di tale configurazione culturale. Forse è proprio per questo che i significati "terapeutici" emergono in primo piano nella stessa percezione degli attori sociali coinvolti, sebbene ciò induca d'altra parte ad interrogarsi sulle poste in gioco "politiche" che tale "evidenza" probabilmente occulta.

Fino ad ora non ho riscontrato influenze ascrivibili a culti di possessione tradizionali, né esistono nella zona antichi culti legati a rituali di liberazione dalla possessione diabolica, come in altre aree meridionali (ad esempio in provincia di Salerno, a Campagna, il registro della colonna di S. Antonino, e a Serra San Bruno in Calabria). Si riconferma dunque quello "scollamento" tra sistemi di spiegazioni e sistemi di pratiche già evidenziato prima: l'estrema mobilità di queste configurazioni culturali contigue permette una parziale sovrapposizione tra livelli rappresentativi ed operativi. Si vengono quindi a creare cornici e figure rituali instabili e provvisorie, che appaiono caratterizzate da un elevato dinamismo interno e delle quali è difficile predire l'evoluzione.

La diffusione di questa configurazione culturale appare dunque abbastanza recente, ed appare legata anche alle dinamiche sociali che sottendono il processo di trasformazione culturale in atto in queste zone. Va infatti sottolineato come da parte del clero locale tale operazione di recupero delle credenze magiche sia funzionale al fine di riaffermare e sostanziare il potere divino e il potere dell'istituzione ecclesiastica. Questa operazione mentre consente di disciplinare una potenziale proliferazione incontrollata delle pratiche magiche, permette, contemporaneamente, di opporsi con rinnovato vigore alle pretese egemoniche del sapere medico-razionalistico e, soprattutto, a modalità relazionali interpersonali non più ispirate ai dettami della Chiesa.

Se ci si interroga sulle dinamiche sociali in gioco e sui sistemi di valori coinvolti, si ripropone dunque la centralità del profondo processo di mutamento socio-culturale che investe l'intera area di indagine. Tale processo porta con sé un profondo carico di malessere individuale che viene a costituirsi nei punti di frizione tra sistemi di valori antagonisti, i quali coinvolgono soprattutto i ruoli maschili e femminili, i comportamenti relativi alla sessualità, i modelli di riferimento della vita associata e delle relazioni interpersonali. Tali sistemi di valori però, nonostante il loro antagonismo, di fatto si presentano all'osservazione in un *continuum*. Uno dei più potenti livelli di efficacia delle pratiche benedizionali-esorcistiche descritte (De Micco V. - Ferraiuolo A. 1998), va dunque individuato nel-

la capacità di offrire uno spazio di *salvezza sociale* e dunque di *salute individuale*. Spazio che si configura solido perché poggia su un sistema di valori ricco ed articolato che indica con chiarezza come bisogna comportarsi rispetto ad alcune situazioni cruciali dell'esistenza ma, allo stesso tempo, sufficientemente "elastico" per accogliere ed "assolvere" alcune situazioni di fallimento individuale sul piano sociale. Ciò spinge a riflettere sulle pressioni patogene esercitate dall'imposizione di un sistema di valori che induce a giudicare indispensabile il raggiungimento di alcuni obiettivi sociali (laurea, realizzazione affettiva e sessuale, etc.) e sul difficile ed ineguale accesso agli strumenti che permettono effettivamente di conseguirli. Ecco perché se il sistema di valori egemonico sembra spesso richiedere "prestazioni" (interiori e sociali) che eccedono le capacità (interiori e sociali) del singolo, in un momento di crisi individuale si ricorre facilmente a questo vero e proprio ordine di ricomposizione. Ordine rappresentato dall'ideologia ecclesiastica ma *reso praticabile* solo grazie a quegli aspetti di libertà e di ambiguità, di fluidità dei significati interiori e dei valori sociali, messi in atto dal religioso-esorcista col suo ventaglio di pratiche benedizionali ed esorcistiche (De Micco V. - Ferraiuolo A. 1998: 103).

L'accostamento tra le "agenzie" terapeutiche esaminate (istituzioni mediche, guaritori tradizionali, preti esorcisti), risulta in un certo senso imposto dalla stessa ricerca sul campo. Le figure terapeutiche rimandano l'una all'altra, le persone sofferenti costruiscono infatti delle attive reti di collegamento attraverso i loro comportamenti di ricerca della salute. Dal punto di vista della funzione terapeutica tali figure, le loro pratiche ed i saperi che le sostengono debbono anzi essere confrontati, se si vuole realmente comprendere come aspetti sociali, caratteristiche individuali e modalità tecniche contribuiscano a produrre l'evento-guarigione, pur se sotto diverse forme e attraverso diverse vie.

Un caso "esemplare"

L'esposizione di casi clinici rappresenta una formula argomentativa peculiare in medicina, in cui registri dimostrativi e descrittivi si intrecciano con registri retorici e persuasivi. La sua particolarità è quella di cercare di coniugare la singolarità del caso col valore generale del procedimento clinico. Non si tratta però di un metodo induttivo, poiché la validità conoscitiva delle "forme" cliniche è stabilita a priori in virtù delle procedure scientifiche della biomedicina; il caso clinico si segnala

piuttosto per la sua *esemplarità*. È cioè un caso con uno straordinario valore predittivo per le sue caratteristiche qualitative e non quantitative, com'è ovvio. Queste peculiari modalità attraverso le quali la medicina costruisce e tramanda il suo sapere (mi limiterò a segnalare di sfuggita quanto sia ritenuta ancor oggi essenziale per la formazione del medico l'attenta valutazione del caso clinico) rivelano la vitalità di correnti extrascientifiche al suo interno, le quali sono addirittura essenziali per rendere operativo il suo sapere. L'esemplarità del caso clinico ripropone il modello retorico dell'*exemplum* medievale, il che introduce nel tessuto scientifico della biomedicina antiche suggestioni di cura per simpatia, di guarigioni raggiunte sul registro del *così come*: *come* è stata ottenuta la guarigione nel caso esemplare, *così* la si può ottenere nella situazione attuale.

Il fenomeno sociale ha, per contro, un immediato valore generale, è sempre un fatto sociale totale quello che si rispecchia nelle storie di vita raccolte dagli antropologi. Queste ultime sembrano muovere sempre da questa assunzione di totalità, dal tentativo di restituire la totalità culturale studiata. Tale obiettivo è perseguito attraverso un'operazione di mimetismo relazionale e linguistico. Naturalmente non è questa la sede nemmeno per accennare al vasto dibattito sullo statuto conoscitivo del lavoro etnografico, sul possibile valore esclusivamente narrativo del sapere dell'antropologo. Mi interessa qui evidenziare soltanto alcune differenze tra la procedura medica della raccolta dei casi e quella antropologica della raccolta delle storie di vita, per chiarire il tipo particolare di metodologia qui adottata.

I nostri casi – ne presenterò qui solo uno per ragioni di spazio – sono dei veri e propri casi clinico-antropologici, raccolti allo scopo di restituire due livelli di realtà complementari, o meglio, che si trovano in una situazione di *mise en abîme* [8], per così dire: la realtà psicologica che il soggetto vive e la realtà antropologica in cui opera. In tali casi è evidente la tensione esemplare delle storie (tipica della procedura clinica), come pure l'attitudine mimetica di chi le ha raccolte (tipica del metodo antropologico). Purtroppo temo anche che questa particolare modalità di descrizione dei casi possa generare una duplice insoddisfazione, potendo apparire troppo imprecisa e "suggestiva" agli psichiatri e, al contrario, troppo astratta e centrata sugli avvenimenti patologici agli antropologi. Del resto si tratta di una modalità ancora in evoluzione e che potrà essere messa a punto nel prosieguo della ricerca. Ho preferito comunque non esprimere valutazioni diagnostiche psichiatriche, perché l'attenzione è centrata sulla complessità e sulla

multiformità del tessuto antropologico in cui si inscrive la componente clinica.

Ho preferito adottare uno stile rapsodico, in un certo senso impressionistico, per cercare di restituire la vitalità e gli improvvisi scarti e spostamenti di livello tipici del racconto in presa diretta.

> Giorgio ha la sua prima esperienza di malessere a 19 anni, gli sembra che il mondo vada in frantumi ed è travolto da un'estrema angoscia, senza nessuna esitazione si rivolge a un noto prete esorcista della zona sostenuto in ciò dai genitori, il padre è professore di scuola media e la madre è casalinga, che partecipano attivamente alla sua preghiera. Alla fine di questa preghiera collettiva gli raccontano che una voce di donna è uscita da lui e ha detto: «scusatemi se sono entrata in questo giovane». Superato questo primo drammatico momento Giorgio incontra diverse volte l'esorcista che effettua delle preghiere e gli impone le mani su diverse parti del corpo. Giorgio avverte un calore interno che migra nel suo corpo quasi cercando di sfuggire alle mani dell'esorcista. Questi suggerisce che all'origine del suo male possa esserci una ragazza oppure qualcuno che gli abbia "fatto" qualcosa, ma il ragazzo sembra restio a raccogliere queste classiche "esche" magiche. L'esorcista insiste che dovrà comunque cercare di vomitare per eliminare quell'oscuro sedimento malefico che si porta dentro. Nel frattempo Giorgio è tormentato dal senso di colpa per aver fumato uno "spinello" in compagnia di amici. Lo spinello diventa la concreta rappresentazione di un indicibile sfondo di male e di colpa inconfessabile che Giorgio si porta dentro. Appare particolarmente adatto a materializzare fantasmi psicologici altrimenti irrappresentabili: la trasgressione e la colpa. Nell'idea dell'intossicazione il tema tradizionale della "sostanza" malefica viene rielaborato attraverso la rappresentazione moderna del male per eccellenza: la droga. Dopo ripetuti sforzi Giorgio vomita qualcosa che assomiglia a del tabacco masticato e si sente come liberato: il cerchio si chiude, il tabacco dello spinello che lo aveva intossicato, e che Giorgio aveva fumato per l'influenza negativa di cattivi compagni, era rimasto depositato nel suo corpo prolungando i suoi effetti nefasti, adesso è stato eliminato, materialmente eliminato, grazie alle preghiere dell'esorcista. Dopo questo episodio Giorgio cerca nuovi incontri con l'esorcista e tenta di trasformare il suo rapporto con lui, tenta di farne il suo consigliere spirituale, ma il prete si sottrae bruscamente alla sua esplicita richiesta, evidentemente ritiene esaurito il suo compito una volta che la presenza demoniaca è stata eliminata e ritiene impraticabile ogni altro tipo di rapporto. Giorgio ha poi cercato di instaurare questa relazione di fiducia e di sostegno, di cui sente evidentemente il bisogno, con un medico del servizio psichiatrico, cui si è rivolto in un secondo momento, dopo aver superato la fase acuta della sua crisi. Il medico non ha dato grande importanza all'esperienza con l'esorcista, sulla quale non ha cercato informazioni precise; è convinto che si sia trattato di un passo falso prima di intraprendere la strada maestra della terapia medica. In realtà Giorgio sembra aver gestito con grande disinvoltura il ricorso alle diverse modalità

terapeutiche a sua disposizione, ricorrendo all'esorcista nel momento della crisi acuta, superata brillantemente grazie alla massiccia solidarietà familiare che ha rapidamente sollecitato e alla mobilitazione di risorse rappresentative che gli hanno consentito di dare forma a sentimenti angosciosi ed inconfessabili. In un secondo tempo, di fronte all'incapacità dell'esorcista di fornire una risposta al suo bisogno di costruire un rapporto che lo sostenesse psicologicamente, Giorgio ha cambiato strada, decidendo di rivolgersi al servizio psichiatrico, dove ha trovato una efficace possibilità di sostegno in un rapporto che potrà forse offrirgli lo spazio e il tempo per far emergere in maniera più consapevole quei sentimenti angosciosi che sono alla base della crisi acuta.

Vorrei sottolineare come non si intenda affatto indicare, così, una sorta di gerarchia terapeutica, per cui la biomedicina interverrebbe dopo la "suggestione" magico-religiosa per affrontare le "vere" cause del disagio, dal momento che esistono fondati motivi per ritenere che gli strumenti della medicina ufficiale avrebbero risolto in maniera decisamente meno brillante la crisi acuta. Si vuole soltanto evidenziare come vengano costruiti dei personali itinerari di ricerca della salute a seconda delle diversificate risposte che di volta in volta si cercano.

Citerò ora un'esperienza che pur non avendo valore clinico risulta comunque significativa. Durante una riunione informale un'infermiera del servizio psichiatrico chiede con una curiosità apparentemente disinteressata se è vero che per impedire l'accesso alle streghe bisogna appendere allo stipite della porta un sacchetto pieno di sabbia oppure una scopa, in modo che la strega costretta a contare i granelli di sabbia o i fili di saggina sia occupata fino al mattino e non possa, così, disturbare chi dorme. La narrazione si carica rapidamente di tinte personali, finché, sollecitata dagli ascoltatori, racconta di aver ricevuto la notte precedente la visita di una *janara*, di aver sentito cioè durante il sonno una forte sensazione di peso sul corpo – talmente forte da toglierle il respiro e la volontà – mentre qualcuno le tirava i capelli, non poteva difendersi, non riusciva a voltarsi né ad aprire gli occhi e nemmeno a chiedere aiuto al marito che le dormiva accanto, non stava sognando ma non riusciva nemmeno a svegliarsi completamente, le sembrava di essere totalmente impotente. Nel complesso era stata un'esperienza molto angosciante, soprattutto perché per tutto il tempo aveva pensato sempre al bambino che dormiva accanto a lei nella culla, temendo che la strega potesse fargli del male mentre lei era incapace di proteggerlo. La confidenza dell'esperienza personale innesca il racconto di una serie di esperienze simili da parte degli ascoltatori, viene alla luce che alla vigilia di avvenimenti importanti oppure in periodi particolarmente difficili avevano ricevuto anche loro la visita di una *janara*. La possibilità di

ritrovarsi in una narrazione ed in una rappresentazione culturale condivisa, rafforzata dalla situazione di comunicazione collettiva, rende la "visita notturna della *janara"* un luogo comune, un *topos* culturale per raffigurare un'esperienza di angoscia. L'effetto di rassicurazione è immediato poiché si partecipa di un'esperienza condivisa, anche la stranezza e il carattere perturbante che l'accompagnavano si stemperano; nel racconto collettivo vengono precisati e fissati i caratteri che la renderanno riconoscibile in futuro. La qualità troppo privata dell'esperienza di angoscia la rende anche più difficile da tollerare e da gestire, attraverso questa operazione culturale invece proprio quel carattere troppo privato si perde, mentre si rafforza una costellazione pubblica di significati condivisi che legittima questa particolare modalità di elaborare un'esperienza estrema di disagio interiore.

Se si legge in filigrana il racconto della nostra protagonista, in apparenza del tutto privo di riferimenti personali, si capisce che c'è comunque in lei una forte preoccupazione per il figlio che sente di non potere proteggere e che il marito, pur dormendole accanto, sembra del tutto incapace di comprendere quello che le sta succedendo. Il *topos* della visita della *janara* le ha di fatto consentito di "mettere in scena" e di descrivere chiaramente anche quelli che sono probabilmente i motivi alla base delle sue sensazioni di angoscia, ma in modo che tali motivi, pur essendo evidenti e in un certo senso trasparenti, non occupassero il centro della scena. Più esattamente la formula rappresentativa tradizionale opera attivamente un decentramento, per cui il *focus* si sposta dalla persona con i suoi problemi quotidiani alla vicenda mitica della strega con i rischi tradizionali che questa comporta. Questo effetto delle rappresentazioni culturali collettivamente condivise – in cui si può individuare il "lavoro della cultura" – permette di alleggerire il carico psicologico individuale, sia perché quasi sempre i motivi alla base dei sentimenti di malessere e di angoscia non possono essere espressi in maniera diretta, nemmeno a se stessi, sia perché è di fondamentale importanza riuscire a ridurre l'isolamento che spesso si accompagna all'esperienza di disagio interiore.

Certo non le si può considerare delle soluzioni stabili a concreti problemi personali, ma la possibilità così offerta di ridurre l'ansia e l'angoscia legate a situazioni personali conflittuali consente, in fondo, di affrontare queste ultime con maggiore lucidità. E, del resto, va comunque considerata l'incapacità di riuscire ad esprimere in altro modo tali momenti critici dell'esistenza individuale, anche questa mancanza di strumenti individuali e collettivi per rappresentare in maniera più

congrua una conflittualità in un certo senso più "moderna" dovrà diventare oggetto di indagine piuttosto che motivo di una facile stigmatizzazione.

Procedimenti metaforici, dispositivi narrativi e meccanismi di guarigione

Ho più volte sottolineato come il processo di metaforizzazione dell'interiorità risulti psichicamente indispensabile [9], e come la possibilità di riattivare questo processo rivesta un cruciale ruolo terapeutico. Ciò è stato riconosciuto da tempo in ambito psicologico-psichiatrico, mi riferisco qui in particolare al famoso psicoanalista inglese Donald Winnicott e all'uso che egli fa di queste nozioni. Uno degli obiettivi specifici di questa indagine consiste però nell'analizzare le modalità e le strategie *culturali* che consentono di riavviare questo processo di metaforizzazione dell'interiorità che risulta *psichicamente* indispensabile. Ritengo infatti che tali dispositivi culturali possano contribuire in maniera decisiva alla definizione e alla descrizione di quelli che abbiamo indicato come i motivi antropologici dell'efficacia terapeutica.

I propri processi "interni", la propria realtà psicologica, diventano infatti percepibili come tali solo se vengono fissati in un codice simbolico linguistico, ovverosia acquistano un senso ed un significato solo in un contesto intersoggettivo ed entro un ordine culturale. Sentimenti, pensieri, fantasie hanno sempre un valore relazionale ed una strutturazione culturale. Il proprio modo di pensarsi e di rappresentarsi, nonché di esprimersi, viene reso possibile sempre attraverso il linguaggio ed attraverso un ordine simbolico (De Micco V. 1996) . Del resto lo stesso confine tra interno ed esterno, la delimitazione tra ciò che è pubblico e ciò che appartiene al privato, sono definiti culturalmente ed anzi rappresentano l'inaugurazione elementare dell'ordine culturale.

La possibilità di percepire come separate la *realtà* interna e la realtà esterna è assicurata del resto solo da un lungo processo maturativo, in cui riveste un ruolo fondamentale l'atteggiamento materno e più in generale dell'ambiente circostante. Ovviamente lo stesso atteggiamento della madre nell'accudire il bambino subisce notevoli influssi culturali, ciò può comportare differenti modalità di situare questo confine tra interno ed esterno e di organizzare la realtà interna e la realtà esterna, ma è possibile rintracciare un'influenza ancora più profonda attraverso la quale l'esperienza culturale "plasma" l'interiorità psichica.

Prima ancora che il bambino piccolo possa percepire e concepire la madre come separata da sé e, dunque, percepirsi e concepirsi come indipendente e reale, deve attraversare un'area di importanza cruciale per il suo sviluppo: l'area che Winnicott chiama dei fenomeni transizionali. Tali fenomeni sono concepiti come *psichicamente* intermedi fra il me e il non-me: fanno parte del mondo esterno, hanno una loro realtà sensoriale, percepibile anche dagli altri, ma sono vissuti ed usati dal bambino come una sorta di estensione (poi come una materializzazione simbolica e infine come una metaforizzazione psichica) del proprio sé. Il principale fenomeno transizionale è rappresentato dal gioco, che si espande poi nell'attività di simbolizzazione e nell'esperienza culturale. Quest'ultima viene quindi posta da Winnicott in un'area che fonda l'interiorità stessa, in una regione che rende in generale possibile percepire e concepire la propria interiorità. Solo un'esperienza soddisfacente dei fenomeni transizionali potrà poi consentire di dispiegare un'esistenza creativa e di sentirsi vivi e reali. È per questo che il processo di metaforizzazione interiore risulta indispensabile, perché la realtà interna non è percepibile né concepibile al di fuori di un'attività creativa che produce simboli e metafore. Questa stessa capacità creativa costituisce la prova che il bambino ha ricevuto dal suo ambiente *affettivo* e *culturale* gli strumenti *emotivi* e *simbolici* necessari per costruire la sua interiorità (De Micco V. 1999).

Si può dire dunque che l'interiorità esiste solo se viene comunicata, se si vive in un "mondo comune". Senza un sistema di rappresentazioni intersoggettivamente validato non è possibile parlare dell'interiorità, né "operare" su di essa, in fondo è come se l'interiorità non esistesse nemmeno al di fuori del suo sistema di rappresentazioni.

Se l'interiorità in sé non è afferrabile, diventa essenziale riuscire a metaforizzarla, ovverosia a designarla attraverso una rappresentazione, "inventando" una similitudine ed una serie di simboli e formule pertinenti. Nel fare ciò si opera sempre uno spostamento di significato ovvero una nuova creazione di significato, il che rappresenta l'attività per eccellenza della psiche e della cultura intese come "macchine semantiche". Il momento critico dell'arresto della capacità individuale di produrre significato a partire dalla propria esperienza è vissuto come malessere e disagio, come crollo della possibilità di stare al mondo. L'intervento delle risorse simboliche fornite dalla cultura intende preservare la possibilità di produrre significati sia per il singolo che per il gruppo sociale. Tali metafore fanno da ponte tra esperienza personale e collettiva del dolore, secondo Kirmayer (Kirmayer L. 1993) addirittura tra esperienze di tipo corporeo ed esperienze propriamente sociali condensate nella memoria mitica, con-

sentendo di rielaborare i motivi dolorosi in costellazioni pubblicamente accettate di significati e di simboli.

Questo ci fa capire come una situazione di profonda trasformazione del sistema di riferimento culturale, come quella che sta conoscendo la nostra area di indagine, sia gravida di conseguenze per l'equilibrio psicologico dei singoli e per la "tenuta" delle relazioni intersoggettive. Essa rende più incerti i percorsi di soggettivazione e di conseguenza appare più precario il senso di identità soggettiva.

Dunque la cultura fornisce un sistema simbolico che risulta strutturante per l'interiorità, e offre una serie di rappresentazioni che consentono di superare il panico cognitivo e l'impotenza operativa suscitati dai momenti critici dell'esistenza. Queste rappresentazioni mettono in relazione un piano cognitivo, strutturato secondo cause ed effetti, e un piano di pratiche sociali, animato da bisogni e risposte. La configurazione culturale infatti deve contemporaneamente spiegare l'evento secondo un coerente ordine ideologico e indicare come agire in maniera "tecnicamente" efficace: così la malattia, la *fattura* e la possessione una volta evocate permettono di comprendere cosa sta accadendo e di operare in maniera efficace. Naturalmente lo spazio di efficacia, come tutti gli spazi di contrattualità sociale, non è assoluto; nel nostro caso poi il rischio di non riuscire è ancora maggiore perché tali metafore tentano di catturare dimensioni sociali e psicologiche che sono altamente conflittuali. La risoluzione del malessere, com'è di osservazione comune, non è certa e può non essere permanente, può risolversi nella creazione di una nicchia sociale, al cui riparo si possono tollerare comportamenti parzialmente devianti, oppure può portare alla stabilizzazione di un rapporto con le figure terapeutiche che non si riuscirà più ad interrompere.

Abbiamo già segnalato in precedenza come la metafora offra lo spazio per la comunicazione, in un certo senso lo definisca e lo "orienti". Ho riscontrato come molto spesso quando si tenta di definire con precisione i meccanismi attraverso i quali il maleficio, la possessione o la stessa malattia agiscono, il livello di ambiguità e di aleatorietà delle risposte fornite dagli attori sociali aumenta, così pure quando si cerca di descrivere accuratamente gli eventi che entrano in gioco ci si trova di fronte ad una allusività crescente. Questa ambiguità ed allusività costituiscono in realtà una caratteristica essenziale del funzionamento di quelle che abbiamo indicato come "metafore dell'interiorità sofferente", questa sorta di mobilità interna fornisce la possibilità di operare spostamenti di significati, scorrimenti di piani emotivi, che corrispondono alla necessità di inserire elementi di dinamismo, letteralmente di movimento, nelle prospettive

cognitivo-emotive della persona sofferente, la quale molto spesso è esattamente paralizzata nella sua situazione di difficoltà. A questo ci si riferisce con la nozione di processo di metaforizzazione, che risponde alla necessità di "portare" la persona sofferente "oltre" (*meta-phérein*) la situazione attuale, ovvero alla capacità di riformulare e ristrutturare attraverso dei significati traslati, culturalmente condivisi e legittimati, la propria condizione interiore.

Se l'uso della configurazione culturale si rivela efficace consentirà poi di costruire una narrazione sulla propria condizione di malessere. Queste narrazioni si svolgono lungo trame narrative culturalmente connotate, in cui vengono messi in scena anche un sistema di valori ed una storia di appartenenza culturale, che si rinnovano e si riaffermano durante la narrazione. Lo spazio narrativo non va inteso come uno spazio espressivo completamente libero e spontaneo, al contrario il dispositivo narrativo dispiega la sua valenza terapeutica nel conferire all'esperienza emotiva una particolare strutturazione, in quanto, svolgendosi secondo schemi narrativi culturalmente connotati, fa sì che gli affetti in gioco e le emozioni suscitate si manifestino già catturati in una rappresentazione, già ordinati in uno sviluppo narrativo, e perciò disponibili ad un senso. Questi *pattern* narrativi possono permettere il riconoscimento di esperienze affettive angosciose proprio grazie al fatto che le spostano immediatamente su di un piano traslato e che le immettono immediatamente in uno svolgimento risolutivo. Il processo di cura dunque avviene *entro* e *attraverso* un universo simbolico-linguistico.

Metafore e narrazioni costituiscono una sorta di interfaccia tra la necessità collettiva (culturale) di "controllare" eventi sociali attribuendo loro una posizione in un ordine di relazioni ed un ruolo in un sistema di pratiche, ed il bisogno individuale (psichico) di "dare forma" ad esperienze personali. La possibilità di dare forma culturale ad esperienze interiori angosciose, ancor più terrorizzanti quando rimangono non raffigurabili e del tutto non comprensibili, «offre una prospettiva per immaginare, ascoltare e guardare ciò per cui si è senza immaginazione, sordi, ciechi, e che tuttavia chiede perentoriamente di essere immaginato, ascoltato, visto» (DE MARTINO E. 1961: 63).

La cultura stessa del resto, come noto, non è un sistema coerente e pacificato, chiuso ed autosufficiente, ma conosce al suo interno istanze contrastanti e conflittuali, le quali, d'altra parte, assicurano il dinamismo del sistema culturale stesso, che deve possedere, accanto ad un livello di stabilità, anche un certo grado di flessibilità per recepire le nuove istanze emergenti. Dunque l'universo simbolico-culturale in cui il soggetto è

immerso è già attraversato da tensioni conflittuali. Come abbiamo visto questo universo risulta strutturante per l'interiorità attraverso la concretezza emotiva delle relazioni precoci del soggetto; si viene così a costituire un vero e proprio *sistema simbolico-relazionale* – in cui il soggetto vive e sul quale plasmerà il proprio "interno" – che è portatore di specifiche "rappresentazioni del conflitto". Queste ultime sono espressione di istanze personali conflittuali *e* di forze contrastanti presenti all'interno del campo culturale, nondimeno esigono una risoluzione in grado di confermare l'ordine culturale che esse stesse mettono in discussione. Da ciò deriva l'ambiguità costitutiva delle metafore dell'interiorità sofferente, le quali rappresentano luoghi di elaborazione conflittuale di problematiche individuali e sociali. Il loro valore terapeutico è almeno ugualmente distribuito tra la possibilità di avere uno spazio in cui esprimere istanze "vietate", che il soggetto stesso avverte come vietate, e la sicurezza di poterle controllare attraverso un dispositivo culturale che rimette ordine nel proprio "interno".

Come si vede le tre cornici terapeutiche individuate sono state in questa fase esaminate "alla pari", per così dire, nella convinzione che la dimensione psico-antropologica qui descritta le accomuni e che buona parte della loro efficacia dipenda dalla capacità di attivare i meccanismi di guarigione qui discussi. In ultima analisi questi consentono – e in un certo senso vi costringono – di collocarsi in una trama relazionale in cui esperienze individuali e rapporti interpersonali sono intessuti secondo un ordito socioculturale. È questa dimensione comune che consente i passaggi e gli scambi tra le tre configurazioni culturali descritte che abbiamo visto all'opera nel resoconto dei casi. Ed è proprio su questa dimensione comune che dobbiamo continuare ad interrogarci come ricercatori e terapeuti.

Note

(1) Vedi, su tale culto terapeutico, studiato da Giuseppe Cardamone e Pino Schirripa, in particolare Cardamone G. - Schirripa P. 1990.

(2) Vedi, a tale proposito, Stengers I. 1996 [1995].

(3) Si tratta di una caratteristica, quella dell'ambivalenza, della sostanza che può donare la guarigione ma anche dare la morte, in cui, del resto, il *pharmakon* riscopre la sua ambivalenza originaria in quanto rimedio con valenze magico-esoteriche, anzi potente proprio in virtù di queste.

(4) Cfr. a tale proposito la posizione di Sontag S. 1992 [1977], la quale invece sostiene che l'apparato metaforico accompagna la malattia soltanto fintantoché non diventano perfettamente chiari e padroneggiabili i suoi meccanismi etiopatogenetici e di conseguenza la sua terapia.

(5) Cfr., su tale aspetto, Seppilli T. (curatore) 1989.

(6) Tale parte della ricerca è stata svolta in collaborazione con Augusto Ferraiuolo (De Micco V. - Ferraiuolo A. 1998).

(7) Attualmente però, in alcuni casi specifici, il sacerdote può dare l'assoluzione, mentre fino a poco tempo fa ciò era impossibile.

(8) Con questa espressione, come si ricorderà, André Gide indicava una visione in profondità, come quando, in araldica, si ha la raffigurazione di uno scudo contenente a sua volta un altro scudo e così via, o come in letteratura gli esempi di teatro nel teatro, di racconto nel racconto. L'"abisso" può essere considerato una sequenza-modello che riproduce su scala ridotta l'intera vicenda. Tale espressione viene qui utilizzata per indicare quella sorta di reduplicazione speculare che si può individuare tra realtà psicologica e realtà antropologica, in cui la realtà psicologica può essere considerata come una sequenza-modello che riproduce su scala ridotta l'intero milieu antropologico.

(9) Cfr., a tale proposito, Winnicott D. W. 1974 [1971]; vedi inoltre Nathan T. 1990 [1986].

Bibliografia

Augé Marc - Herzlich Claudine (curatori) (1986 [1984]), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia,* ediz. italiana a cura di Francesco Maiello, traduz. dal francese di Annick Wouters - Lietta Ferri, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris, 1984].

Cardamone Giuseppe - Schirripa Pino (1990), *Lo scoglio e la salvezza: un culto terapeutico in Calabria*, "Daedalus", n. 4, gennaio-giugno 1990, pp.127-145.

Charuty Giordana (1992), *Anthropologie e psychanalyse. Le dialogue inachevé*, pp. 75-115, in Althabe Gérard - Fabre Daniel - Lenclud Gérard (curatori), *Vers une ethnologie du présent*, Éditions de la Maison de Sciences de l'Homme, Paris.

Corin Ellen - Bibeau Gilles - Martin Jean-Claude - Laplante Robert (1990), *Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale,* Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.

De Certeau Michel (1970), *La possession de Loudun*, Gallimard, Paris.

de Martino Ernesto (1959), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.

de Martino Ernesto (1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano.

De Micco Virginia (1996), *Psicoanalisi: un sapere che sostiene l'esistenza?*, in Loch Wolfgang, *Psicoanalisi e verità. Le prospettive della psicoanalisi,* traduz. dal tedesco e cura di Virginia De Micco, Borla, Roma [ediz. orig.: *Perspektiven der psychoanalyse,* Hirzel Verlag, Stuttgart, 1986].

De Micco Virginia (1999), *Psicoanalisi e cultura: le tracce di un impensato,* in Assoun Paul-Laurent, *Freud e le scienze sociali. Psicoanalisi e teoria della cultura*, traduz. dal francese e cura di Virginia De Micco, Borla, Roma [ediz. orig. *Freud et les sciences sociales. Psychanalyse et théorie de la culture,* Armand Colin Editeur, Paris, 1993].

De Micco Virginia - Ferraiuolo Augusto (1998), *"Le vie del Signore". Esorcismo cattolico e possessione deiabolica tra crisi individuali e strategie collettive*, "Storia, Sociologia e Scienze del Linguaggio", n. 3, 1998, pp. 97-104.

Devereux Georges (1984 [1967]), *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento,* Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, Roma [ediz. orig. *From anxiety to method in the behavioral sciences*, Mouton, The Hague - Paris, 1967].

Devereux Georges (1978 [1973]), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Editore, Roma [ediz. orig.: *Essais d'ethnopsychiatrie générale,* Gallimard, Paris, 1973].

Favret-Saada Jeanne (1977), *Les mots, la mort, les sorts: la sorcellerie dans le Bocage,* Presses Universitaires de France, Paris.

FOUCAULT Michel (1969 [1963]), *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane,* traduz. dal francese di Alessandro FONTANA, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical,* Presses Universitaires de France, Paris].

FOUCAULT Michel (1978 [1966]), *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*, Rizzoli, Milano [ediz. orig.: *Les mots et les choses,* Gallimard, Paris, 1966]

GALLINI Clara (1983), *La sonnambula meravigliosa. Magnetismo e ipnotismo nell'Ottocento italiano,* Feltrinelli, Milano.

GEERTZ Clifford (1987 [1973]), *Interpretazione di culture,* traduz. di Eleonora Bona, introduz. di Francesco Remotti, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The interpretation of cultures,* Basic Books, New York, 1973].

INGLESE Salvatore F.(1993), *L'inquieta alleanza tra psicopatologia e antropologia,* "I Fogli di ORISS", n. 1, 1993, pp. 34-62.

KIRMAYER Lawrence J. (1993), *Healing and the invention of metaphor: the effectiveness of symbol revisited*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 17, n. 2, 1993, pp. 161-195.

KLEINMAN Arthur (1986), *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*, The Free Press, New York - London.

KLEINMAN Arthur (1988), *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, Basic Books, New York.

LANTERNARI Vittorio (1994), *Medicina, magia, religione, valori*, vol. I, Liguori, Napoli.

LAPLANTINE Françoise (1986), *Anthropologie de la maladie*, Presses Universitaires de France, Paris.

LIONETTI Roberto (curatore) (1988), *L'etnopsichiatria*, "La Ricerca Folklorica", n. 17, aprile 1988, pp. 3-79.

LOCK Margaret- GORDON Deborah (curatori) (1988), *Biomedicine examined*, Kluwer, Dordrecht.

LOMBARDI SATRIANI Luigi (1994), *La stanza degli specchi*, Meltemi, Roma.

MÉTRAUX Alfred (1955), *La comédie rituelle dans la possession,* "Diogène", n. 11, luglio 1955, pp. 26-49.

NATHAN Tobie (1990 [1986]), *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria,* traduz. dal francese e cura di Mariella PANDOLFI, Ponte alle Grazie, Firenze [ediz. orig.: *La folie des autres. Traîté d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris,1986].

NATHAN Tobie (1996 [1993]), *Principi di etnopsicoanalisi,* traduz. dal francese di Salvatore Inglese, Bollati Boringhieri ,Torino [ediz. orig.: *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*, Éditions La Pensée Sauvage, Paris,1993].

OLIVIER DE SARDAN Jean Pierre, *Possession, affliction et folie: les ruses de la thérapisation,* "L'Homme. Revue française d'anthropologie", anno XXXIV, 3, n. 131, luglio-settembre 1994, pp. 7-27.

PANDOLFI Mariella (1991), *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio campano,* Franco Angeli, Milano.

PIZZA Giovanni, *Sulla "possessione europea",* "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 261-286.

RICOEUR Paul (1969), *Le conflit de l'interpretations: essais d'herméneutique*, Éditions du Seuil, Paris.

ROMANO Franca (1987), *Guaritrici, veggenti, esorcisti*, Gangemi, Roma - Reggio Calabria, 1987.

SEPPILLI Tullio (curatore) (1989), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano.

SONTAG Susan (1992 [1977]), *Malattia come metafora*, traduz. dall'inglese, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Illness as metaphor*, Farrar Straus and Giroux, New York, 1977].

STENGERS Isabelle (1996 [1995]), *Il medico e il ciarlatano,* pp. 104-144, in NATHAN Tobie - STENGERS Isabelle, *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996 [ediz. orig.: *Médecins et sorciers. Manifeste pour une psychopatologie scientifique. Le médecin et le charlatan*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 1995].

TALAMONTI Adelina (1991), *L'esorcismo cattolico ufficiale come terapia rituale: prime riflessioni su una ricerca in corso a Roma*, pp. 129-138, in LÜTZENKIRCHEN Guglielmo (curatore), *Psichiatria, magia, medicina popolare. Atti del convegno (Ferentino, 14-16 novembre 1991). Sezione demoantropologica. I, "Storia e Medicina Popolare"*, vol. IX, n. 2-3, maggio-dicembre 1991.

Talamonti Adelina (1998), *La produzione rituale della possessione e del ruolo di posseduta nell'esorcismo cattolico*, pp. 239-268, in Lanternari Vittorio - Ciminelli Maria Luisa (curatori), *Medicina, magia, religione, valori. II vol.*, Liguori, Napoli.

Young Allan (1997), *Modi del ragionare e antropologia della medicina*, "AM. Rivista della società italiana di antropologia medica", n. 3-4, ottobre 1997, pp. 11-27.

Winnicott Donald W. (1974 [1971]), *Gioco e realtà,* traduz. dall'inglese di Giorgio Adamo - Renata Gaddini, Armando Edited, Roma [ediz. orig.: *Playing and reality,* Tavistock Publications, London, 1971].

Zempleni Andras (1973), *Pouvoir dans la cure, pouvoir social*, "Nouvelle Revue de Psychoanalyse", n. 8, 1973.

Scheda sull'Autore

Virginia De Micco, nata a Napoli il 6 marzo 1963, si è laureata in medicina e chirurgia presso l'Università degli studi di Napoli "Federico II" e presso la stessa Università ha conseguito la specializzazione in Psichiatria. Nel 1997 ha conseguito il D.e.a. in Anthropologie sociale et ethnologie all'École des hautes études en sciences sociales (Ehess, Paris; direttore di ricerca: Marc Augé). Attualmente sta svolgendo il dottorato di ricerca in Anthropologie sociale et ethnologie presso l'École des hautes études en sciences sociales (Ehess, Paris; direttore di ricerca: Marc Augé) con un lavoro di ricerca su *Le secret de la guérison. Dimensions symboliques du pouvoir thérapeutique*. È dirigente medico psichiatra presso il Dipartimento di salute mentale dell'Azienda sanitaria locale 1 (Caserta) della Regione Campania. È membro della Società italiana di antropologia medica (Siam), dell'Associazione italiana per le scienze etnoantropologiche (Aisea) e dell'Organizzazione interdisciplinare sviluppo salute (Oriss).

Si occupa di psicopatologia dell'emigrazione, funzionamento dei setting terapeutici tradizionali, storia della psichiatria, narratologia e psicoanalisi.

Fra le sue pubblicazioni: ha tradotto dal tedesco e curato il volume di Michele Risso - Wolfgang Böker, *Sortilegio e delirio. Psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale,* a cura di Vittorio Lanternari - Virginia De Micco - Giuseppe Cardamone, Liguori, Napoli, 1992, in cui è contenuto il saggio di Virginia De Micco e Giuseppe Cardamone, *Le ragioni antropologiche della ricerca psichiatrica: il caso* Verhexungswahn / ha curato in collaborazione con P. Martelli il volume *Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni,* Liguori, Napoli, 1993, in cui è contenuto il suo saggio *Passaggi di confine. Percorsi migratori, sofferenza psichica, strumenti antropologici* / ha curato e tradotto dal tedesco il volume di W. Loch, *Psicoanalisi e verità. Le prospettive della psicoanalisi,* Borla, Roma, 1996, in cui è contenuto il suo saggio *Psicoanalisi: un sapere che sostiene l'esistenza?* / ha curato e tradotto dal francese il libro di P. L. Assoun, *Freud e le scienze sociali. Psicoanalisi e teoria della cultura,* Borla, Roma, 1999, in cui è contenuto il suo saggio *Psicoanalisi e cultura: le tracce di un impensato.*

Tra gli altri suoi lavori: in collaborazione con G. Cardamone *Il corpo che migra. Soggetto, malattia, immigrazione*, in M. Macioti (curatore), *Per una società multiculturale,* Liguori, Napoli, 1991 / *Emigrazione e nostalgia. Passi a piedi e passi a memoria,* in A. Dama - T. Esposito - T. Arcella (curatori), *Cultura, malattia, immigrazione,* Pomigliano d'Arco, 1991 / *Il contributo dell'antropologia medica allo studio della psicopatologia dell'emigrazione,* "Psicomed", anno I, n. 2, 1992 / *Transiti. Una prospettiva antropologica in tema di migrazione e salute mentale,* "Ossimori", anno I, n. 1, 1992 / *Variazioni sul tema della Melanconia*, "L'Indice dei Libri del Mese", gennaio 1993 / *Etnopsichiatria. Cronache da una disciplina di confine*, "Materiali per lo Studio della Cultura Folklorica", anno IV, n. 7-8, 1992-1993 / *Itinerari terapeutici in un contesto antropologico in trasformazione*, "Etnoantropologia", n. 3-4, 1995 / *Cronache dal ghetto e dintorni. L'immigrazione nel casertano: aspetti sociopsichiatrici ed antropologici*, "Inventario di Psichiatria", anno III, n. 14-15, dicembre 1994 / in collaborazione con Augusto Ferraiuolo, *"Le vie del signore". Esorcismo e possessione diabolica tra crisi individuali e strategie collettive*, "Storia, Sociologia e Scienze del Linguaggio", n. 3, 1998 / *Cesare Lombroso: un caso italiano,* "Ossimori", n. 8, 1997 / *L'inquieta alleanza tra antropologi e terapeuti*, "L'Indice dei Libri del Mese", anno XV, n. 2, febbraio 1998 / *Ripensare il tarantismo o l'isteria? Note sull'articolo di Mila Busoni su "Tarantismo: fenomeno religioso minore o orizzonte culturale di riscatto della presenza?"*, "Ossimori", n. 9-10, 1997-1998 / *Strettoie per l'antropologia*, "L'Indice dei Libri del Mese", anno XVI, n. 2, febbraio 1999.

Riassunto

Malattia, maleficio, possessione. Metafore per un'interiorità sofferente

Questo studio nasce da una ricerca sul campo svoltasi in una vasta zona della Campania settentrionale, che aveva lo scopo di analizzare i modi di manifestarsi e di prendersi cura del "disagio interiore". In quest'area, investita da un profondo processo di trasformazione culturale, sono state individuate tre grandi agenzie terapeutiche, rappresentate dalle istituzioni medico-psichiatriche, dai guaritori tradizionali e dai preti esorcisti. Ad esse corrispondono altrettante configurazioni culturali: la malattia, il maleficio e la possessione, che rappresentano classi concettuali e semantiche attraverso le quali i momenti critici dell'esistenza individuale vengono percepiti, interpretati e classificati. La ricerca si avvale di una metodologia interdisciplinare – etnopsichiatrica e demoantropologica – in cui la rilevazione etnografica sul terreno si affianca all'uso di competenze psicologico-relazionali. Lo scopo principale è quello di indagare sulle dimensioni simboliche del potere terapeutico e sulle ragioni antropologiche dell'efficacia terapeutica attraverso l'analisi della capacità *culturale* di riavviare quel processo di metaforizzazione dell'interiorità che risulta *psichicamente* indispensabile.

Résumé

Maladie, maléfice, possession. Métaphores pour une intériorité souffrante

Cette étude naît d'une recherche qu'on a dévéloppée dans une vaste zone du midi d'Italie, aux limites entre les régions Lazio, Campania et Molise. Son but était celui d'analyser les façons de se manifester du "malaise intérieur" et d'étudier les moyens pour le soigner. On a individué dans cette aire, où on assiste à un profond processus de transformation culturelle, trois grandes agences thérapeutiques, représentées par les institutions médico-psychiatriques, par les guérisseurs traditionnels et par les prêtres exorcistes. A ces agences correspondent d'autant de configurations culturelles: la maladie, le maléfice et la possession, qui représentent des classes conceptuelles et sémantiques grâce auxquelles on peut percevoir, interpréter et classer les moments critiques de l'existence individuelle. Cette recherche utilise une méthodologie interdisciplinaire – ethnopsychiatrique et demoantropologique – dans laquelle le relèvement ethnographique sur le terrain s'adjoint à l'usage de compétences psychologico-relationnelles. Le but principal est celui d'examiner les raisons anthropologiques de l'efficacité thérapeutique et les dimensions symboliques du pouvoir thérapeutique.

Resumen

Enfermedad, maleficio, posesión. Metáforas para una interioridad doliente

Este estudio nace de una investigación realizada en campo, en una vasta zona de la Campania septentrional, cuyo objetivo era el de analizar los modos de manifestarse y de curar el "sufrimiento interior". En este sector, objeto de un profundo proceso de transformación cultural, han sido individualizados tres grandes ámbitos terapéuticos, representados por las instituciones médico-psiquiátricas, los curanderos tradicionales y los sacerdotes exorcistas. A ellos corresponden sendas configuraciones culturales: la enfermedad, el maleficio y la posesión, que representan clases conceptuales y semánticas a través de las cuales son percibidos, interpretados y clasificados los momentos críticos de la existencia individual. La investigación se vale de una metodología interdisciplinaria – etnopsiquiátrica y demoantropológica – que conjuga el relevamiento etnográfico sobre el terreno con el uso de competencias psicológico-relacionales. El objetivo principal es el de indagar sobre las dimensiones simbólicas del poder terapéutico y sobre las razones antropológicas de la eficacia terapéutica, a través del análisis de la capacidad *cultural* de reiniciar aquél proceso de metaforización de la interioridad que resulta *psíquicamente* indispensable.

Abstract

Illness, witchcraft and possession: metaphors for an "internal sufferance"

This work is the result of fieldwork carried out in a large area of Southern Italy (Northern Campania), with the aim to investigate the ways in which the "internal sufferance" is expressed and treated. In this area, invested by a deep process of cultural transformation, we identified three kinds of therapeutical resources: mental health services, traditional healers and exorcist priests, each one corresponding to as many cultural configurations like illness, witchcraft and possession, which are conceptual and semantic category through which the critical moments of an individual existence are perceived, interpreted and classified. An interdisciplinary methodology – ethno-psychiatric and ethno-anthropological – has been used, combining the ethnographical fieldwork with psychological-relational competences. The aim is to investigate towards the symbolic dimensions of therapeutical power and towards the anthropological interpretations of therapeutical efficacy: we therefore analyze the *cultural* ability to reactivate that *psychically* indispensable process of internal metaphorization.

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica / 7-8, ottobre 1999, pp. 129-172

Costruzione e negoziazione sociale di una sindrome. *Un'indagine antropologica sul contenzioso intorno alla* Chronic fatigue syndrome (CFS) *nel Regno Unito*

Ivo Quaranta

M.Sc. in medical anthropology, Brunel University of West London / dottorando di ricerca, Dottorato di ricerca in antropologia culturale ed etnologia (teoria e pratica della ricerca), Dipartimento di scienze antropologiche, archeologiche e storico-territoriali, Università degli studi di Torino

1. Prologo

Il presente testo è frutto di una ricerca svolta nel corso del 1998 a Londra con soggetti affetti da Sindrome da Affaticamento Cronico (*Chronic fatigue syndrome*, nel testo: CFS). L'interesse della ricerca verteva sull'analisi del dibattito, suscitato dalla sindrome, nei termini di una politica del sapere, e sui nessi che quest'ultima ha con i più sottili processi vissuti dell'esperienza di malattia. In sintesi, lo scopo era quello di indagare le *politiche della malattia* cercando di cogliere e di esplicitare le relazioni tra i diversi livelli che entrano nel processo di definizione e di costruzione della realtà dell'afflizione.

I soggetti sono stati contattati attraverso i gruppi di auto-aiuto (*self-help groups*), di cui sono membri, e alle cui attività ho avuto modo di partecipare. Fondamentale è stato anche l'aiuto fornitomi dalle principali associazioni nazionali degli afflitti (*Action for ME*, *ME Association*, *Westcare*). Durante lo svolgimento della presente ricerca ho incontrato numerosi soggetti, di cui venti sono stati intervistati formalmente. Le interviste sono sempre state condotte a casa dei soggetti e sono state tutte registrate e successivamente trascritte. Nel corso delle interviste ho prediletto un approccio parzialmente strutturato, lasciando i soggetti il più possibile liberi di narrare gli aspetti che ritenevano importanti circa la loro espe-

rienza di sofferenza [1]. In alcuni casi sono riuscito a discutere a lungo in modo informale con i familiari dei soggetti intervistati, cercando di cogliere quanto più possibile le dinamiche che la condizione di sofferenza ha messo in atto nel ridefinire il mondo vissuto dei soggetti afflitti. In molte occasioni sono stato invitato a partecipare agli incontri che i gruppi di auto aiuto organizzano periodicamente, intervenendo tanto in veste di osservatore partecipante, quanto in quella di catalizzatore vero e proprio, chiedendo ai soggetti presenti di discutere particolari aspetti della loro esperienza, e venendo a mio volta interrogato sulle mie esperienze di malattia, sull'andamento della ricerca, sui suoi parziali risultati, e così via.

L'età dei soggetti che hanno collaborato alla ricerca variava dai 17 anni ai 69 anni, con una media generale di circa 40 anni. La loro condizione socioeconomica era altrettanto varia; più della metà degli intervistati era in possesso di un titolo di studio superiore, e solamente quattro soggetti erano in possesso di un diploma universitario. A causa della loro condizione di afflizione cronica alcuni soggetti non hanno mai terminato gli studi universitari, oppure hanno dovuto lasciare il loro lavoro. Al momento del mio incontro con loro, quattro soggetti si sono dichiarati guariti. La media della durata dei sintomi, al momento della presente ricerca, era di circa 6 anni. Da sottolineare la prevalenza femminile dei casi da che ho incontrato (circa il 60% dei soggetti), prevalenza che sembra rispecchiare i dati riscontrati in numerosi studi epistemologici sulla sindrome (per una rassegna dei quali di rinvia a Wessely S. - Hotopf M. - Sharpe M. 1998).

Il mio progetto originale prevedeva di intervistare anche alcuni medici (noti per la loro attività clinica e/o di ricerca sull'afflizione in esame). Alcuni di questi furono contattati, ma a dispetto della loro iniziale disponibilità ad incontrarmi, non si resero mai disponibili ad essere intervistati, costringendomi a modificare il mio piano originale. D'altro canto, parte della ricerca è stato proprio lo spoglio critico della letteratura medica. Questa è stata esaminata come un vero e proprio oggetto d'analisi, al fine di cogliere le teorie del sapere e del reale che la informano, facendo emergere quell'antropologia implicita che la sottende.

Nella scrittura del presente testo ho ritenuto opportuno mantenere i termini di Cfs e di Me (quest'ultimo utilizzato prevalentemente dai soggetti afflitti nel Regno Unito) quando questi sono stati utilizzati direttamente dagli autori o dai soggetti cui mi sto riferendo. In tutti gli altri casi, data la complessità che circonda la questione terminologica, come emergerà nel corso della presente trattazione, sarà utilizzato il più generico termine di afflizione (termine che rinvia più alle dimensioni sociali ed esistenziali di

sofferenza, che non al dibattito medico, ancora in corso, circa la definizione di tale condizione percepita come patologica). Allo stesso modo, per quel che riguarda i soggetti affetti dalla sindrome si è deciso di evitare il termine di "pazienti" (alla luce del fatto che la legittimità a ricoprirne il ruolo è al centro al dibattito intorno alla specifica forma di sofferenza in esame), e si è scelto il termine di "afflitti", nel tentativo di rimanere il più fedele possibile al termine inglese di *sufferers,* utilizzato da tutti i soggetti incontrati nel corso della ricerca.

Lo spirito con cui questo studio è stato condotto è coerente con una certa visione dell'antropologia culturale, in base alla quale la disciplina si vedrebbe impegnata nell'indagine dei processi generativi della datità, e quindi di quei processi storici, sociali, politici, culturali ed esistenziali attraverso cui ciò che più diamo per scontato su noi stessi e sul mondo emerge con la forza della necessità e della naturalezza. I continui riferimenti alle dimensioni della corporeità che si incontreranno nel testo si inscrivono in questo più ampio panorama teorico-metodologico. La corporeità ha rappresentato infatti il fuoco analitico della ricerca, sia come oggetto d'analisi nelle sue dimensioni vissute e simboliche, sia nella sua problematicità teorica, nella misura in cui essa sembra essere proprio al cuore dei processi generativi della datità [(2)].

2. Un'archeologia delle categorie

La Cfs è emersa all'attenzione dei saperi medici negli ultimi 15 anni. Si tratta di una condizione percepita come patologica di difficile definizione e diagnosi, dall'eziologia tuttora vivacemente discussa e per la quale non vi è alcuna terapia definitiva. I sintomi con cui si manifesta sono molteplici e caratterizzati da un'estrema variabilità, anche a livello individuale, e la loro persistenza va da pochi mesi a molti anni. La sua diffusione è altrettanto incerta: in base ai dati disponibili all'epoca della ricerca (Dowsett E. *et al.* 1990), solo nel Regno Unito, i soggetti affetti risultavano essere circa 150.000. Anche la sua nomenclatura è varia, e ogni termine riflette teorie eziologiche ed interessi sociali assai differenti [(3)]. Nel Regno Unito i due termini più utilizzati sono quelli di Cfs e di Me (*myalgic encephalomyelitis*), il primo preferito dalla comunità medica e il secondo dagli afflitti e dalle loro associazioni. Tale sindrome è, dunque, ancora una malattia controversa; la sociologa britannica Lesley Cooper (Cooper L. 1997) sostiene che la Cfs/Me rientra in quell'insieme di afflizioni definibili come "malattie illegittime" o "non malattie": disturbi che non sembrano presentare i requisiti, né delle malattie organiche, né di quelle psicologiche. Tipico di

queste afflizioni è sempre un dibattito molto accesso sulla loro natura come "reali" malattie.

Il mio intento era di ricostruire la storia delle categorie emerse dal dibattito medico per definire i sintomi presentati dai soggetti afflitti. A tal fine ho utilizzato una metodologia di tipo "archeologico", ossia un approccio attento all'emergere di una serie di narrative che oggi organizzano tanto il sapere sull'afflizione, quanto l'esperienza della stessa. Questa metodologia si propone di rintracciare le condizioni e i processi sociali della produzione del sapere medico e della malattia (Frankenberg R.J. 1980, Young A. 1982, 1995). In questa ottica i confini della competenza e della professionalità medica emergono come il risultato di processi socio-politici, piuttosto che espressione scientifica di demarcazioni naturali. In altre parole, ciò che vale come "problema medico" è frutto di processi sociali, e lo stesso vale per i processi di legittimazione di cosa conta come "sapere medico".

L'analisi del dibattito che ha investito la condizione di sofferenza in esame ci consentirà di cogliere i processi che hanno prodotto certi domini del reale secondo i caratteri che oggi si presentano con la forza della naturalità [4]. Il contributo di Allan Young, sui meccanismi costitutivi che hanno portato alla costruzione del *post-traumatic stress disorder* come reale condizione medica, è esemplare dell'approccio *generativo* che ho utilizzato nel corso di questa ricerca, e ben esprime lo spirito che la sottende:

> «[Il PTSD] non è privo di storia, né possiede una sua unità intrinseca. Piuttosto esso viene assemblato dalle pratiche, dalle tecnologie e dalle narrazioni con cui lo si diagnostica, lo si studia, lo si tratta e lo si rappresenta, così come dai vari interessi, istituzioni e argomentazioni che hanno mobilitato tali sforzi e risorse. Se, come credo, il PTSD è un prodotto storico, deve questo necessariamente significare che non è reale? [...] Al contrario, la realtà del PTSD è confermata empiricamente dal suo ruolo nel vissuto dei soggetti, dalle loro esperienze e convinzioni, e dalla portata individuale e collettiva degli investimenti che gli sono stati dedicati. Il mio compito come etnografo non è quello di negare la sua realtà, ma quello piuttosto di spiegare come esso e la sua memoria traumatica siano stati *resi* reali, descrivendo così i meccanismi attraverso cui questi fenomeni penetrano i mondi vissuti dei soggetti, acquistano concretezza, e plasmano la coscienza stessa dei pazienti, dei clinici e dei ricercatori» (Young A. 1995: 5-6).

Il lavoro di Allan Young ben indica l'orizzonte teorico e metodologico che ha sotteso il presente contributo, la cui specificità sta nel tentativo di calare lo studio dei processi generativi del reale in seno ai processi storici di costruzione della corporeità, stabilendo un nesso dialettico e costitutivo tra forme di incorporazione e forme di socialità, cercando di illuminare il ricorsivo processo di proiezione ed iscrizione tra vissuto e storia [5].

2.1. Neurastenia e Cfs

Condizioni ritenute patologiche caratterizzate da sintomatologie simili a quella presentata dalla Cfs/Me non sono nuove nella storia delle culture mediche, occidentali e non. Intorno alla metà del secolo scorso Europa ed America furono testimoni di una diffusione, dal carattere quasi epidemico, di casi connotati da estremo affaticamento. I resoconti che hanno cercato di stabilire dei rapporti tra la Cfs e questi casi di metà Ottocento si sono sempre posti come *incipit* il parallelismo con la neurastenia (si veda per esempio: Ware N. - Kleinman A. 1992b; Wessely S. 1991, 1994a, 1994b; Shorter E. 1993; Demitrack M. - Abbey S. 1994; Tirelli U. 1995). La neurastenia si configurò come categoria medica alla fine del secolo scorso, attraverso il lavoro del neurologo americano George Beard (Beard G. 1869, 1880), il quale elaborò il termine per descrivere un insieme di sintomi, che sembravano colpire principalmente la popolazione femminile delle classi sociali più elevate, caratterizzati principalmente da estremo affaticamento fisico e mentale. Beard qualificò la condizione come un disturbo neurologico dall'origine sconosciuta, ipotizzando che questa fosse tipica del mondo civilizzato. La motivazione per una tale ipotesi affondava le sue radici nella constatazione che le "società civili" imponevano ai loro membri un'intensa attività cerebrale a causa delle mutate condizioni sociali. La neurastenia emergeva, quindi, come una patologia della modernità, che imponeva agli individui di fare affidamento su di «una scorta limitata di energia nervosa» (Beard G. 1881). La centralità del sistema nervoso e del discorso energetico sembrarono a Beard ipotesi convincenti per articolare le relazioni tra condizioni sociali e disagio individuale.

Tuttavia il concetto di energia sembra essere associato a un più ampio campo metaforico, radicato a sua volta nel pensiero positivista allora dominante e nel sistema capitalistico in espansione, con il suo accento sull'utilizzo delle risorse e della forza lavoro (Lutz T. 1991). È, quindi, interessante indagare quale contesto culturale facesse da sfondo ad una tale concezione della neurastenia come esaurimento dell'energia nervosa. La neurastenia costituisce infatti solamente uno degli ambiti in cui la "moderna società occidentale" si è confrontata con il tema della fatica nel corso del XIX secolo. Come nota Rabinbach (Rabinbach A. 1990), lo studio della fatica emerge nel corso della seconda metà dell'Ottocento e va, a suo avviso, visto alla luce di una nuova cosmologia, legata alla scoperta delle leggi della termodinamica e all'emergere del concetto di energia come fondamento del materialismo positivista. Secondo Rabinbach, la centralità del concetto di energia porta con sé non solo una nuova simbologia del cosmo, ma anche una nuova simbologia del corpo, della natura e della società: una

concezione che, anzi, vede nel corpo la cerniera tra natura e società. Il corpo emerge, al pari di ogni altro ambito della natura e del cosmo, come pervaso di energia, come un macchinario, un "motore umano" che conserva e converte energia. Il corpo quindi rappresenterebbe quel meccanismo che trasforma le riserve energetiche della natura in lavoro meccanico, ai fini del benessere sociale. Se la prima legge della termodinamica di Thompson sanciva il principio di conservazione dell'energia, la seconda legge riconosceva invece l'inevitabile dissipazione parziale della stessa in ogni sua conversione (principio poi riformulato con il concetto di *entropia*). Rabinbach mostra come certi ambiti del sapere (come la scienza del lavoro) sono emersi proprio in relazione alla fatica. Rispetto al lavoro, infatti, la fatica rappresentava il nuovo problema sociale, incorporando l'ostinata resistenza fisiologica allo stesso. La fatica era il limite "entropico" del corpo alla realizzazione dell'ideale modernista: il corpo senza fatica, la produttività senza limiti [(6)]. Tuttavia Rabinbach sostiene che vedere nella fatica solamente un limite non faccia giustizia al ruolo che essa riveste in seno agli stessi processi simbolici di costituzione della modernità. La fatica rappresentava anche il confine legittimo delle forze psicologiche e fisiologiche dell'individuo, oltre il quale le richieste della società divenivano illegittime e distruttive. La fatica, così, definiva tanto i limiti del corpo, quanto il punto oltre il quale la società non poteva andare senza minare la sua futura capacità produttiva. È in questo senso che:

> «la fatica rivelava così le due facce della modernità. Da un lato essa agiva da meccanismo di difesa, segnalando i limiti dell'abilità del corpo a convertire energia in lavoro, limiti oltre cui il motore umano non avrebbe potuto funzionare. Dall'altro lato, la fatica rappresentava il modo attraverso cui il corpo economizzava la sua energia, agendo da regolatore del consumo corporeo di energia» (Rabinbach A. 1990: 141).

E ancora:

> «La fatica normale non minacciava la modernità, ma definiva il perimetro esterno dell'eccessivo lavoro e dispendio di energia. In questo senso la modernità può essere vista come il prodotto della fatica, nella misura in cui la tendenza a recuperare tipica del sistema energetico corporeo [...] è un contrappeso necessario alla società che spende energia, [...] regolandone i ritmi in accordo con la legge del minimo sforzo. La fatica così non minaccia più la modernità, ma ne assicura il trionfo» (Rabinbach A. 1990:178).

Altri autori hanno inteso indagare la fatica in una prospettiva storica. Tra questi Edward Shorter (Shorter E. 1992) prende le mosse proprio dal dibattito contemporaneo sulla Cfs, suggerendo una linea di lettura delle relazioni tra neurastenia e Cfs nei termini di malattie psicosomatiche. Shorter indica come la neurastenia sia a cavallo di una fase di passaggio

paradigmatica che non riguarda solamente il ri-orientamento dei modelli interpretativi delle scienze mediche, ma anche le modalità di esperire gli stati corporei e le malattie (che lui chiama psicosomatiche) da parte dei pazienti. Suggestivo e molto significativo è infatti il titolo del suo volume: *From Paralysis to Fatigue*. Secondo l'Autore, a cavallo dei due secoli, possiamo notare, da più fonti, un progressivo slittamento verso modelli interpretativi che danno più risalto alle dinamiche emotive e comportamentali dei pazienti, che a loro volta giungono ad esperire i loro disagi sempre più in termini di sensazioni (fatica, dolore, ecc.) che non in termini motori (parossismo e paralisi) [7]. Ad avviso di questo Autore, i pazienti non farebbero altro che riflettere i mutamenti paradigmatici delle scienze mediche, nell'inconscio tentativo di presentare sintomi e patologie che saranno legittimati dalla professione. Le scienze mediche produrrebbero quindi un "repertorio di sintomi" (*symptom pool*) cui la mente inconscia dei pazienti attingerebbe nell'organizzare le proprie interpretazioni e i propri vissuti nei termini fissati dai paradigmi dominanti. In tale cornice, un mutamento del repertorio implica un mutamento delle forme di espressione e di esperienza delle malattie. La Cfs, quindi, viene a configurarsi come il risultato di un inconscio processo di produzione di sintomi fisici nel tentativo di dare una veste legittima ai disagi degli individui. E siccome legittimo in biomedicina tende a significare organico, la mente inconscia vestirebbe di organicità quelle che sono problematiche di carattere psicologico, in altre parole, produrrebbe malattie psicosomatiche: la Cfs non sarebbe altro che l'isteria dell'epoca postmoderna [8].

È invece in relazione al ruolo della depressione nella costruzione medica della Cfs, e in riferimento alla funzione sociale di quest'ultima, che Arthur Kleinman e Norma Ware identificano una possibile linea di lettura delle sue relazioni con la neurastenia. Il concetto di depressione infatti ha giocato, e tuttora gioca, un ruolo fondamentale nel dibattito sulla definizione della Cfs, come gli stessi Ware e Kleinman suggeriscono: «Il fatto che la depressione sia in gioco in entrambe le condizioni, neurastenia e Cfs, ci indica un'utile dimensione lungo cui le due condizioni possono essere comparate» (Ware N. - Kleinman A. 1992b: 204). Infatti, tanto per la neurastenia come per la Cfs, vi sarebbe stato uno slittamento concettuale dalla "depressione come sintomo" alla "depressione come causa". In tal senso, quindi, le storie intellettuali delle due condizioni percorrerebbero strade simili. Per quel che riguarda la funzione sociale, invece, le similitudini sarebbero meno evidenti: infatti quando la neurastenia era considerata un disturbo neurologico, la diagnosi offriva una legittimazione dell'esperienza di sofferenza dei pazienti nei termini di un disturbo organico, "reale", evitando

così lo stigma legato ai disturbi psicologico-psichiatrici. Di contro, però, la CFS non si è ancora affermata come una malattia "fisica" legittimata (WARE N. - KLEINMAN A. 1992b: 206) [9].

Qui Kleinman e Ware toccano uno dei punti nodali del dibattito circa la definizione della natura della CFS, ben rappresentato da un'affermazione di Simon Wessely, il più autorevole psichiatra inglese, a favore di un'interpretazione psicologica della CFS: «la neurastenia in passato, e ora la CFS\ME, fornisce un riparo a chi non si sente a suo agio con gli aspetti psicologici della sua malattia» (WESSELY S. 1994a: 34). Wessely rappresenta una delle modalità di appropriazione della ricostruzione storica dei precursori clinici della CFS, in cui il parallelismo con la neurastenia fornisce una strategia retorica per affermare l'evidente natura psicologico-psichiatrica della CFS. Di contro i soggetti afflitti e le loro associazioni nazionali, utilizzano il parallelo per rivendicare un sostrato organico alla loro afflizione. Le due linee interpretative sembrano utilizzare la "ricostruzione storica" come un mezzo per legittimare divergenti definizioni della natura dell'afflizione (COHN S. 1999).

2.2. Politiche di legittimazione

Il caso della neurastenia è significativo in quanto condensa molte delle questioni che hanno animato a loro volta il dibattito sulla CFS, e riassume la polarizzazione che oggi constatiamo tra interpretazioni organiche e psichiatriche. È tuttavia interessante focalizzare l'attenzione sui processi che hanno portato in vita le categorie di CFS e di ME. A questo proposito è necessario prendere le mosse dall'esame di una lunga serie di famose epidemie che sono esplose in diversi angoli del mondo durante la prima metà del nostro secolo [10], tutte caratterizzate dalla stessa sintomatologia, oggi tipica della CFS: affaticamento, dolori muscolari, febbricola e disturbi neuropsicologici.

Tra le varie epidemie la più documentata è quella che interessò Los Angeles, dove, tra il maggio e il dicembre 1934, 198 membri del personale medico e paramedico del *L. A. Country general hospital* si ammalarono e furono inizialmente diagnosticati come casi di poliomielite atipica. La ragione di una tale diagnosi risiedeva nel fatto che in quei mesi l'intero stato della California era interessato da un'epidemia di poliomielite. Molto presto fu comunque evidente che, nel caso del personale ospedaliero, non si trattava di poliomielite, visto che i sintomi non erano quelli classici della malattia, che i risultati di laboratorio erano negativi, e che nessun caso di paralisi o di mortalità venne registrato. La categoria diagnostica presentata

allora per descrivere l'epidemia fu quella di *neuromiastenia* (Aronowitz R. 1992).

Nel 1955 anche il *Royal Free Hospital* di Londra fu interessato da un'epidemia, dalle cause sconosciute, che costrinse 292 membri del personale a lasciare il lavoro nel periodo tra luglio e novembre di quell'anno. Anche in questo caso si pensò ad un'epidemia di poliomielite, ipotesi che venne poi smentita per le stesse ragioni già indicate nel caso di Los Angeles. Ad attirare l'attenzione fu il fatto che soltanto 12 pazienti, allora ricoverati, furono colpiti dalla malattia, contro i quasi 300 dipendenti dell'ospedale. Questi ultimi produssero un rapporto (*The Medical Staff Report* 1957) due anni dopo, presentando un'interpretazione di ciò che era accaduto nei termini di un'epidemia di *encefalomielite*, disturbo neurologico ritenuto causato da un agente virale ignoto, caratterizzato da disturbi neuro-muscolari simili in qualche misura a quelli della poliomielite.

La categoria di *encefalite mialgica benigna* (che darà poi vita a quella di enecefalomielite mialgica, o, abbreviata dall'inglese, Me) apparve per la prima volta nel 1956 in un editoriale della rivista medica inglese "The Lancet" sotto il titolo di *A new clinical entity* (p. 789), con lo scopo di dare un volto alle diffuse epidemie dalla causa sconosciuta. La categoria non aveva altro scopo se non quello di essere una descrizione della sintomatologia nei termini di una probabile infezione cerebrale, caratterizzata da diffusi dolori muscolari, ma non mortale. Pochi anni dopo, l'interpretazione virale venne però messa in discussione da due ricercatori (McEvedy e Beard) che rilessero le cartelle cliniche dei pazienti del *Royal Free Hospital*, giungendo a tutt'altra conclusione circa la natura dell'epidemia. La loro opinione fu che la presenza di un'agente virale era molto improbabile: piuttosto l'epidemia sembrava presentare tutte le caratteristiche di un caso di *isteria di massa* (McEvedy C. - Beard A.W. 1970a, 1970b) [11].

L'ultimo caso epidemico, la cui significatività è opportuno discutere in questa sede, è quello occorso in Nevada (USA) nei primi anni Ottanta presso il villaggio di Incline sulle sponde del Lago Tahoe, allorché due medici locali (Dan Peterson e Paul Cheney) descrissero circa 200 casi di una malattia associata con sintomi di persistente fatica, ma non immediatamente riconducibili ad alcuna categoria diagnostica. Fu in questa occasione che l'ipotesi virale riemerse all'attenzione della comunità medica. Infatti i *Centres for Disease Control* di Atlanta inviarono prontamente un gruppo di ricercatori per fare luce sulla questione, i quali formularono l'ipotesi, smentita però dopo pochi anni, che i misteriosi sintomi potevano derivare dal virus

della mononucleosi, l'Epstein-Barr (Straus S. *et al*. 1985). Una conferenza sul virus dell'Epstein Barr fu prontamente organizzata nel 1985 dal *National institute of allergic and infectious diseases* (USA) al fine di investigare la persistenza di un disturbo legato a profondi stati di affaticamento, e che da epidemico sembrava trasformarsi sempre più in episodico, con una casistica in crescita esponenziale. Gli anni Ottanta infatti videro una vera e propria esplosione di casi di affaticamento cronico tra la popolazione angloamericana, dando vita ai nomignoli più diversi come quello di *yuppie flu* (influenza del manager) vista la forte incidenza tra persone con lavori ad alta responsabilità e legati a ritmi estenuanti [(12)].

In reazione alla conferenza sul ruolo del virus Epstein Barr del 1985, fu tenuta nel 1988 un'altra conferenza organizzata dai Cdc (*Centers for disease control* - Atlanta): infatti il virus non sembrava offrire un'eziologia certa. Il risultato della conferenza fu quello di produrre la prima definizione ufficiale della Cfs (Holmes G. *et al*. 1988). La nuova definizione afferma che il termine di *chronic fatigue syndrome* è preferibile a quello di *chronic Epstein-Barr virus syndrome* (avanzato in occasione dell'epidemia del lago Tahoe), con ciò sottolineando il passaggio da una definizione con implicazioni eziologiche a una con funzioni esclusivamente sintomatiche [(13)]. La definizione di Holmes e colleghi si basava: sul principio dell'esclusione sistematica di altre malattie conosciute capaci di produrre gli stessi sintomi (tra cui anche i disturbi psichiatrici) e sull'assenza di risultati di laboratorio specifici. Le reazioni alla definizione dei Cdc furono immediate, sia da parte del mondo medico, che da parte dei soggetti afflitti [(14)].

La risposta britannica alla definizione di Atlanta arrivò nel 1990, quando fu organizzata una conferenza ad Oxford, che condusse alla presentazione di una nuova serie di criteri. La definizione inglese propose di distinguere tra due ampie sindromi: Cfs e *Post-infective fatigue syndrome*. I criteri diagnostici sottolineano nuovamente la necessità di escludere certi disturbi psichiatrici, ma al tempo stesso viene sottolineato che «alcune condizioni psichiatriche (tra cui malattie depressive, ansia, iperventilazione) non sono motivi necessari di esclusione» (Sharpe M. *et al*. 1991). Proprio rispetto alla centralità degli aspetti psicologici della sindrome, la definizione di Oxford diede vita ad una linea diversa di procedere alla diagnosi[(15)].

Dopo la conferenza di Oxford, fu organizzata una *task force* nazionale, grazie alle pressioni delle principali organizzazioni che rappresentano i soggetti afflitti (*Action for Me, Me Association, Westcare*). Il risultato di questa operazione si concretizzò nella produzione di un rapporto nel 1994, indirizzato al Dipartimento Governativo della Salute. Questo rapporto fu pre-

sentato al *Chief Medical Officer* che a sua volta lo sottopose all'attenzione dei *Royal colleges of physicians, psychiatrists and general practitioners* per avere una valutazione dello stesso. La valutazione non si fece attendere molto, e prese la forma di un contro-rapporto in cui l'*establishment* medico affermava la sua "verità" sul dibattito. Il rapporto dei *Royal colleges*, pubblicato nel 1996, si presentava in maniera esplicita come una risposta all'attività politica delle associazioni degli afflitti. Il punto nodale della "risposta biomedica" si articolò rispetto alla categoria di ME, utilizzata dai soggetti afflitti. Questa fu abbandonata nel nuovo rapporto a favore di quella di CFS, sulla base del fatto che il termine ME implicherebbe una connessione con l'encefalomielite, non verificabile a livello di laboratorio, e ritenuta dai *Royal colleges* totalmente assente. Inoltre la dizione di ME rimanda ad una singola entità diagnostica, considerata dai *Royal colleges* problematica, anche alla luce del fatto che tende ad escludere la rilevanza delle dimensioni psicologiche dell'afflizione, ritenute invece, dal nuovo rapporto, l'aspetto cardine della malattia. Nel valutare il Rapporto dei *Royal colleges*, "The Lancet" così si pronunciava nel 1996: «*Psychiatry has won the day for now*» (p. 971).

La reazione delle associazioni degli afflitti prese la forma di una petizione che condusse a numerosi dibattiti in seno alle Camere del Parlamento, e che portò infine ad un incontro con il *Chief Medical Officer*, il quale promise di riconsiderare la questione con le istituzioni competenti. A seguito della loro attività politica, i soggetti afflitti riuscirono a suscitare notevole attenzione circa la loro causa, lamentando il silenzio a cui le loro voci erano state ridotte dagli interessi professionali del settore medico psichiatrico. Le principali accuse degli afflitti si riferirono alla mancanza di attenzione politica che la malattia aveva suscitato, ai toni denigratori che la stampa e i mezzi di comunicazione di massa utilizzavano nei confronti della loro condizione di sofferenza, all'atteggiamento di incredulità da parte dei medici generici rispetto alla realtà dei loro disturbi, all'organizzazione dei servizi sociosanitari, al dominio esercitato in questi ultimi dalla psichiatria, ed alla progressiva rimozione di ogni evidenza a favore di una interpretazione organica della sindrome dalle definizioni mediche ufficiali (da Oxford al rapporto dei *Royal colleges*) [(16)].

È evidente quindi come il processo di produzione del sapere medico vada collocato nel suo contesto sociopolitico e culturale, in cui diversi gruppi sociali (con i loro specifici interessi, esistenziali o professionali che siano) si confrontano sulla definizione della realtà di una determinata condizione di sofferenza. A questo proposito sembra pertinente citare Volosinov quando sostiene che: «il segno rappresenta il terreno della lotta di classe» (in HEBDIGE D. 1979: 17).

In linea con l'approccio generativo proposto da Young (YOUNG A. 1995) ho inteso fin qui ricostruire i processi che hanno visto diversi soggetti, in vari contesti, confrontarsi sulla definizione di un certo ambito dell'esperienza umana, mettendo in scena una molteplicità di discorsi. Un nuovo spazio concettuale infatti sembra essersi aperto negli ultimi 15 anni permettendo la ridefinizione di certi stati ritenuti patologici (come la fatica cronica) entro un nuovo orizzonte categoriale. Questi disturbi, precedentemente associati ad altre diagnosi (come la neurastenia e la depressione), ora assurgono a costellazioni autonome organizzate in sindromi. In tale processo di riconfigurazione molti attori e ambiti sociali sono stati coinvolti: incontri medico-paziente, associazioni degli afflitti con le loro pubblicazioni, gruppi di auto aiuto, dipartimenti della previdenza sociale, tribunali, dibattiti parlamentari, la stampa e la televisione, gli organi dell'establishment medico (CDC, *Royal colleges*, ecc.), riviste specializzate, conferenze internazionali, fondazioni (*Barcleys brothers, Lindbury trust, Wellcome trust* – fondazioni britanniche particolarmente attive nel promuovere ricerche su CFS\ME), personaggi dello spettacolo, ecc. Ad emergere dall'analisi del dibattito è quella politica del sapere alla base del processo medico di creazione di categorie interpretative, una politica sempre presente, ma che viene esplicitamente alla luce solamente in determinati casi, allorché una crepa si apre nella pervasività dell'ideologia medica dominante (si pensi al caso Di Bella per l'Italia). ME e CFS rappresentano, quindi, un prezioso punto d'ingresso per un'analisi delle dimensioni sociali della malattia (FRANKENBERG R.J. 1980, YOUNG A. 1982), una finestra da cui storia e società si affacciano e si presentano nel loro aspetto formativo.

Un ultimo punto da notare è che il dibattito su CFS e ME è slittato da una discussione sulla definizione della sindrome, a una lotta circa la sua (il)legittimità. A mio avviso al cuore di tale slittamento giace la dicotomia mente-corpo, nella misura in cui imposta la polarizzazione tra eziologie organiche e psicologiche, polarizzazione riflessa nell'opposizione tra reale (materiale, organico) e non-reale (mentale, psicosociale) (cfr. COHN S. 1999, WARE N. 1993, 1994). Infatti i soggetti afflitti vedono nell'approccio psicologico la negazione stessa della realtà della loro condizione di sofferenza; di contro la prospettiva psicologico-psichiatrica, in questo caso, fonda le sue basi proprio sull'inesistenza di specifiche evidenze organiche. La "retorica del reale" che ha informato il dibattito sembra basata sulla definizione (costruzione) biomedica del *corpo come misura di verità e criterio di realtà* [17].

CFS e ME sembrano, quindi, imporre un'analisi dei meccanismi della legittimità: nel contesto in esame, infatti, la controversia viene a concentrarsi

sui criteri di demarcazione tra sapere legittimo e sapere illegittimo, e sulle strategie dei differenti gruppi sociali, professionali o meno, che competono sulla definizione della realtà e su differenti forme di sapere. Il dibattito qui in esame mostra chiaramente come quello della legittimità sia un processo sociale radicato in profondi (egemonici) assunti epistemologici, ontologici e strutturali. In larga misura lo statuto di CFS e ME dipenderà dal risultato di questo gioco di poteri tra diversi gruppi e forme di sapere (cfr. COOPER L. 1997).

3. Il corpo sociale e i suoi discorsi

Come ho sottolineato fin dall'inizio, il mio progetto di ricerca era centrato su un duplice fuoco: cercare di coniugare il dibattito medico circa la definizione e la natura della sindrome in questione, con l'esperienza di sofferenza vissuta dai soggetti afflitti. È stata quindi mia intenzione programmatica indagare, sottolineare ed evocare come al livello del vissuto individuale le forme di sapere e di potere che hanno plasmato il dibattito medico (e che da esso sono emerse) vengono incorporate dall'esperienza degli attori. È evidente come sia impossibile in questa sede rendere conto della complessità delle problematiche emerse nel corso della ricerca, specialmente a questo riguardo. Mi pare opportuno quindi limitarmi alla trattazione solamente di alcune emergenze che ritengo più significative. È con questo spirito che passo all'esame delle eziologie messe in scena dai soggetti intervistati al fine di interpretare la loro afflizione.

La malattia cronica rappresenta un *attacco ontologico* (GARRO L. 1992: 103), nel senso che mina gli assunti su cui riposa la nostra esistenza quotidiana. Se la funzione della cultura è esattamente quella di radicare noi stessi come presenze positive in un mondo dotato di senso, la malattia cronica rappresenta una crisi in tale processo, una crisi che impone una reintegrazione. La malattia cronica sembra distruggere la datità di ciò che più viene dato per scontato, mostrandone il valore arbitrario e relativo, e in tal senso mette in discussione i nostri punti di riferimento esistenziali ed ontologici, imponendoci di rinegoziarne di nuovi. Parte del lavoro etnografico all'origine di questo paragrafo è stato dedicato esattamente a questo aspetto, che Byron Good, seguendo Elaine Scarry (SCARRY E. 1990 [1985]), definisce nei termini di "dissoluzione del mondo" (GOOD B. 1992, 1999 [1994]) [18]. Questo carattere 'minatorio' della malattia cronica sembra lanciare un vero e proprio attacco al flusso del-

l'esistenza, come ben emerge dai frammenti di interviste riportati qui di seguito [19]. Così Sally, un'attrice teatrale di 66 anni, costretta ad abbandonare la scena 11 anni fa a causa della sua afflizione, parla della sua esperienza di sofferenza:

> «Quando sto veramente male è un impresa persino sollevare il cucchiaio e portarlo alla bocca per mangiare. Se devo andare in bagno diventa una questione su cui riflettere, devo valutare e decidere se ne ho l'energia sufficiente. Tutto ciò è pazzesco, soprattutto se penso alla mia vita precedente e alla testa che avevo. Questa malattia ha cambiato la mia vita in ogni senso. Talvolta non sono neanche sicura che ci sono più, è come se ruggine e ragnatele mi avessero coperta del tutto, e fosse rimasta solo una piccola fiammella, e so che sono io che lotto per andare avanti. Mi sembra di aver perso l'abilità stessa di essere una moglie, una madre, una lavoratrice...una persona» [Sally, 66 anni, afflitta da 11 anni].

> «Si può dire che ormai passo la mia vita sempre a letto, quasi tutto il tempo, e se devo uscire per un qualche motivo sono costretta a prendere un taxi. Infatti non riesco a camminare neanche fino alla fermata dell'autobus, tanto sono esausta, e di certo non potrei mai aspettare lì in piedi che arrivi. Quando esco sono costretta a usare una sedia a rotelle per arrivare dalla porta di casa al taxi. [...] Riesco appena a raggiungere il bagno, ma poi non ce la faccio, e così mi lavo solo in parte, torno a letto, e dopo finisco di lavarmi. Lo so che sembra ridicolo, ma è così, è come se non ci sia alcuna luce alla fine del tunnel, come se non ci sia una via di fuga» [Jane, 40 anni, afflitta da 4 anni].

> «Quando una persona sta bene il suo corpo lo segue in quello che fa senza porgli limiti e domande, e le cose vengono fatte in maniera automatica, senza doverci rifletterci su. Quando però soffri di una malattia come la ME sei sempre consapevole di ogni cosa, e sei costretto a valutare se puoi o non puoi fare certe cose, mentre se stai bene tutto va come dovrebbe». [Kiran, 48 anni, afflitto da 9 anni].

La malattia sembra mettere a repentaglio la stessa esistenza dei soggetti e del loro mondo, il loro radicamento nel presente, i loro più immediati riferimenti spaziali, il loro più prossimo terreno esistenziale: il corpo [20]. Se la malattia implica una dissoluzione del mondo vissuto nell'accezione data a quest'ultimo da Alfred Schutz (ossia come quella provincia delle attitudini naturali, quel regno entro cui il mondo è dato per scontato come autoevidente, SCHUTZ A. 1973), tuttavia essa impone anche una riflessione esplicita sulla necessità e sulle modalità di ricostituzione di quel mondo, porta, cioè, all'emergere di un *sapere della crisi*: ciò che prima recedeva dalla sfera della coscienza, ora diviene oggetto di tematizzazione esplicita. I resoconti attraverso cui i soggetti interpretano la loro afflizione possono allora essere considerati non solo come momenti di drammatizzazione dell'esperienza, ma come veri e propri dispositivi per la creazione di senso (GOOD B. 1992, 1999 [1994], MATTINGLY C. 1998), attraverso cui i soggetti

coinvolti cercano di oggettivare le loro esperienze, dando vita a discorsi capaci di ordinare in modo significativo la loro esistenza. Come nota Radley, infatti:

> «le narrazioni fanno ben più che raccontare e offrire uno strumento di riflessione sull'esperienza di malattia. Esse sono piuttosto impegnate nel costruire versioni del mondo in cui l'importanza degli eventi e la loro significatività per i narratori sono modellati nell'atto stesso di narrare» (Radley A. 1997: 96).

Se le narrazioni vengono in essere come dispositivi per la creazione di senso, quest'ultimo però affonda le sue radici non solo nel tessuto esistenziale e biografico del soggetto, ma trascende la contingenza specifica (dove tuttavia trova un momento di riattivazione e rielaborazione creativa). I discorsi messi in scena, le loro metafore, le loro forme, hanno una profondità storica che va oltre il singolo vissuto personale. È con questo spirito che i resoconti degli informatori sono stati analizzati, cercando cioè di far emergere quelle costellazioni di sapere che fanno da sfondo all'attività simbolica dei singoli soggetti[21].

Se come sostiene Byron Good «uno degli obiettivi centrali nella guarigione è simbolizzare la fonte della sofferenza, trovare un'*immagine* intorno a cui possa prendere forma una narrazione» (1999 [1994]: 197, enfasi aggiunta), e se tale tematizzazione narrativa gioca un ruolo fondamentale nell'organizzazione simbolica dell'esperienza di malattia e di guarigione, allora sembra rilevante indagare le "immagini" intorno a cui i soggetti articolano i loro resoconti di sofferenza, ed il più ampio contesto culturale che gli fa da sfondo.

Alla luce del dibattito medico in precedenza ricostruito non sorprende affatto che gli afflitti e le loro associazioni propendano per una costruzione organica delle cause della loro sofferenza, rifiutando l'interpretazione psichiatrica, dominante nel Regno Unito. Nel cercare una risposta alle domande generate dall'afflizione, di regola si fa riferimento a quei significati che sostengono la nostra presenza, quei significati diffusi che lasciano la sfera della contingenza per vestire i panni della necessità. La biomedicina è in questo senso la risorsa cui "automaticamente" i soggetti che ho intervistato si sono rivolti in cerca di senso, di risposte. Alla luce di quanto appena detto, il concetto di *egemonia* sembra particolarmente appropriato in riferimento ai saperi ed alle pratiche della biomedicina[22]. I resoconti tendono, quindi, a localizzare l'inizio dei disturbi in coincidenza con un evento infettivo di natura abbastanza comune, quasi banale (mal di gola, febbre, mal di testa, tonsillite, raffreddore, varicella, ecc.) ma che si rivela devastante nella sua ostinata cronicità. Così Kiran, operaio non specializ-

zato di 48 anni e afflitto da ME da nove anni, racconta l'inizio della sua afflizione:

> «Tutto cominciò nel 1988 con un infezione, avevo un brutta influenza, e rimasi a letto per una decina di giorni. Quando mi sentii meglio era come se mi portassi dietro un'orribile sensazione di dolore e affaticamento che durò per circa tre mesi. [...] Allora non sapevo che era ME, non ne sapevo nulla allora. Mi sentii semplicemente malissimo, e fu una vera sorpresa per me stare continuamente male» [Kiran, 48 anni].

Il resoconto di Kiran è emblematico della tendenza degli afflitti a collocare l'origine della loro sofferenza in concomitanza con episodi di natura infettiva. A segnare però la peculiarità del caso in questione è la permanenza della malattia, e la disillusione vissuta dai soggetti rispetto a sintomi che non recedono come la loro memoria incorporata di malattia si aspetterebbe.

> «Ho perso la mia vita, le primizie della mia vita. Non avrei mai scelto di ammalarmi a 25 anni, quando vivevo uno dei momenti più importanti della vita di ognuno, quando la mia carriera andava avanti bene, le mie relazioni personali andavano, e all'improvviso tutto ti viene strappato via, come amputato dalla tua vita. L'unica cosa positiva in quel momento è che non lo sai che è così, pensi che si tratta di una cosa passeggera, un mese, due, e invece passano due, tre anni, e il momento più brutto è quando ti guardi indietro e realizzi che hai perso dieci anni della tua vita» [Veronica, 34 anni, afflitta da 9 anni].

Il tradimento delle aspettative rappresenta un'istanza attraverso cui quel sovvertimento del mondo vissuto inizia a penetrare caoticamente la vita dei soggetti, imponendogli un processo di riflessione esplicita sul *senso* della loro esperienza. In questo processo di plasmazione culturale, di appropriazione alla sfera del significato, la biomedicina funge da orizzonte di senso percorribile in cerca di significati. Quello che in prima istanza sembrerebbe un bisogno esistenziale e personale, è mediato e costruito attraverso profondi sentieri storicamente, socialmente e politicamente tracciati. Bisogna altresì notare che nell'appropriarsi dei concetti e dei discorsi biomedici, i soggetti intervistati non mettono in atto un processo di riproduzione meccanica[23]. Infatti attraverso un'attenta analisi etnografica, quei discorsi e quei saperi, mutuati dalla biomedicina, dischiudono simbologie della corporeità che nel repertorio biomedico trovano solo uno dei tanti dispositivi discorsivi per far emergere al livello del narrato il complesso intrico tra esperienze vissute, dinamiche sociali e orizzonti storici che costituiscono quei corpi e che da quei corpi sono naturalizzati. In altre parole, i discorsi biomedici messi in scena dai soggetti nel narrare le proprie esperienze sembrano articolare più complessi scenari di senso, rimandando a rappresenta-

zioni che rompono con i modelli egemonici sulla natura della corporeità "occidentale" [24].

Nell'indagare i discorsi culturali messi in scena e articolati nelle interpretazioni dei soggetti, ad emergere con regolarità ed una certa prepotenza è il ruolo del "sistema immunitario": questo sembrerebbe ben rappresentare quell'immagine, di cui parla Good (Good B.1999 [1994]: 187), intorno a cui possa prendere forma una narrazione. Il rinvio ad un fattore virale come causa scatenante dell'afflizione sembra rappresentare solamente un anello nell'ambito di una più ampia catena concettuale, che lega in un unico processo causale: stile di vita, contraddizioni sociali, fattori ambientali, alterazione delle difese immunitarie, affaticamento ed incapacità di recupero (cronicità).

> «Prima di ammalarmi ero sempre molto attiva e occupata, non mi fermavo mai. Lavoravo duro, giocavo duro, facevo vacanze estreme. Non stavo mai un fine settimana a casa, mai un attimo di riposo, mai sdraiata sulla spiaggia a prendere il sole e rilassarmi, ero sempre in moto. Tutto ciò può essere parte del problema, quando mi sono ammalata non avevo riserve per combattere, il mio sistema immunitario era stanco, esausto» [Veronica, 34 anni].
>
> «D. In che misura pensi che la vita che facevi prima della malattia possa aver influito sul suo inizio e successivo sviluppo?
>
> R. Per come la vedo io la Me è una malattia legata a una deficienza del sistema immunitario. Il mio sistema immunitario era indebolito da tutto lo stress che avevo avuto nei due anni precedenti la malattia. Sai, stavo lottando per fare andare avanti il mio lavoro, e la lotta era estenuante, in più anche a casa le cose non andavano proprio bene. Tutte queste situazioni insieme hanno abbassato le mie difese immunitarie, così quando questo virus è arrivato io non ero in grado di resistergli, ha preso possesso di me, anche perché all'epoca non mi sono mai concessa il tempo di rimettermi in sesto. Si, penso che sia il sistema immunitario ad essere carente, e così un virus può avere degli effetti diversi da quelli che avrebbe in circostanze normali» [Zelda, 69 anni, adesso guarita dopo 10 anni di malattia].

Zelda ben rappresenta quel processo di localizzazione biografica di cui parla Gareth Williams quando sottolinea come l'approccio narrativo offre a chi si racconta un momento creativo per localizzare significati, discorsi ed esperienze entro un contesto biografico, che viene plasmato e ripensato in base alle urgenze esistenziali del presente (Williams G. 1984). Le parole di Zelda sembrano istituire in modo esplicito quel nesso causale tra stress, stile di vita, indebolimento delle difese immunitarie, vulnerabilità all'azione morbosa di un agente virale, incapacità di una reazione adeguata e quindi cronicità della condizione di sofferenza. Ad essere però di particolare rilevanza è la peculiarità e la specificità della retorica immunologica nel processo narrativo. Se infatti ogni malattia in una certa misura esprime

una messa in discussione dell'ordine sociale, e se ogni interpretazione della stessa non può che essere intimamente sociale e intagliare assunti sul sociale, è proprio con il ricorso al discorso immunologico che tali aspetti emergono in maniera squisitamente esplicita alla riflessione dei soggetti.

> «D. Pensi ci sia una qualche connessione tra ME e la società contemporanea?
>
> R. Penso che ci siano vari nessi: uno è l'inquinamento atmosferico, che agisce sul nostro sistema immunitario abbassandone le difese e rendendoci vulnerabili, e molte più persone si ammalano oggigiorno proprio per questo motivo. Poi c'è lo stress della società moderna che a sua volta agisce negativamente sul sistema immunitario. Un altro nesso è l'uso massiccio di pesticidi che vengono usati sui campi e sui cibi, e molte persone contraggono la ME, o qualche malattia simile, proprio per i pesticidi. [...] In questo senso la società moderna ha certamente creato delle condizioni per cui certe malattia divengono più diffuse» [Alan, 43 anni, afflitto da 8 anni].

La retorica immunologica sembra offrire ai soggetti non solo uno spunto per ri-configurare la loro biografia alla luce delle urgenze esistenziali del presente, ma anche un dispositivo per la rappresentazione narrativa della malattia (GOOD B. 1992, 1999 [1994]: 209). Il sistema immunitario viene evocato dai soggetti come immagine dominante intorno a cui elaborare una costruzione del senso della loro afflizione. La specificità di tale immagine sembra risiedere proprio nella sua capacità connettiva: interrogati sulla loro vita prima dell'inizio della malattia, o sulle ragioni all'origine della loro condizione di sofferenza, oppure sulle relazioni tra società, vita moderna e malattia, gli intervistati hanno utilizzato il discorso immunologico come un orizzonte generale di senso per organizzare ed esprimere il loro sapere e le loro interpretazioni. È interessante che la Ware parli delle eziologie degli afflitti nei termini di un modello "bio-psico-sociale", notando che spesso lo stress è citato come fattore concausale in una «reazione a catena che porta all'indebolimento del sistema immunitario e risulta in un'infezione virale – una sorta di modello "bio-psico-sociale" della CFS» (WARE N. 1993: 66, 1994). A mio avviso l'affermazione è condivisibile, ma credo sia più utile sottolineare che è proprio il ricorso al discorso immunologico che rende possibile nei resoconti l'articolazione esplicita delle relazioni tra sé, corpo e società. Il modello dei soggetti è piuttosto un modello "psico-socio-immunologico".

Riassumendo quindi, il discorso immunologico sembra offrire, da un lato, uno strumento per presentare una lettura biomedica capace di radicare nel modello organico l'eziologia della malattia (permettendo così di prendere posizione contro l'interpretazione psichiatrica dell'afflizione), e dall'altro rappresenta un ricco dispositivo discorsivo per mettere in scena e

articolare un quadro ben più complesso di quello che consentirebbe una lettura strettamente biomedica della sindrome. Il sistema immunitario emerge dai resoconti dei soggetti come uno strumento metaforico per collocare l'esperienza di malattia e le sue cause in un più ampio contesto socio-morale. È proprio attraverso il discorso immunologico che i soggetti esplicitano un'implicita antropologia, l'analisi della quale ci offre un punto di ingresso per l'esame delle locali rappresentazioni della malattia, della salute e della corporeità, che vanno a trovare una loro giusta collocazione alla luce del contesto sociale, storico e politico economico in cui sono calate.

4. Corpo, sé, società

La centralità del discorso immunologico va contestualizzata, quindi, rispetto a uno specifico ambito storico-culturale, ed in particolare rispetto a specifiche simbologie della corporeità (Martin E. 1994, 1996), e a determinate rappresentazioni del sociale e della persona (Beck U. 1992, Giddens A. 1991).

L'eccezionale pervasività del discorso immunologico oggi, e la sua capacità di operare come ponte tra diversi domini dell'esperienza sociale, sono stati messi in luce dai lavori di Emily Martin, secondo cui il sistema immunitario opera come una sorta di «valuta sanitaria nei cui termini le più diverse forze e cause della salute possono essere misurate con la stessa moneta» (Martin E. 1994: 192). Emily Martin mostra come al discorso immunologico sia legata una nuova immagine del corpo e dei suoi confini, che lei considera emergente dalle nette modificazioni messe in atto dalle forme organizzative della produzione postindustriale. Secondo la Martin siamo passati da un corpo chiuso e passivo che deve essere tenuto sotto controllo e salvaguardato ai suoi margini da intrusioni esterne (rappresentate da germi e infezioni), a un corpo aperto, permeabile, eccezionalmente attivo e flessibile nella sua interazione con il mondo esterno, capace di armarsi contro i suoi nemici e di combattere sul suo stesso terreno. Alla luce di un tale immaginario corporeo, il sistema immunitario emerge come attore principale, come misura e garante della salute: «Ciò che vediamo emergere attraverso gli occhi dell'immunologo alla fine del ventesimo secolo è, quindi, un corpo che attivamente si relaziona al mondo, che attivamente seleziona da una cornucopia di nuovi anticorpi continuamente prodotti al fine di mantenere il corpo in salute e che lo mettono in condizione di affrontare ogni nuova sfida» (Martin E. 1994: 37). Entro questo campo

aperto che è il corpo, il sistema immunitario gioca il ruolo fondamentale di discernere tra sé e non-sé (MARTIN E. 1994: 53, 59, 100, 109, 110), ossia fa da garante stesso dell'integrità dell'identità organica della salute: «La nozione che il sistema immunitario mantiene un netto confine tra sé e non-sé è spesso accompagnata dalla concezione del mondo come un non-sé straniero e ostile» (MARTIN E. 1994: 53). A questo proposito, quindi, il corpo emerge come una «costante forma indistinta» (MARTIN E. 1996: 149), i cui margini sfumano e il cui rapporto con l'ambiente circostante assume il carattere dell'interazione, ma anche, a mio avviso, del *rischio*. Il corpo infatti diviene un campo aperto alle interazioni con il mondo, ma la potenziale negatività di quest'ultimo è una continua minaccia da tenere a bada a livello immunitario. È il sistema immunitario il nostro garante contro i rischi che corriamo, contro gli stress che viviamo, la vita che conduciamo, i pesticidi che respiriamo e mangiamo, ecc. Il sistema immunitario sembrerebbe una sorta di meccanismo per la traduzione dell'esperienza socio-ecologica in processi organici, per l'ingresso del corpo sociale nelle pieghe del corpo individuale.

È la stessa antropologa statunitense a suggerire la via che ho inteso seguire per analizzare le simbologie del corpo, del sé e del sociale emergenti dai resoconti e dalle esperienze dei soggetti affetti dalla specifica condizione di sofferenza in esame: «L'argomento [il ricorso al sistema immunitario] di per sé, collocato nel contesto di una generale discussione sulla salute e il benessere, sembrerebbe aprire un campo immaginativo in cui le persone prontamente esplorano le loro idee sul corpo e la società» (MARTIN E. 1994: 65). Il sistema immunitario è il dispositivo narrativo attraverso cui i soggetti elaborano quel *sapere della crisi* cui si è fatto riferimento in precedenza. Il sistema immunitario sembra infatti rivestire il ruolo di metafora dominante, attraverso cui i soggetti si narrano in relazione ai loro corpi, alla società e alla storia, e che fa da interfaccia tra corpo umano, esperienza individuale e orizzonte storico-sociale. Attraverso questo dispositivo metaforico il sociale assume il carattere di soggetto attivo, potenzialmente nocivo, nelle vesti di un contesto entro cui i soggetti sono costantemente esposti ai più diversi rischi. La superficie del corpo svanisce e il sociale penetra la carne.

> «D. Perché pensi di essere affetta dalla ME?
>
> R. Non posso dirlo con certezza, visto che ancora non sappiamo la sua causa. Non penso che ci sia un solo fattore in gioco, non credo ci sia un virus. Penso ci siano molti fattori, e molti di questi sono di carattere ambientale [...] e sebbene io sia convinta che il motivo scatenante sia alla fine un'infezione, penso ci sono molti altri elementi che agiscono per preparare il terreno, indebolendo il nostro sistema immunitario. Per esempio l'alto

> consumo di antibiotici oggigiorno indebolisce il sistema immunitario, alterando tutte le difese naturali dell'organismo; la pillola contraccettiva è un altro esempio; le terapie ormonali, sono tutte cose innaturali per il nostro corpo, per l'organismo, e alterano il naturale equilibrio del sistema immunitario. Se pensi ai gas di scarico delle macchine, ai pesticidi... sono cose che ci circondano ovunque, nell'acqua, nel cibo... gli ormoni nei cibi... i pesticidi non li puoi evitare in nessun modo: sono presenti nei cibi per gatti, nei prodotti per il giardinaggio, nei nostri alimenti. Se metti insieme tutte queste cose tipiche della vita di oggi ti rendi conto di come quest'ultima abbia un effetto collaterale sulla nostra esistenza: indebolisce il nostro sistema immunitario» [Carla, 26 anni, afflitta da quattro anni].

Il corpo stesso ora diviene orizzonte d'azione, scenario su cui esperienze di vita personali e forze sociali recitano la loro parte.

Se il discorso immunologico è radicato in uno specifico immaginario corporeo, è anche legato a una specifica visione del sé e del sociale. Società, medicina, tecnologia, vita moderna assumono connotati potenzialmente pericolosi nelle trame dei racconti dei soggetti. Beck, nel parlare della "società del rischio" mostra come i processi della globalizzazione e dell'industrializzazione hanno generato una nuova modernità, caratterizzata dalla riflessività, in cui: «lo scetticismo viene esteso alle fondamenta e ai pericoli del lavoro scientifico e la scienza è così al tempo stesso generalizzata e demistificata» (Beck U. 1992: 14). Tale processo, secondo Beck, è caratterizzato dalla presa di coscienza che la modernità non è solo caratterizzata dalla produzione di benessere, ma anche di rischi: «pertanto non ci preoccupiamo più esclusivamente di come rendere utile la natura, o di come liberare il genere umano dai legami della tradizione, ma anche dei problemi derivanti dallo sviluppo tecno-economico stesso» (Beck U. 1992: 19). Lungi dal fare giustizia del pensiero di Beck in queste poche righe, ciò che mi interessa sottolineare, seguendo il suo argomentare, è una certa concezione del sé in relazione alle simbologie del corpo e del sociale emerse dai resoconti degli informatori. Se dalle narrazioni dei soggetti il corpo emerge come aperto, permeabile, e il sociale viene rappresentato come in contatto con esso, come insinuantesi nelle sue pieghe, viene da chiedersi che immagine del soggetto emerge, se non quella di un sé vulnerabile e caratterizzato dall'essere costantemente a rischio.

Il concetto di rischio assume nei resoconti dei soggetti intervistati una carica politica ed esistenziale di grande rilievo, e che riceve piena luce se contestualizzata rispetto a un certo concetto di salute che delega all'individuo la cura di sé, ma anche la responsabilità per il suo benessere e la sua malattia. Secondo questa concezione, malattia e benessere sono il risultato di scelte comportamentali individuali più o meno appropriate, e della più

o meno oculata gestione di quel bene prezioso, ma precario, che è la salute. Uno stile di vita appropriato sembra tutto ciò con cui l'individuo è lasciato per bilanciare le difficoltà del vivere in una società e una cultura del rischio: «in epoca tardo moderna, noi tutti non solo seguiamo degli stili di vita, ma in un certo qual senso siamo forzati a farlo – non abbiamo altra scelta se non scegliere» (GIDDENS A. 1991: 81), e ciò che scegliamo contribuisce a costruire ciò che siamo. Lo stile di vita sembra essere l'ultimo strumento lasciatoci a disposizione per "monitorare" una situazione di rischio istituzionalizzato su cui gli individui hanno ben poco controllo. Il personale in tal senso si fa politico, e le nostre scelte sono i soli mezzi per gestire i potenziali pericoli del sociale, una situazione che porta Emily Martin a parlare del sé nei termini di *empowered powerlessness* (MARTIN E. 1994: 122). L'espressione vuole suggerire come l'individuo si trovi in una situazione per cui si sente responsabile per ogni cosa, ma allo stesso tempo assolutamente impotente, risultandogli impossibile controllare e gestire l'enormità di fattori in ballo nel mantenimento della propria salute. Il sé risulta, quindi, intrappolato dalla contraddizione tra «un'universale possibilità di azione e l'impotenza» (MARTIN E. 1994: 135).

5. La salute e il sapere del corpo

Come sottolinea Frank, il discorso della "gestione" della salute è legato a forme di potere disciplinare sul corpo, radicate in quel passaggio a una nuova concezione di "igiene" che, dal contenimento della pericolosità del singolo soggetto malato, si è spostata al monitoraggio dei fattori di rischio che pervadono la popolazione in generale (FRANK A. 1997: 107). In questa situazione non si cercherebbe di migliorare le condizioni di salute, ma di fare promozione e marketing della salute, sensibilizzando i soggetti ai fattori di rischio che li espongono ad una maggiore morbosità. La salute viene ad essere sempre più definita in termini comportamentali e commerciali: essere in salute equivarrebbe a fare scelte appropriate, come se la salute fosse un prodotto di mercato per il consumo personale. Le condizioni strutturali che determinano la salute degli individui vengono da questa concezione rappresentate come legate a particolari stili di vita o scelte (FRANK A. 1997: 108). Come nota O'Brien:

> «L'associazione tra "salute" e "stile di vita" è essenzialmente una conquista politica, sostenuta dall'istituzionalizzazione del consumismo, convalidata da un'ideologia liberale, e nutrita da un professionismo tecnocratico sempre più orientato verso un approccio legato alla soluzione di problemi specifici rispetto alla salute e alla vita sociale. Se, alla fine degli anni '70, la vita

> quotidiana era divenuta sempre più medicalizzata, alla fine degli anni '80, la salute è diventata sempre maggiormente personalizzata, frammentata e "stilizzata" in una ripoliticizzazione del sapere e della pratica sanitari» (O'Brien M. 1995 in Frank A. 1997: 108).

Per collocare questi excursus teorici nel contesto del materiale etnografico della presente ricerca, mi pare interessante notare come la nozione di "stile di vita" emerga collegata al bisogno dei soggetti di imparare a regolare e moderare i propri ritmi, a "gestire" la propria salute, sulla base di una nuova capacità di ascolto del corpo sviluppatasi nel corso drammatico della malattia. È proprio rispetto al concetto di stile di vita infatti che sembra prendere forma la funzione "soteriologica" (Good B. 1999 [1994]) del discorso immunologico. Se quest'ultimo da un lato connette in un processo causale stile di vita, contraddizioni sociali, fattori ambientali, alterazione delle difese immunitarie, affaticamento e cronicità dei disturbi, dall'altro indica anche la via di uscita: la riconquista della salute sembra legata alla capacità di rompere gli anelli di questa catena.

> «Ciò che la maggior parte degli afflitti fa, appena si sente meglio, è strafare, avere, quindi, delle ricadute, ed essere costretta a riposarsi di nuovo. Questo è il problema di chi esagera: mi sento meglio, allora faccio mille cose, però poi ho una ricaduta, allora mi rimetto a letto, mi risento meglio, ma esagero di nuovo, altra ricaduta e via dicendo...è come fare su e giù, in continuazione. La cosa veramente intelligente da fare per fermare questo circolo vizioso è misurarsi, ossia imparare le proprie limitazioni, restare entro queste, e gradualmente aumentare le attività a cui dedicarsi, ma *sempre* ascoltando il proprio corpo!» [Carla, 26 anni].

> «[...] questa è la ragione per cui le persone non guariscono: perché non ne hanno l'energia...e quando ne hanno un po' la usano tutta, il che significa che non bisogna utilizzare tutta la propria energia se vogliamo migliorare e guarire» [Zelda, 69 anni].

Di nuovo si presenta una visione "manageriale" della salute, rispetto alla capacità di gestire un'energia limitata, che va fatta accumulare per i bisogni del corpo. La *dys-apparizione* del corpo (Leder D. 1990) – ossia il divenire consapevoli della propria inevitabile e costitutiva incorporazione attraverso l'esperienza del corpo malato, l'emergere della corporeità all'attenzione tematica della coscienza attraverso il suo disagio [25] – viene ad essere tematizzata nelle narrazioni come una sorta di barometro morale, che arriva a segnalare un punto di rottura, e che impone un riorientamento radicale della propria esistenza, del proprio stile di vita, imponendo una pratica di gestione della salute. Quest'ultima emerge come un bene che va coltivato in un continuo processo di ascolto del corpo: questo è il depositario di quel sapere necessario al superamento della malattia e al riguadagnare la salute. Il corpo emerge come il vero attore della conversione, se posto

nelle condizioni di raggiungerla. Il processo della guarigione viene concettualizzato come legato alla stessa capacità di riposarsi, di sottrarsi ai richiami e alle pressioni del sociale, di resistere alla vita moderna e di riguadagnare il controllo sulla propria. Il corpo deve potersi riappropriare del suo tempo, del tempo secondo i suoi ritmi e i suoi bisogni. Le strategie del riposo e del gestirsi adeguatamente rappresentano gli strumenti per fondare le condizioni necessarie affinché tale processo di auto-guarigione abbia luogo. A tal fine è fondamentale sviluppare una capacità di ascolto incorporato, o meglio di ascolto del sapere incorporato e delle sue indicazioni per adottare alternativi e più riflessivi stili di vita. I discorsi del riposo e della "gestione" emergono come vie incorporate al riposizionamento di se stessi nel mondo.

Una certa concezione del tempo è centrale a questa economia morale dell'energia come sottolinea Tom:

> «[...] io penso che il problema della ME è legato alla vita moderna. Se pensi al XIX secolo, un epoca in cui la tecnologia e la medicina non erano avanzate come oggi, come faceva la gente a guarire? Con la convalescenza! L'idea di prendersi sei mesi di libertà da tutto era perfettamente accettata. Visto che non c'era altro che potessero fare, lasciavano che il corpo guarisse da sé. Ma noi abbiamo perso questo concetto di convalescenza, non è neanche più accettabile essere malati oggigiorno, figurati darsi tempo per guarire! Viviamo sotto una continua pressione: lavori da finire, opzioni tra cui scegliere, dobbiamo realizzarci, pensiamo che abbiamo diritto ad una vita interessante, vogliamo viaggiare, andare al cinema, andare a cena fuori, capisci che voglio dire, no? Abbiamo tutte queste opzioni che nel XIX secolo non c'erano, e, quindi, l'idea di prendersi del tempo per non fare nulla è divenuta inaccettabile, e così anche il concetto di convalescenza si è trasformato radicalmente. Una delle ragioni per questo è sicuramente anche il fatto che oggi la medicina ha sviluppato ogni sorta di tecnologia: si prende una pillola e ci si sente subito meglio dopo una settimana, due, quattro o che so io. Soluzioni istantanee, no? ormai nulla ha più bisogno di lunghi tempi. Poi capita che la medicina si trova di fronte una malattia contro cui non riesce a fare niente, ma ha perso il concetto di convalescenza! [...] Attraverso la malattia penso che invece si impari ad ascoltare attentamente il proprio corpo, come mai prima. [...] Con la ME inizi ad imparare quando il tuo corpo ti dice che ne ha avuto abbastanza, invece di ignorarlo e di continuare.» [Tom, 55 anni, guarito dopo anni di malattia].

Tom ben rappresenta lo stereotipo del *yuppie*, del giovane uomo di successo, costretto a 'mollare' la presa per gli effetti di una afflizione che lo ha costretto a riordinare completamente la sua vita in accordo con valori e pratiche assai diversi da quelli precedenti [(26)]. Grazie al suo successo economico oggi Tom è in pensione e si dedica alle più diverse attività, tra cui il coordinamento dei gruppi di auto aiuto della sua zona, e l'organizzazione

di iniziative di informazione e di studio sulla ME. Il suo resoconto mi è parso particolarmente interessante, specialmente rispetto al tema della convalescenza cui fa riferimento: i suoi spunti ci offrono un prezioso punto di ingresso per analizzare il simbolismo del corpo e dell'affaticamento cronico in riferimento alla società contemporanea e alle sue forme organizzative. La sua narrazione articola una chiara critica dell'atteggiamento medico e sociale nei confronti della malattia. Quest'ultima emerge come in aperta contraddizione con l'ordine sociale e il suo ritmo di vita, fondati sugli stessi principi che la medicina condivide e contribuisce a stabilire. Società e medicina vengono entrambe denaturalizzate e poste al centro di uno scrutinio critico, nella misura in cui sono esse stesse ritenute responsabili della cronicità dell'afflizione.

Il simbolismo dell'affaticamento emerge quindi come mediatore di una forma di *dys-agio* in relazione agli impliciti valori dominanti al cuore della società moderna. In altre parole, la fatica non solo esprime le frizioni tra corpo individuale e sociale, rimandando al bisogno di una loro diversa configurazione, ma sembra anche articolare una forma incarnata di resistenza, una devianza rispetto all'implicita antropologia su cui la "società moderna" si fonda: il suo simbolismo viene riflesso nelle narrazioni e nei sintomi come espressione incorporata delle contraddizioni sociali esperite dagli individui [27]. Stress, ritmi di vita estenuanti, organizzazione sociale del lavoro, inquinamento, pesticidi, tecnologie, farmaci, ecc., tutto ciò emerge dai resoconti come fattori alla base della condizione di sofferenza dei soggetti, e quindi del loro estremo affaticamento. Quest'ultimo, viene vissuto dagli afflitti come vera e propria manifestazione individuale di ampi processi sociali. La fatica come sintomo, il nesso eziologico rispetto alla società contemporanea, la trasformazione di vita ingenerata dalla malattia, tutto ciò suggerisce la necessità da parte dei soggetti di una diversa articolazione delle relazioni tra corpo sé e società, una presa di distanza critica dai valori dominanti. Sottoposti ad un'analisi capace di coglierne le profonde dimensioni socioculturali ed esistenziali, certi stati corporei, più o meno articolati in trame narrative, esprimono un profondo disagio sociale, e rappresentano vere e proprie tracce incorporate dello stesso.

Temi di lunga durata sembrano emergere dall'analisi dei resoconti dei soggetti. Infatti, se ai tempi di Beard la fatica "patologica" era vista come la conseguenza della dissipazione dell'energia nervosa, e il sistema nervoso sembrava la metafora cardine per articolare le relazioni tra corpo, sé, e società, oggi ad emergere con una certa concordanza è la centralità del sistema immunitario come dispositivo non solo eziologico ma cosmologico (nel senso che articola una vera e propria visione del mondo). La retorica

immunologica richiama la caduta delle difese, e mette in luce la potenziale vulnerabilità dei soggetti da un lato, ma anche i potenziali effetti nocivi della società dall'altro. Le pressioni sociali che ai tempi di Beard agivano nel dissipare il capitale nervoso e l'energia nervosa, oggi abbassano le difese immunitarie e danneggiano la capacità del corpo di difendersi (dalle infezioni e dai rischi ambientali e sociali), e di guarire. Una nuova simbologia emerge dai resoconti contemporanei, che vede sempre il corpo al centro dei rapporti tra natura e società, ma ora non più nei termini di conversione, conservazione o dissipazione dell'energia, ma nei termini di immunità, vulnerabilità e rischio. Molti sono i temi che riecheggiano in un parallelismo con le simbologie di metà Ottocento, e che testimoniano delle profonde radici storiche dei resoconti dei soggetti contemporanei, ma tali temi sembrano assumere un significato tutto specifico alla luce del contesto storico in cui sono calati.

6. La politica dell'attribuzione dei sintomi: medicalizzazione, egemonia, resistenza

Se la fatica può assurgere a critica incarnata dell'egemonia, a forma di resistenza, quest'ultima ha anche un suo volto pubblico: la medicalizzazione. Nel medicalizzare la loro condizione di sofferenza, gli afflitti esprimono una vera e propria presa di posizione politica rispetto al dibattito che nel Regno Unito ha accompagnato la definizione della loro condizione di sofferenza. L'affermazione della natura organica dell'afflizione sembra essere tra l'altro strettamente legata al loro bisogno esistenziale di elaborare un senso capace di sostenere la loro presenza nel mondo, e di affermare la loro integrità morale e psicologica, contro le implicazioni che, ai loro occhi, sono intagliate nella diagnosi psichiatrica.

Il fatto che i soggetti chiedano di essere medicalizzati ha motivo d'essere rispetto allo specifico contesto in analisi, che li spinge ad affermare la "realtà" (nei termini egemonici) della loro sofferenza e a rifiutare l'interpretazione psichiatrica. Di nuovo emerge la dicotomia mente/corpo come il terreno profondo di riferimento per la definizione di ciò che è reale e ciò che è sapere legittimo. Come nota Cohn: «sebbene molti commentari collochino il dualismo Cartesiano in diretta antitesi con le correnti prospettive sul corpo, per chi soffre di CFS esso può invece offrire una punto di riferimento solido per costruire un senso di ordine e di controllo, liberando il sé da ogni giudizio morale, che così può essere ridiretto sul corpo» (COHN S. 1999: 197).

Contrariamente alla definizione corrente di medicalizzazione (Conrad P. 1992), nel presente caso essa sembra esprimere una forma esplicita di resistenza a una certa definizione della realtà (l'interpretazione psichiatrica), vissuta nei termini di una violenza autoritaria e oppressiva, e come una privazione della propria voce in quello stesso processo di definizione del reale. La protesta esplicitamente articolata dai soggetti attraverso la medicalizzazione dei loro disturbi concerne esattamente una questione di legittimità rispetto a chi ha il diritto di definire il reale, e in accordo a quali parametri. Broom e Woodward (Broom D. - Woodward R. 1996), Ware (Ware N. 1992) e Cooper (Cooper L. 1997) sono concordi nel sostenere che l'affermazione della natura organica della Cfs/Me è una forma di resistenza dei soggetti a quel processo di delegittimazione dell'esperienza, da loro vissuto in riferimento alla definizione psichiatrica della condizione di malessere. Come sottolinea Simons, nel suo studio su Foucault, la resistenza è prodotta non dal discorso stesso (in questo caso quello biomedico), ma dal modo in cui un discorso è utilizzato in particolari e situati momenti di resistenza (Simons J. 1995: 91)[28]. L'*auto*-medicalizzazione, come anche Nichter (Nichter M. 1998) sostiene, può essere considerata in determinate circostanze come una forma di azione, più che di mistificazione. Queste considerazioni rappresentano solo uno dei tanti casi che inducono a riflettere sull'importanza di collocare socialmente i discorsi culturali e di far dialogare i concetti antropologici con le specificità del terreno in analisi.

Per concludere, la medicalizzazione rappresenta un mezzo attraverso cui i malati si appropriano di una retorica politica il cui valore sociale è estremamente potente nei termini di definizione della realtà. La richiesta di medicalizzazione da parte dei soggetti può essere interpretata nei termini di una *politica dell'attribuzione dei sintomi*. Tale politica intreccia dimensioni istituzionali ed urgenze esistenziali nel bisogno vissuto degli afflitti di affermare la "realtà" della loro esperienza di malattia: la politica del reale, le forme sottili del potere, entrano così nei più intimi processi dell'esistenza soggettiva.

7. Conclusione

Una volta riconosciuta la natura storico-sociale della corporeità, le rappresentazioni locali della stessa non ci interessano tanto come momenti di simbolizzazione del corpo umano, quanto piuttosto nella loro qualità di veri e propri dispositivi storici di completamento e di costruzione della corporeità stessa. L'aver indagato le simbologie del corpo, del sé e del so-

ciale, intagliate nei resoconti degli afflitti, ci ha offerto una chiave di accesso alla comprensione dei processi simbolici alla base della costituzione storica della datità del corpo e del mondo. Lo studio antropologico della fatica cronica va, quindi, collocato in riferimento a specifici orizzonti storico-sociali. Se, infatti, i corpi sono prodotti storici, ed i loro "stati d'essere" (in senso ampio: e quindi tanto in riferimento a condizioni esistenziali, quanto a stati di malattia) rappresentano forme di senso incarnato (ossia presentano articolazioni di incorporati scenari di senso legati a doppio filo con le pieghe più intime delle esperienze individuali), allora un segno, un sintomo, un'emozione non sono solo pensieri incorporati, ma piuttosto rappresentano la manifestazione soggettiva di un intricato e profondo processo (incorporato) di senso. Come afferma Pierre Bourdieu:

> «[...] la credenza non è uno "stato mentale", e ancor meno una sorta di aderenza arbitraria a un insieme di dogmi e dottrine ("credenze") istituiti, ma piuttosto uno stato del corpo [...]. Il senso pratico, la necessità sociale trasformata in natura, convertita in schemi motori e automatismi corporei, ecco cosa produce le pratiche» (Bourdieu P. 1980: 68-69).

Alle considerazioni di Bourdieu sembra opportuno far seguire quelle di Ronald Frankenberg quando sostiene che:

> «il corpo non è solamente buono da pensare, come suggerisce Mary Douglas, né è un campo simbolico che rispecchia o riproduce valori e concezioni dominanti; esso è anche un sito di resistenza a, e di trasformazione di, significati imposti. [...] [I] significati culturali non sono semplicemente condivisi e dati, essi sono frammentari e contestati. La vita sociale è divisiva tanto quanto è coesiva. Il corpo fa, ed è fatto da, un mondo sociale frammentato» (Frankenberg R. 1992: xvii).

Ai due fa eco infine Henrietta Moore:

> «Ciò che non può più esser detto viene ripetuto nel comportamento. Sembra chiaro, quindi, che il sapere corporeo può sia rifiutarci che tradurci. Esso può insistere su cose che ci vorremmo lasciar dietro e può continuare a guidarci quando abbiamo perso ogni finalità e senso strategico. Ciò che emerge da queste considerazioni è che la resistenza non ha bisogno di essere discorsiva, coerente e conscia» (Moore H. 1994: 81-82).

Ciò su cui questi autori dirigono la nostra riflessione è la possibilità di concepire le forme di resistenza degli attori sociali in termini incorporati, come critiche incarnate dell'egemonia, ossia come una delle dimensioni attraverso cui *la costruzione culturale dell'esperienza corporea viene ad essere socialmente posizionata entro il vissuto degli attori.*

In realtà, ad emergere da tali considerazioni è una differente forma di coscienza, squisitamente corporea, in relazione alla quale gli stati somatici sono già forme di azione, istanze agite, e non rappresentazioni d'altro.

Queste forme di azione incorporate, una volta contestualizzate rispetto all'esperienza di malattia cronica, rappresentano quel messaggio nella bottiglia cui si riferiscono Scheper-Hughes e Lock quando parlano della malattia come una «disperata richiesta di aiuto, un grido di protesta [...] nei confronti degli aspetti contraddittori della vita sociale» (Scheper-Hughes N. - Lock M. 1991: 423).

Se la lotta dei soggetti per la medicalizzazione della loro afflizione rappresenta una forma di azione politica esplicita e una forma di resistenza consapevole, questa, però, è una forma di protesta che testimonia della pervasività egemonica degli assunti biomedici sulla natura umana. A rimanere, quindi, occultata dall'esplicita richiesta di medicalizzazione è quella più profonda forma di protesta incarnata, che tra le linee della malattia esprime la vera e propria indignazione del malato (Hopper K. 1982 in Lock M. - Scheper-Hughes N. 1990), cioè, la disagiata relazione tra corpo, sé e società.

Se il processo della malattia genera una politica incorporata dell'esperienza, che produce un riposizionamento dei soggetti nel mondo (ossia nuove relazioni incorporate fra corpo, sé e società), è anche vero che tale politica viene messa a tacere nelle profondità vissute del corpo proprio, e non vede la luce, se non come disagio e malattia. Ma come mai la protesta intagliata dalla malattia rimane nascosta? Anche Ware e Kleinman, seguendo James Scott (Scott J. 1990), considerano la Cfs come una forma codificata di critica non sanzionabile, «come un linguaggio indiretto per comunicare il disagio individuale e collettivo» (Ware N. - Kleinman A. 1992a: 554). D'accordo, ma come e perché tale linguaggio viene ad essere nascosto nel disagio corporeo? A mio avviso, una possibile risposta deve prendere le mosse dalla considerazione che il corpo non è un "elemento" marginale nel processo di costruzione, o critica, dell'ordine sociale, e della sua (de)naturalizzazione. Da un lato, infatti, è attraverso le loro iscrizioni sui corpi che il sapere e l'ordine sociale divengono egemonici: nel penetrare l'esperienza vissuta, la loro storicità e contingenza recedono dalla sfera della consapevolezza. È attraverso questo processo di incorporazione che l'ordine dominate assume le vesti della naturalezza e della necessità, e che i processi socio-politici che lo sostengono vengono ad essere opacizzati nell'immediatezza dell'esperienza vissuta. Dall'altro lato, la *dys-apparizione* del corpo nella malattia porta al riorinetamento del processo quotidiano di incorporazione, alterando gli abituali allineamenti tra corpo, sé e società, aprendo uno spazio di riflessione legata all'esplosione dei limiti impliciti dell'esplicito. In altre parole, se il corpo gioca un ruolo capitale nel processo di elaborazione dei significati e dell'esperienza, il suo *dys-agio* ha

ricadute sull'intero processo: la malattia non richiede solamente una cultura diversa per dare senso all'esperienza, ma *produce* una cultura diversa [29].

Entrambi questi meccanismi vengono in essere nel flusso, storicamente informato, dell'esperienza vissuta: *il processo d'incorporazione, quindi, produce tanto quanto occulta*; i significati e le pratiche culturali espletano il loro compito *costitutivo* di produzione degli esseri umani, e allo stesso tempo coprono il processo stesso che mettono in scena. Ad essere occultata non è solamente la natura socioculturale della realtà e dell'esperienza individuale, ma soprattutto quell' "aspetto negativo" che le fonda, ossia la loro intrinseca incompletezza [30]: l'inevitabile necessità di un orizzonte storico di pratiche e significati che costruiscono la loro stessa esistenza, la cui assenza equivarrebbe al rischio supremo, quello di *non esserci* [31].

La malattia cronica, quindi, non solo genera un sapere della crisi legato ad una micro-politica incorporata dell'esistenza, ma apre anche una finestra per cogliere, nel loro aspetto "negativo", le relazioni storicamente profonde tra corpo, sé, natura, cultura e società. La malattia cronica riveste, cioè, un potenziale notevole per indagare i processi di costituzione della datità: la dissoluzione del mondo vissuto non rappresenta solo un'istanza di crisi individuale, ma trascende il soggetto per mettere in discussione la datità stessa dei processi che hanno portato ad emergere un mondo ontologicamente sicuro, ed una presenza data in esso. Alla luce di quanto detto, lo studio dei processi storici d'incorporazione offre una possibile via all'analisi delle dinamiche interrelazioni che costituiscono e mantengono l'esistenza umana (sociale ed individuale al tempo stesso) in specifici orizzonti storico-sociali, permettendoci di cogliere quel processo ricorsivo d'iscrizione e proiezione [32] che lega a doppio filo il vissuto personale all'orizzonte sociale locale, le forme dell'incorporazione a quelle della socialità.

Note

[1] Ritengo opportuno discutere brevemente sulle scelte metodologiche alla base dell'approccio narrativo adottato nel corso delle interviste. Il concetto di narrazione mi è parso particolarmente utile nella misura in cui ci aiuta a non guardare alla cultura come una riserva sociale o cognitiva di discorsi e di significati cui i soggetti attingono nell'elaborare la loro esperienza e il suo senso. Piuttosto il concetto di narrazione ci offre un esempio paradigmatico della prammatica della produzione culturale, svelandoci la sua natura emergente ed intersoggettiva. Infatti durante le interviste i significati non venivano raccolti da un repertorio a disposizione dei soggetti, quanto piuttosto essi *emergevano* nell'interazione con me e con

le mie domande. Il concetto di narrazione funge da emblema del processo del lavoro di campo inteso come una relazione creativa tra ricercatore e informatori (Pool R. 1994: 20), e ci aiuta a guardare all'etnografia come un processo *performativo*, come una specifica situazione per la produzione del sapere culturale. Come nota Johannes Fabian: «il ruolo dell'etnografo non più quello di chi pone le domande; lui, o lei, non è altro che un fornitore di occasioni, un catalizzatore nel senso più debole del termine, e un produttore nel seno più forte» (Fabian J. 1990: 7). Tale processo di produzione intersoggettiva del sapere etnografico trova una buona rappresentazione nel concetto di narrazione, inteso come il risultato dell'incontro tra soggetti che si confrontano, dialogano, si interpretano e si interrogano a vicenda, intessendo così trame significative per organizzare il sapere relativo a determinati ambiti dell'esperienza. Il sapere che emerge da tale processo è certamente frutto di una *performance*, il cui palco è fornito dal contesto dell'intervista. L'etnografo non è solo attivo nel processo di interpretazione\traduzione dei saperi locali alla luce del suo proprio sapere e di quello della comunità scientifica e non di cui è parte. L'etnografo è attivo anche nel momento stesso della produzione dei dati, e non potrebbe essere altrimenti: evitarlo è impossibile, esserne consapevoli è invece fondamentale, per non reificare la processualità intersoggettiva e pragmatica della produzione del senso. Ma si veda anche più avanti (nota 21) per una critica del concetto di narrazione inteso come via maestra all'analisi dei processi di produzione culturale, prescindendo dalle basi corporee di questi ultimi.

(2) È evidente come non si possa dare conto della complessità della ricerca svolta nell'ambito dell'economia di questo testo. Sarà quindi mia cura presentare all'attenzione del lettore solamente una serie di questioni che mi sembrano ben illustrare le problematiche che legano a doppio filo le politiche del sapere legate al dibattito, medico e non, e le più sottili politiche incorporate dell'esistenza legate all'esperienza di sofferenza cronica. Il presente testo sarà spesso frammentario e sbrigativo su determinate problematiche, limiti questi derivanti dal fatto che è il frutto di un più ampio elaborato che costituiva la mia tesi di master, alla quale si rinvia per un più esaustivo resoconto sulla ricerca (Quaranta I. 1998).

(3) Le espressioni utilizzate sono state, negli Stati Uniti: poliomielite atipica, neuromiastenia, sindrome da Epstein-Barr virus, *chronic fatigue syndrome* (Cfs), *chronic fatigue and immune disfunction syndrome*; mentre nel Regno Unito i termini più utilizzati sono stati quelli di: *Royal Free disease, Post-viral fatigue syndrome* e *myalgic encephaliomyelitis* (o Me). Altre espressioni sono anche quelle di *Akureyri disease o Islandic disease*. Per quel che riguarda l'Italia, il termine più diffuso è senza dubbio quello di Cfs, (tradotto in italiano con l'espressione "Sindrome da Stanchezza Cronica"). L'interesse per la sindrome si è iniziato a manifestare timidamente nel nostro paese nei primi anni novanta attraverso articoli di giornale e sporadici dibattiti televisivi. Dello stesso periodo è anche l'emergere dell'attenzione istituzionale, che ha visto impegnato direttamente il reparto di malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità. Quest'ultimo ha individuato sei centri in altrettante città italiane per monitorare la situazione e per garantire servizi adeguati ai soggetti affetti da condizioni di profondo affaticamento che incontrano i prescritti criteri diagnostici. Nel 1992 viene costituita un'associazione nazionale, la "Cfs - Associazione Italiana", per i soggetti affetti da Cfs. Per un panorama della situazione italiana si rinvia a Tirelli U. 1995.

(4) È evidente come un'antropologia dei saperi medici si ponga nei confronti di questi ultimi in un'ottica *generativa*, ossia con un bagaglio teorico e metodologico teso a individuare ed analizzare i processi sociali, storici, politici e culturali che informano la produzione del sapere. In quest'ottica le categorie mediche emergono, non come referenti discorsivi di porzioni date del reale, ma come momenti e dispositivi analitici di definizione e di costruzione della realtà stessa. Se a cavallo degli anni '70 e '80, il dibattito in antropologia medica verteva sulla definizione del suo oggetto analitico, con due fronti principali che si confrontavano a livello teorico e metodologico se questo dovesse essere rappresentato dall'esperienza vissuta di malattia (*illness*) (Eisenberg L. 1977, Kleinman A 1980, Kleinman A. - Eisenberg L. - Good B. 1978) o dalle sue relazioni sociali (*sickness*) (Comaroff J. 1982, Frankenberg R. 1980, Taussig M. 1980, Young A. 1982), proprio in quel dibattito a venir data per scontata era la datità

stessa della malattia nella sua fatticità organica (espressa in inglese con il termine di *disease*) (Hahn R.A. 1984). Ad essere condivisa, in sintesi, era la stessa costruzione biomedica del corpo umano come misura di verità e criterio di realtà. Solo attraverso una più attenta riflessione (le cui radici storico culturali vanno ben oltre il suo campo disciplinare) l'antropologia medica si è andata concentrando sempre più sulla natura storico-sociale della corporeità, fornendo così alla disciplina un terreno di riflessione che le permettesse di rompere con la dipendenza epistemologica dalla biomedica, e che la rendesse capace di riflettere sui processi generativi della datità, ossia sulle dinamiche storiche e sociali che fondavano ciò che più veniva dato per scontato: la natura incorporata degli esseri umani. Solamente alla luce di questa forte messa in discussione dei presupposti su cui la nostra stessa idea occidentale di umanità affonda le sue radici, è emersa la possibilità di un'antropologia della biomedicina, capace di affrontare il suo oggetto di studio nei termini dei suoi processi di costruzione.

(5) Per una discussione più approfondita del contributo di Allan Young si rinvia a Quaranta I. 1998, dove in modo assai più esteso si elabora una proposta personale nei termini di una fenomenologia culturale storicamente fondata.

(6) I pensatori del tempo affrontarono il problema della fatica nei termini del positivismo materialista allora dominante, per cui quello che era un fenomeno sociale venne convertito in un problema energetico e chimico-fisiologico, soppiantando così il discorso religioso dell'ozio e dell'accidia, con quello scientifico della fatica. Esemplare di questa tendenza è il lavoro di Angelo Mosso (Mosso A. 1921 [1891]), che mise a punto l'*ergografo*, uno strumento atto a registrare graficamente la fatica, misurarla e quantificarla, al fine di individuarne i processi chimico-fisiologici con lo scopo di trovare un vaccino che liberasse il genere umano dalla schiavitù dei suoi limiti.

(7) L'intuizione è apprezzabile, purtroppo il quadro teorico-metodologico che Shorter presenta non gli consente di cogliere la portata delle sue affermazioni nei termini di forme storiche di incorporazione, di costruzione di diverse figure della corporeità.

(8) Tale linea interpretativa riemerge anche nel recente studio della critica letteraria Elaine Showalter (Showalter E. 1997), che si propone di indagare quelle che lei definisce *hystories*, ossia le narrazioni culturali dell'isteria. Secondo l'autrice l'isteria non sarebbe affatto scomparsa dalla società contemporanea, tutt'altro: Cfs, sindrome del golfo, allergie totali, affermazioni di rapimento da parte di alieni, ecc. non rappresenterebbero altro che istanze attraverso cui l'isteria si presenta oggi. Il suo quadro teorico di riferimento ripercorre quello di Shorter circa il repertorio dei sintomi cui la mente inconscia attingerebbe. Mutando le condizioni storiche, muterebbero i repertori e così anche le modalità di esprimere ed esperire il disagio.

(9) Alla luce delle sue ricerche presso il Hunan Medical College in Cina, Kleinman giungeva alla conclusione che la neurastenia era "in realtà" una forma somatizzata di depressione: «I risultati dallo studio condotto ad Hunan sostengono l'ipotesi che la neurastenia è forse meglio concepita come una esperienza di malattia [*illness experience* – nel testo] – ossia come una forma culturalmente saliente di somatizzazione cronica che agisce come il finale risultato comportamentale comune per una serie di differenti patologie, di cui la depressione è la malattia [*disease* – nel testo] principale» (Kleinman A. 1986: 165-166, ma si veda anche Kleinman A. 1982: 181). Ma come notano Ware e Weiss (Ware N. - Weiss M. 1994: 118 nota 3), in un contributo più recente Kleinman rivede le sue posizioni in maniera significativa, scrivendo: «la neurastenia non è una forma di depressione abbigliata culturalmente; la neurastenia è un idioma culturalmente sancito per la comunicazione del disagio in un contesto culturale come quello cinese, dove le espressioni psicologiche del disagio sono fortemente stigmatizzate» (Hinton L. - Kleinman A. 1993: 119 in Ware N. - Weiss M. 1994).

(10) Le più note epidemie sono state quelle di: Addington Hospital (Durban, Sud Africa), Adelaide (Australia), Akureyri (Islanda), Florida Community of Punta Gorda (USA), Los Angeles Country General Hospital (USA), Middlesex Hospital (Londra, U.K.), New York State (USA), Rockville (Maryland, USA), Royal Free Hospital (Londra, U.K.), Svizzera e Danimarca.

(11) La loro tesi si basava sul fatto che l'epidemia colpì solamente il personale e non i pazienti, che non fu possibile rintracciare alcuna evidenza della sua natura virale, che il personale colpito dall'epidemia era per la maggior parte composto da donne (come è, a loro dire, sempre il caso nei fenomeni di isteria di massa) e che questi fenomeni di solito avvengono in circostanze in cui i soggetti si trovano sotto pressione, come era il caso in quei giorni al Royal Free Hospital. McEvedy e Beard proposero quindi di abbandonare la categoria di ME a favore di un'altra, quella di *mialgia nervosa* (seguendo l'analogia con l'anoressia nervosa: MCEVEDY C. - BEARD A.W. 1970b: 15).

(12) Wessely, come Shorter e Showalter, sostengono che il passaggio della sindrome da epidemica a episodica è legato alla popolarizzazione della categoria attraverso i mass-media, portando molte persone ad autodiagnosticarsi come affetti, a quel tempo, dall'infezione del virus Epstein-Barr, poi dalla CFS negli Stati Uniti, e da ME nel Regno Unito (SHORTER E. 1993, SHOWALTER E. 1997, WESSELY S. 1994a: 27, WESSELY S. - HOTOPF M. - SHARPE M. 1998: 328).

(13) Le linee guida proposte da Holmes e colleghi sottolineano la necessità di soddisfare una lunga serie di criteri prima di poter effettuare una diagnosi di CFS. Tali criteri vennero organizzati in criteri maggiori e minori, e questi ultimi in criteri sintomatici e criteri fisici. I pazienti devono soddisfare i due criteri maggiori, e sei o più degli undici criteri sintomatici (HOLMES G. *et al*. 1988: 388). Non a caso la definizione elaborata dei CDC venne descritta da Aronowitz come un «approccio alla diagnosi da menu cinese» (ARONOWITZ R. 1992: 163).

(14) Per quel che concerne i soggetti afflitti il problema principale risiedeva nella considerazione che lo slittamento della definizione da eziologica (virus E-B) a sintomatica (CFS) potesse rafforzare la legittimità dell'interpretazione psichiatrica. Così scriveva una paziente al direttore degli "Annals of Internal Medicine" (rivista su cui era stata pubblicata la definizione di Atlanta): «Un paziente, quando riceve una diagnosi, deve poi vivere con l'etichetta che la diagnosi comporta e con la comprensione pubblica di quell'etichetta [...] [Q]uesto nuovo nome [CFS] invece di affermare la natura infettiva della malattia rinforza la sua connotazione psichiatrica» (ANNALS OF INTERNAL MEDICINE 1988: 166). Per quanto riguarda il mondo della ricerca medica invece i maggiori problemi emersero rispetto alla contraddizione della definizione che, da un lato, si fonda su criteri di esclusione di altre malattie (tra cui quelle psichiatriche) che potrebbero causare sintomi simili, ma che, dall'altro, richiede la presenza nei pazienti di una molteplicità di sintomi. I due aspetti emersero come in aperto conflitto. Infatti altri ricercatori hanno mostrato che più della metà dei soggetti diagnosticati attraverso la definizione di Atlanta erano anche affetti da disturbi psichiatrici (MATTHEWS D. - LANE T. - MANU P. 1988, MANU P. - LANE T. - MATTHEWS D. 1988) sollevando la questione di come tracciare confini netti tra diverse condizioni ritenute patologiche. D'altro canto è proprio la richiesta di una molteplicità di sintomi che conduce alla facile sovrapposizione con le patologie psichiatriche (KATON W. - RUSSO J. 1992). Inoltre la nuova definizione di CFS sembrava sovrapporsi a quella di altre diagnosi, come nel caso della fibromialgia. Infine la lista enorme di test di laboratorio da effettuare al fine di escludere altre malattie rendeva la definizione inutilizzabile dal punto di vista pratico ed economico (DEMITRACK M. - ABBEY S. 1994).

(15) Ormai la CFS aveva capitalizzato l'attenzione medica internazionale, e nel 1990 si tenne la prima conferenza mondiale sull'argomento a Cambridge, cui seguirono le conferenze di New York nel 1992, di Dublino nel 1994 e di Bruxelles nel 1995. È importante notare come si è andata producendo una consapevolezza diffusa nella letteratura medica che il termine CFS altro non è se non un ampio contenitore categoriale al cui interno coabitano molte diverse condizioni ritenute patologiche, ma clinicamente simili. Come ipotizzano Demitrack ed Abbey: «specifici antecedenti patofisiologici (come infezioni o stress, preesistenti o concomitanti a disturbi psichiatrici) possono in ultima analisi convergere in un sentiero psicobiologico comune che si manifesta nella sindrome clinica della fatica cronica» (DEMITRACK M. - ABBEY S. 1994: 32).

(16) I *Royal colleges* sono stati riconosciuti dal governo come gli organi competenti per decidere sulla legittimità o meno della condizione ritenuta come patologica. Alla luce del loro rapporto solamente la CFS risulta essere una malattia legittima, ma non la ME. Questo, nonostante Edwina Currie, Sottosegretario di Stato per il Dipartimento della salute e della sicurezza so-

ciale, così scrivesse al parlamentare Alan Beith: «Il Servizio sanitario nazionale riconosce e considera questa [ME] come una reale malattia» (HANSARD [raccolta ufficiale degli atti parlamentari inglesi], 27 novembre 1987), e nonostante l'Organizzazione Mondiale della Sanità nella sua decima edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie ICD-10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1992: G93.3) la inserisca come disturbo del sistema nervoso. Lo scoglio istituzionale maggiore è rappresentato dai *Royal colleges* che continuano ad opporsi alla ME riconoscendo solamente la CFS come legittima condizione medica, di natura psicologica.

(17) Le due linee interpretative sono radicate entrambe in un pensiero dicotomico. In ottica organica, le malattie sono espressioni di processi biologici, dotati di vita propria, che generano segni di malessere negli afflitti. Di contro, l'interpretazione psicologica della CFS cerca di superare i limiti del modello empirista attraverso il concetto di somatizzazione, nel tentativo di dare una spiegazione alla massiccia presenza di sintomi fisici nei soggetti affetti. A mio avviso, anche il concetto di somatizzazione fallisce nel realizzare ciò per cui era stato prodotto (vedi FABREGA H. 1991, SCHEPER-HUGHES N. 1994). Se per somatizzazione si può intendere «la tendenza ad esperire e comunicare sintomi e disagi somatici non spiegabili alla luce di risultati di laboratorio, ad attribuirli a malanni fisici, e a cercare aiuto medico per la loro cura» (LIPOWSKI Z.J. 1988: 1359), allora al cuore del concetto di somatizzazione sembra esserci un rompicapo del pensiero biomedico: dal momento che ci si aspetta che malattie somatiche producano sintomi corporei, e che malattie psichiatriche conducano a disagio mentale, «quando un disturbo psichiatrico si presenta con sintomi fisici allora c'è un problema che richiede un qualche tipo di spiegazione. Allora il concetto di somatizzazione è invocato per spiegare come mai le malattie psichiatriche si presentano con disturbi fisici. Si ipotizza quindi che una qualche forma di "conversione" ha luogo da una sfera all'altra» (MUNFORD D.B. 1993: 238). Il concetto di somatizzazione si riferisce alla devianza dalla norma secondo cui le malattie e i disturbi somatici sono legittimati alla luce di un'evidenza organica che li produca. Se tale evidenza manca, allora il corpo deve esprimere qualcos'altro, legato al mondo emotivo, psicologico o sociale del paziente. A dispetto del fatto che il concetto di somatizzazione provi a superare il dualismo mente/corpo, sembra invece riaffermarne i presupposti. Infatti esso riafferma il ruolo passivo di un corpo che emerge come mediatore di processi prodotti ora da disturbi mentali, ora da stress per le condizioni sociali più prossime del paziente. In altre parole, il corpo funzionerebbe come medium di espressione di una realtà che giace altrove e indipendente da esso: la mente o il sociale. Ciò che manca sia al concetto di somatizzazione, che al modello biomedico, sembra essere una concezione del corpo come esso stesso agente nella produzione dell'esperienza e dei significati. Al cuore dei due modelli medici sembra esserci la costruzione biomedica del corpo, e un certo concetto di cultura come sistema di simboli disincarnati. Manca, in altre parole, una lettura fenomenologico-culturale del corpo, capace di riconoscerne il ruolo e la presenza nei processi creativi della vita socioculturale.

(18) In questa istanza l'approccio di Byron Good mi pare condivisibile, nella misura in cui propone di sviluppare una teoria dell'esperienza della malattia al cui centro immagina il corpo come origine creativa dell'esperienza, e in cui il disagio corporeo è il motore stesso di quel «mutamento nell'esperienza incarnata del mondo della vita [...] che il teorico della letteratura Elaine Scarry ha definito dissoluzione del mondo» (GOOD B. 1999 [1994]: 180, vedi anche 199-206).

(19) Tutti i nomi degli informatori sono stati sostituiti per garantirne l'anonimato.

(20) Queste narrazioni testimoniano quell'"incorporazione ineluttabile" che la malattia porta con sé (TOOMBS S.K. 1992: 134). Il corpo 'malato' lascia il regno dell'assenza e del silenzio per venire problematizzato come esplicito focus di attenzione mettendo in atto una vera e propria rivoluzione alla luce della quale la malattia cronica si presenta come una diversa modalità esistenziale di essere nel mondo (per una discussione più approfondita si veda QUARANTA I. 1998).

(21) Radicate in generali concezioni socioculturali, e al tempo stesso momenti di espressione di antropologie incorporate radicate nell'esperienza vissuta della malattia, le narrazioni possono essere viste, ora nella loro contingenza storica, ora esse stesse come incorporate, come

sostiene Arthur Frank (Frank A. 1998: 209). Il considerare la natura incorporata delle narrazioni non deve però indurre ad assegnare loro il primato di via maestra allo studio dei processi di incorporazione. Come nota Radley, il fenomeno fondamentale dell'incorporazione va ben al di là della dimensione narrativa: «C'è ben di più a riguardo dell'incorporazione che il semplice narrare l'esperienza di malattia, sebbene questo sia estremamente significativo per le persone afflitte» (Radley A. 1997: 94). Radley mette in luce come l'approccio narrativo, sebbene mosso da intenti opposti, finisca per ristabilire il dominio discorsivo sul corpo, riducendo le dimensioni significanti della corporeità alle sue sole dimensioni narrate, a discapito di quelle agite e vissute: «L'accusa più significativa da muovere a questa svolta narrativa, intesa come mezzo privilegiato di illuminazione, è che cerca di rendere l'esperienza legittima solo quando è narrata [...] un ulteriore esempio della sovversione del discorso sul corpo» (Radley A. 1995: 19). Robillard sottolinea inoltre che l'approccio narrativo rischia di postulare un funzionalismo univeralistico rispetto al soggetto malato e ai benefici del raccontare l'esperienza di malattia (Robillard B. 1997: 115), affermazione che ben può estendersi alla considerazione dell'incorporazione stessa come processo dal carattere universale, e non invece da apprezzare nella sua specificità storica locale (considerazione questa che apre la via allo studio delle costruzioni locali della corporeità ed alle forme storiche di incorporazione: su questi temi si veda anche Pizza G. 1998).

(22) Come nota Frankenberg (Frankenberg R. 1988), la biomedicina non è egemonica perché rappresenta il sistema medico dominante della nostra società, ma perché il suo dominio è accettato e mantenuto dalle persone. Chi utilizza i servizi biomedici non lo fa perché vittima di mistificazione, ma perché fare altrimenti non avrebbe senso ai loro occhi. In quest'ottica il concetto di egemonia ci aiuta a ripensare le relazioni tra cultura, individuo e società nei termini di orizzonti concettuali incarnati (Bourdieu P. 1977 [1972], Jung H.Y. 1996, Moore H. 1994).

(23) La biomedicina infatti non costituisce un'istituzione monolitica od un insieme omogeneo di saperi e pratiche (Hahn R. - Gaines A. 1985, Lock M. - Gordon D. 1988). Il suo sapere e il suo linguaggio non possono essere considerati appannaggio esclusivo della professione medica, come se i confini tra esperti e profani fossero chiaramente demarcati e impermeabili (Arksey H. 1994). Piuttosto, il sapere medico è socialmente diffuso e viene appropriato in molte modalità differenti da una molteplicità di attori sociali, più o meno esperti (Arksey H. 1994, Martin E. 1994). Arksey mostra inoltre il ruolo attivo dei non esperti nel processo sociale di costruzione del sapere medico, come è il caso per la Me.

(24) Le simbologie del corpo che emergono dai resoconti dei soggetti vanno apprezzate nella loro natura storica locale, e soprattutto nella loro veste di dispositivi non tanto di "rappresentazione" del corpo, ma di "costruzione" dello stesso (Feher M. - Naddaff R. - Tazi N. 1989, Crary J. - Kwinter S. 1992). La natura storico-situata della corporeità ci aiuta a capire, come notava già Dennett (Dennett D. 1991: 381), che non tutto ciò che la natura fa è di genere naturale. Assumere la natura storica della corporeità ci induce a indagare i processi di costruzione della stessa, ma anche della sua naturalizzazione, della sua datità. In quest'ottica il problema si pone nei termini di un'ontologia sociale in cui i legami tra datità del corpo e datità del mondo sono ben lungi dall'essere indipendenti (ma si veda più avanti a riguardo).

(25) Drew Leder afferma, nel volume *The absent body*, che il corpo, in quanto terreno esistenziale del significato e dell'esperienza, è sempre caratterizzato dalla sua assenza, dal suo recedere dall'esperienza diretta, e quando appare, lo fa *«as a thematic focus of attention, but precisely in a dys state – dys is from the Greek prefix signifying 'bad', 'hard' or 'ill', and is found in English words such as 'dysfunctional'»* (Leder D. 1990: 84).

(26) «La sindrome da affaticamento cronico servirebbe come il catalizzatore per una radicale trasformazione dello stile di vita in cui "il movimento perpetuo" verrebbe rimpiazzato da rilassamento e riposo [...]. Il risultato sarebbe la riaffermazione del controllo, la scelta di un modo di vivere più gestibile e salutare che deliberatamente pone il benessere personale al centro della trasformazione» (Ware N. 1993: 67). Per una più ampia trattazione di questi temi si rinvia a Quaranta I. 1998 dove sono analizzati anche diversi casi di guarigione.

(27) A questo proposito Roberto Beneduce parla della CFS (nel contesto dei disturbi occupazionali) nei termini di "politiche della stanchezza" e di "silenziose sovversioni" rispetto all'organizzazione sociale, ed oppressiva, del lavoro: «Ciò che percorre in ogni caso queste vicende diagnostiche (ma anche *giuridiche, sindacali, sociali*) è l'articolazione di un duplice livello: a) la *formulazione* di una sofferenza individuale che mostra i limiti psico-fisici delle persone all'interno delle maglie della moderna organizzazione del lavoro, b) la messa in forma di una critica implicita a quest'ultima ed il conflitto che tale critica genera o può generare» (BENEDUCE R. 1999: 81).

(28) Scrive Simons: «Le considerazioni di Foucault circa il discorso degli oppressi mostrano come "non c'è da un lato un discorso del potere, e in opposizione a questo, un altro discorso che lo contrasta" (1978 [1976]: 101). A caratterizzare un discorso come fonte di resistenza non è semplicemente la sua derivazione dalla voce degli oppressi [...]. Per determinare l'utilità dei discorsi a fini di resistenza dobbiamo valutare a che punto di un confronto di potere questi *vengono* usati» (SIMONS J. 1995: 91).

(29) Come suggerisce Margaret Lock: «se accettiamo la nozione di *performance* culturale e in essa includiamo i piccoli drammi della vita quotidiana dove gli individui esprimono la loro "intenzionalità" attraverso l'uso di metafore culturalmente accettate [CFS], allora possiamo vedere come i simboli naturali come i *nevra* [o la fatica, in questo caso] possono funzionare per promuovere una critica auto-riflessiva, e potenzialmente produrre dei varchi, delle lacerazioni nelle ideologie dominanti» (LOCK M. 1991: 90).

(30) Sul tema della costitutiva incompletezza del genere umano in ottica antropologica si veda almeno: BERGER P. (1990 [1967]), GEERTZ C. (1987 [1973]), HIRST P. - WOOLLEY P. 1982, MELLOR P. - SCHILLING C. 1997, REMOTTI F. 1996, 1997, RICOEUR P. 1986, SCHILLING C. 1993.

(31) Ritengo opportuno esplicitare a questo punto gli impliciti riferimenti al pensiero di Ernesto De Martino, il peso della cui opera molto ha influito sul bagaglio concettuale che si è utilizzato in questo lavoro, in modo particolare rispetto ai concetti di presenza e di "crisi della presenza": «La presenza è fondamentalmente la capacità di riunire nella attualità della coscienza tutte le memorie e le esperienze necessarie per rispondere in modo adeguato a una determinata situazione storica, inserendosi attivamente in essa mediante la iniziativa personale, e andando oltre di essa mediante l'azione. [...] La perdita della presenza come crisi radicale della presenza stessa si collega a un momento critico dell'esistenza, quando la storicità sporge con particolare evidenza, e la presenza è chiamata ad esserci con l'impiego pronto ed adattato della sua capacità di scelta e di decisione. Si tratta di momenti connessi a crisi organiche decisive [...] o a particolari rapporti economici e sociali [...], o alla malattia e alla morte; ma si tratta anche di conflitti morali, di ispirazione poetica, di dubbio logico» (DE MARTINO E. 1995:116-117).

(32) Come sottolineano Jonathan Crary e Stanford Kwinter, il "tema" delle *incorporazioni*: «rinvia, allo stesso tempo, da un lato al tema dell'integrazione (ossia l'inserimento delle forze della vita umana in sistemi organizzativi e tecnici più ampi di quelli umani), e dall'altro a quello dei più sottili processi d'incorporazione (in altre parole, quelle strategie attraverso cui la vita umana assimila e si combina a ritmi e modelli – minuti, sempre in movimento, spesso invisibili – legati ai contesti storici entro cui la vita stessa si dipana)» (CRARY J. - KWINTER S. 1992: 12).

Riferimenti bibliografici

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE (1988), *Letter to the Editor*, "Annals of Internal Medicine", vol. 109, 15 luglio 1988, p. 166.

ARKSEY Hilary (1994), *Expert and lay participation in the construction of medical knowledge*, "Sociology of Health and Illness", vol. 16, n. 4, 1994, pp. 448-468.

ARONOWITZ Robert (1992), *From myalgic encephalitis to yuppie flu: a history of chronic fatigue syndrome*, pp. 155-181, in ROSENBERG Charles - GOLDEN Janet (curatori), *Framing disease. Studies in cultural history,* Rutgers University Press, New Brunswick (New Jersey).

Beard George (1869), *Neurasthenia or nervous exhaustion*, "Boston Medical and Surgical Journal", vol. 3, 1869, pp. 217-220.

Beard George (1880), *A practical treatise on nervous exhaustion (Neurasthenia)*, William Wood, New York.

Beard George (1881), *American nervousness. Its causes and consequences*, Putnam's Sons, New York.

Beck Ulrich (1992), *Risk society. Towards a new modernity*, Sage Publications, London.

Beneduce Roberto (1999), *Note al margine su individuo, riconoscimento e legame sociale*, pp. 75-94, in Taliani Simona (curatrice), *Lavoro, riabilitazione e legame sociale*, L'Harmattan Italia, Connessioni, Torino.

Berger Peter (1990 [1967]), *The sacred canopy. Elements of a sociological theory of religion*, Anchor Books, New York.

Bourdieu Pierre (1977 [1972]), *Outline of a theory of practice*, Cambridge University Press, Cambridge [ediz. orig.: *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Librairie Dros S.A., Genève, 1972].

Bourdieu Pierre (1990 [1980]), *The logic of practice,* Polity Press, Cambridge [ediz. orig. *Le sens pratique,* Les Éditions de Minuit, Paris, 1980].

Broom Dorothy - Woodward Roslyn (1996), *Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care*, "Sociology of Health and Illness", vol. 18, n. 3, 1996, pp. 357-378.

The Royal College of Physicians, psychiatrists and general practitioners (1996), *Chronic Fatigue Syndrome Report of a joint working group of the Royal colleges of physicians, psychiatrists and general practitioners*, ottobre 1996, The Royal College of Physicians, London.

Cohn Simon (1999), *Taking time to smell the roses: accounts of people with Chronic Fatigue Syndrome and their struggle for legitimisation*, "Anthropology & Medicine", vol. 6, n. 2, agosto 1999, pp. 195-215.

Comaroff Jean (1982), *Medicine: symbol and ideology*, pp. 49-68, in Wright Peter - Treacher Andrew (curatori), *The problem of medical knowledge*, Edinburgh University Press, Edinburgh.

Conrad Peter (1992), *Medicalization and social control,* "Annual Review of Sociology", vol. 18, 1992, pp. 209-232.

Cooper Lesley (1997), *Myalgic encephalomyelitis and the medical encounter,* "Sociology of Health and Illness" vol. 19, n. 2, 1997, pp. 186-207.

Crary Jonathan - Kwinter Stanford (curatori) (1992), *Incorporations*, Urzone, Zone series n. 6, The MIT Press, New York.

de Martino Ernesto (1995), *Storia e metastoria. I fondamenti di una teoria del sacro,* Argo, Lecce.

Demitrack Mark - Abbey Susan (1994), *Historical overview and evolution of contemporary definitions of chronic fatigue states*, pp. 3-35, in Demitrack Mark - Abbey Susan (curatori), *Chronic fatigue syndrome. An integrative approach to evaluation and treatment*, The Guilford Press, New York.

Dennett Daniel (1991), *Consciousness explained*, Little Brown and Company, Boston.

Dowsett E. - Ramsay A. - McCartney R. - Bell E. (1990), *Myalgic encephalomyelitis – a persistent enteroviral infection?*, "Postgraduate Medical Journal", vol. 66, 1990, pp. 526-530.

Eisenberg Leon (1977), *Disease and illness. Distinction between professional and popular ideas of sickness*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 1, n. 1, 1977, pp. 9-23.

Fabian Johannes (1990), *Power and performance. Ethnogaphic explorations through proverbial wisdom and theater in Shaba, Zaire*, University of Wisconsin Press, Madison.

Fabrega Horacio (1991), *Somatization in cultural historical perspective*, pp. 181-199, in Kirmayer Laurence - Robbins James (curatori), *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*, American Psychiatric Press, Inc., Washington.

Feher Michel - Naddaff Ramona - Tazi Nadia (curatori) (1989), *Fragments for a history of the human body,* 3 voll., Urzone, Zone series nn. 3, 4, 5, The MIT Press, New York.

Foucault Michel (1978 [1976]), *The history of sexuality: an introduction*, traduz. dal francese in inglese di Robert Hurley, Penguin, Harmondsworth [ediz. orig.: *La volonté de savoir*, Éditions

Gallimard, Paris, 1976 / ediz. italiana: *La volontà di sapere. Storia della sessualita. 1*, traduz. dal francese di Pasquale Pasquino e Giovanna Procacci, Feltrinelli, Milano, 1984].

Frank Arthur (1997), *Blurred inscriptions of health and illness*, "Body & Society", vol. 3, n. 2, giugno 1997, pp. 103-113.

Frank Arthur (1998), *From dysappearance to hyperappearance: sliding boundaries of illness and bodies*, pp. 205-232, in Stam Henderikus (curatore), *The body and psychology*, Sage Publications, London.

Frankenberg Ronald (1980), *Medical anthropology and development: a theoretical perspective,* "Social Science and Medicine", vol. 14b, 1980, pp. 197-207.

Frankenberg Ronald (1988), *Gramsci, culture, and medical anthropology: Kundry and Parsifal? or rat's tail to sea serpent?,* "Medical Anthropology Quarterly", vol. 2, n. 4, 1988, pp. 324-337.

Frankenberg Ronald (1992), Prefazione, pp. xv-xix, in Scott Sue - Williams Gareth - Thomas Hilary (curatori), *Private Risks and Public Dangers,* Explorations in Sociology Series No. 43, Aldershot, Avebury.

Garro Linda (1992), *Chronic illness and the construction of narratives,* pp. 100-137, in DelVecchio Good Mary-Jo - Brodwin Paul - Good Byron - Kleinman Arthur (curatori), *Pain as human experience. An anthropological perspective*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles.

Geertz Clifford (1987 [1973]), *Interpretazione di culture*, traduz. dall'inglese di Eleonora Bona, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The interpretation of cultures*, Basic Books, New York, 1973].

Giddens Anthony (1991), *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*, Polity Press, Cambridge.

Good Byron (1992), *A body in pain. The making of a world of chronic pain,* pp. 29-48, in DelVecchio Good Mary-Jo - Brodwin Paul - Good Byron - Kleinman Arthur (curatori), *Pain as human experience. An anthropological perspective*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles.

Good 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].

Hahn Robert (1984), *Rethinking "illness" and "disease"*, "Contributions to Asian Studies", vol. XVIII, 1984, pp. 1-23.

Hahn Robert - Gaines Atwood (curatori) (1985), *Physicians of western medicine: anthropological approaches to theory and practice*, Reidel Publishing Co., Dordrecht.

Hansard [raccolta ufficiale degli atti parlamentari inglesi], 27 novembre 1987.

Hebdige Dick (1979), *Subculture. The meaning of style*, Routledge, London.

Hinton L. - Kleinman Arthur (1993), *Cultural issues and international psychiatric diagnosis*, "International Review of Psychiatry", vol. 1, pp. 111-129.

Hirst Paul - Woolley Penny (1982), *Social relations and human attributes*, Tavistock, London.

Holmes Gary - Kaplan Jonathan - Gantz Nelson - Komaroff Anthony - Schonberger Lawrence - Strauss Stephen - Jones James - Dubois Richard - Cunningham-Rundles Charlotte - Pahwa Savita - Tosato Giovanna - Zegans Leonard - Purtilo David - Brown Nathaniel - Schooley Robert - Brus Irena (1988), *Chronic fatigue syndrome: a working case definition,* "Annals of Internal Medicine", vol. 108, 1988, pp. 387-389.

Hopper Kim (1982), *Discussant comments following the organized session "The lure and haven of chronic illness"*, 81° Incontro annuale dell' American anthropological association, Washington D.C.

Jung Hwa Yol (1996), *Phenomenology and body politics*, "Body & Society", vol. 2, n. 2, giugno 1996, pp. 1-22.

Katon Wayne - Russo J. (1992), *Chronic fatigue syndrome criteria. A critique of the requirement for multiple physical complaints*, "Archives of Internal Medicine", vol. 152, 1992, pp. 1604-1616.

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 (1982), *Neurasthenia and depression. A study of somatization and culture in China*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 6, 1982, pp. 117-190.

Kleinman Arthur (1986), *Social origins of distress and disease*, Yale University press, New Haven.

Kleinman Arthur - Eisenberg Leon - Good Byron (1978), *Culture, illness and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*, "Annals of Internal Medicine", vol. 88, 1978, pp. 251-258.

Lancet (1956), *A new clinical entity*, vol. 1, p. 789.

Lancet (1996), *Editorial. Frustrating survey of chronic fatigue,* vol. 348, pp. 971.

Leder Drew (1990), *The absent body*, University of Chicago Press, Chicago.

Lipowski Z.J. (1988), *Somatization: the concept and its clinical application,* "American Journal of Psychiatry", n. 145, 1988, pp. 1358-1368.

Lock Margaret (1991), *Nerves and nostalgia. Greek-Canadian immigrants and medical care in Québec*, pp. 87-103, in Bibeau Gilles - Pfleiderer Beatrix (curatori), *Anthropologies of medicine. A colloquium on West European and North American perspectives*, "Curare", Special Issue, vol. 7, 1991.

Lock Margaret - Gordon Deborah (curatrici) (1988), *Biomedicine examined*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

Lock Margaret - Scheper-Hughes Nancy (1990), *A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent*, pp.47-72, in Johnson Thomas - Sargent Carolyn (curatori), *Medical anthropology. Contemporary theory and method,* Praeger Publishers, Westport.

Lutz Tom (1991), *American nervousness, 1903: an anecdotal history,* Cornell University Press, Ithaca, New York - London.

Manu Peter - Lane Thomas - Matthews Dale (1988), *The frequency of the chronic fatigue syndrome in patients with symptoms of persistent fatigue*, "Annals of Internal Medicine" vol. 109, 1 ottobre 1988, pp. 554-556.

Martin Emily (1994), *Flexible bodies. Tracking immunity in American culture. From the days of polio to the age of Aids*, Beacon Press, Boston.

Martin Emily (1996), *The body at work. Boundaries and collectivities in the late twentieth century*, pp. 145-159, in Schatzki Theodore - Natter Wolfgang (curatori), *The social and political body*, The Guilford Press, New York.

Matthews Dale - Lane Thomas - Manu Peter (1988), *Letter to the Editor,* "Annals of Internal Medicine", vol. 109, 15 Settembre 1988, pp. 511-512.

Mattingly Cheryl (1998), *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge University Press, Cambridge.

McEvedy Colin - Beard A.W. (1970a), *Royal Free epidemic of 1955: a reconsideration,* "British Medical Journal", 3 gennaio 1970, pp. 7-11.

McEvedy Colin - Beard A.W. (1970b), *Concept of benign myalgic encephalomyelitis*, "British Medical Journal", 3 gennaio 1970, pp. 11-15.

Medical Staff of the Royal Free Hospital (1957), *An outbreak of encephaliomyelitis in the Royal Free Hospital group, London, in 1955*, "British Medical Journal", 19 ottobre 1957, pp. 895-904.

Mellor Philip - Schilling Chris (1997), *Re-forming the body. Religion, community and modernity*, Sage Publications, London.

Moore Henrietta (1994), *A passion for difference*, Polity Press, Cambridge.

Mosso Angelo (1921 [1891]), *La fatica*, Fratelli Treves, Milano.

Munford D.B. (1993), *Somatization: a transcultural perspective,* "International Review of Psychiatry", vol. 5, 1993, pp. 231-242.

Nichter Mark (1998), *The mission within the madness: self-initiated medicalization as expression of agency*, pp. 327-353, in Lock Margaret - Kaufert Patricia (curatori), *Pragmatic women and body politics,* Cambridge University Press, Cambridge.

O'Brien Martin (1995), *Health and lifestyle: a critical mess? Notes on the dedifferentiation of health*, pp. 101-205, in Bunton Robin - Nettleton Sarah - Burrows Roger (1995), *The sociology of health promotion: critical analyses of consumption, lifestyle and risk*, Routledge, London.

Pizza Giovanni (1998), *"Così siamo composte noi...". Figure della corporeità femminile in un'area appenninica della Campania*, pp. 73-93, in Pizza Giovanni (curatore), *Figure della corporeità in Europa*, "Etnosistemi", anno V, n. 5, gennaio 1998.

Pool Robert (1994), *Dialogue and the interpretation of illness. Coversations in a Cameroon village*, Berg, Oxford.

Quaranta Ivo (1998), *Embodied politics of truth and existence. An anthropological investigation into chronic fatigue*, Dissertation in partial completion of the requirements for the M.Sc. in medical anthropology, Brunel University, London, 1998, (non pubblicata).

Rabinbach Anson (1990), *The human motor. Energy, fatigue, and the origins of modernity,* University of California Press, Berekely - Los Angeles.

Rabinbach Anson (1992), *Neurasthenia and modernity*, pp. 178-189, in Crary Jonathan - Kwinter Sanford (curatori), *Incorporations*, Urzone, Zone series vol. 6, The MIT Press, New York.

Radley Alan (1995), *The elusory body and social constructionist theory*, "Body & Society", vol. 1, n. 2, giugno 1995, pp. 3-23.

Radley Alan (1997), *The triumph of narrative? A reply to Arthur Frank*, "Body & Society", vol. 3, n. 3, settembre 1997, pp. 93-101.

Report from the National Task Force on chronic fatigue syndrome, post-viral fatigue syndrome, myalgic encephalomyelitis (1994), Westcare, Bristol.

Remotti Francesco (1996), *Tesi per una prospettiva antropo-poietica*, pp. 9-25, in Allovio Stefano - Favole Adriano (curatori), *Le fucine rituali. Temi di antropo-poiesi*, Il Segnalibro, Torino, 1996.

Remotti Francesco (1997), *Etno-antropologia. Un tentativo di messa a fuoco*, pp. 9-42, in Remotti Francesco (curatore), *Le antropologie degli altri. Saggi di etno-antropologia*, Scriptorium, Torino, 1997.

Ricoeur Paul (1986), *Ideology and utopia*, Columbia University Press, New York.

Robillard Britt (1997), *The wounded storyteller: body, illness, and ethics by Arthur Frank – Book Review*, "Body & Society", vol. 3, n. 2, giugno 1997, pp. 115-116.

Scarry Elaine (1990), *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, traduz. dall'inglese, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The body in pain. The making and unmaking of the world*, Oxford University Press, Oxford, 1985].

Scheper-Hughes Nancy (1994), *Embodied knowledge. Thinking with the body in critical medical anthropology*, pp. 229-239, in Borofsky Robert (curatore), *Assessing cultural anthropology,* Mc Graw Hill, New York - St. Louis - San Francisco - Auckland - Bogotà - Caracas - Lisbon - London - Madrid - Mexico City - Milan - Montreal - New Delhi - San Juan - Singapore - Sydney - Tokyo - Toronto.

Scheper-Hughes Nancy - Lock Margaret (1991), *The message in the bottle: illness and the micropolitics of resistance,* "The Journal of Psychohistory", vol. 18, n. 4, pp. 409-432.

Schilling Chris (1993), *The body and social theory*, Sage Publications, London.

Schutz Alfred (1973), *The structures of the life-world*, Northwestern University Press, Evanston.

Scott James (1990), *Domination and the arts of resistance: hidden transcripts,* Yale University Press, New Haven.

Sharpe Michael - Archard L. C. - Banatvala J. E. - Borysiewicz L.K. - Clare A.W. - David A. - Edwards R.H. - Hawton K.E. - Lambert H.P. - Lane R.J., *et al.* (1991), *A report - Chronic fatigue syndrome: guidelines for research,* "The Journal of the Royal Society of Medicine", vol. 84, 1991, pp. 118-121.

Shorter Edward (1992), *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era,* The Free Press, New York.

Shorter Edward (1993), *Chronic fatigue in historical perspective*, pp. 6-16, in Kleinman Arthur - Straus Stephen (curatori), *Chronic fatigue syndrome*, Ciba Foundation, John Wiley & Sons Ltd, New York.

Showalter Elaine (1997), *Hystories. Hysterical epidemics and modern culture,* Columbia University Press, New York.

Simons Jon (1995), *Foucault & the political*, Routledge, London - New York.

Straus Stephen *et al.* (1985), *Persisting illness and fatigue with evidence of Epstein-Barr virus infection*, "Annals of Internal Medicine", vol. 102, 1985, pp. 7-16.

Taussig Michel (1980), *Reification and the consciousness of the patient*, "Social Science and Medicine", vol. 14b, 1980, pp. 3-13.

Tirelli Umberto (1995), *La stanchezza. Quando diventa una malattia*, Sonzogno, Milano.

Toombs S. Kay (1992), *The body in multiple sclerosis: a patient's perspective*, pp. 127-137, in Leder Drew (curatore), *The Body in Medical Thought and Practice*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

Ware Norma (1992), *Suffering and the social construction of illness: the delegitimation of illness experience in chronic fatigue syndrome*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 6, n. 4, 1992, pp. 347-361.

Ware Norma (1993), *Society, mind and body in chronic fatigue syndrome: an anthropological view*, pp. 62-73, in Kleinman Arthur and Straus Stephen (curatori), *Chronic fatigue syndrome*, Ciba Foundation, John Wiley & Sons Ltd, New York.

Ware Norma (1994), *An anthropological approach to understanding chronic fatigue syndrome*, pp. 85-97, in Straus Stephen (curatore), *Chronic fatigue syndrome*, Marcel Dekker Inc, New York.

Ware Norma - Kleinman Arthur (1992a), *Culture and somatic experience: the social course of illness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome*, "Psychosomatic Medicine", vol. 54, 1992, pp. 546-560.

Ware Norma - Kleinman Arthur (1992b), *Depression in neurasthenia and chronic fatigue syndrome*, "Psychiatric Annals", vol. 22, 1992, pp. 202-208.

Ware Norma - Weiss Mitchell (1994), *Neurasthenia and the social construction of psychiatric knowledge*, "Transcultural Psychiatric Research Review", vol. XXXI, n. 2, 1994, pp. 101-124.

Wessely Simon (1991), *History of postviral fatigue syndrome*, "British Medical Bulletin", vol. 47, n. 4, 1991, pp. 919-941.

Wessely Simon (1994a), *The history of chronic fatigue syndrome*, pp. 3-44, in Straus Stephen (curatore), *Chronic fatigue syndrome*, Marcel Dekker, New York.

Wessely Simon (1994b), *Neurasthenia and chronic fatigue: theory and practice in Britain and America*, "Transcultural Psychiatric Research Review", vol. XXXI, n. 2, 1994, pp. 173-209.

Wessely Simon - Hotopf Matthew - Sharpe Michael (1998), *Chronic fatigue and its syndromes*, Oxford University Press, Oxford.

Williams Gareth (1984), *The genesis of chronic illness: narrative reconstruction*, "Sociology of Health and Illness", vol. 6, No 2, 1984, pp. 174-200.

World Health Organization (1992), *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical description and diagnostic guidelines*, World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (1993), *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research*, World Health Organization, Geneva.

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

Young Allan (1995), *The harmony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*, Princeton University Press, Princeton.

Scheda sull'Autore

Ivo Quaranta è nato a Roma il 21 gennaio 1972. Dopo essersi laureato presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" con una tesi intitolata *Itinerari antropologici allo studio della biomedicina*, si trasferisce a Londra. Qui consegue il Master of Science in Medical Anthropology con una ricerca sulla Sindrome da Affaticamento Cronico. Attualmente è iscritto al secondo anno del Dottorato di ricerca in antropologia culturale

ed etnologia, presso il Dipartimento di scienze antropologiche, archeologiche e storico-territoriali dell'Università degli studi di Torino, e sta conducendo una ricerca sull'epidemia dell'AIDS a Nso', nella provincia del Nord-Ovest del Camerun.

Si occupa di studi sociali relativi alle scienze e alla biomedicina con un interesse specifico per le malattie croniche e per l'attuale dibattito concernente una antropologia delle forme storiche di incorporazione.

È autore di una serie di dattiloscritti sulle principali questioni concernenti l'antropologia medica contemporanea, e di una pubblicazione *Il perché di un'antropologia della medicina*, sulla rivista *"Cibus. Giornale dell'alimentazione e delle patologie correlate"*, vol. 1, n. 2, agosto 1997, pp. 120-126.

Riassunto

Costruzione e negoziazione sociale di una sindrome: un'indagine antropologica sul contenzioso intorno alla CFS nel Regno Unito

Il presente lavoro esamina le politiche del sapere e del reale connesse al dibattito medico circa la definizione della sindrome da affaticamento cronico (CFS), e circa la sua legittimazione come "reale" condizione medica. L'esame dei processi socio-politici, che stanno alla base della produzione del sapere medico, consente di contestualizzare socialmente i discorsi culturali messi in scena dai resoconti dei soggetti, impegnati a interpretare la loro afflizione.

Scopo del presente lavoro è quello di indagare le politiche (istituzionali ed esistenziali) della malattia, alla luce delle quali la CFS emerge come una forma incarnata di resistenza, come una traccia incorporata delle disagiate relazioni tra corpo, sé e società, esprimendo così l'implicita richiesta di un diverso orientamento del soggetto nel mondo. I resoconti dei soggetti sono stati analizzati come catalizzatori di più ampi processi simbolici, l'analisi dei quali offre una via d'accesso allo studio delle locali forme storiche di incorporazione, e all'esame delle fitte relazioni costitutive che queste hanno con le forme storiche della socialità.

Résumé

Construction et négotiation sociale d'un syndrome : une recherche anthropologique sur la dispute autour de la CFS dans le Royaume Uni

Cette étude propose une analyse des politiques du savoir et du réel associées au débat médical sur la définition du syndrome de fatigue cronique (CFS), et sur sa légitimation

en tant que véritable condition pathologique. La reconstruction des processus socio-politiques qui sont à la base de la production du savoir médical, permet de contextualiser socialement les discours culturels mis en scène par les récits des sujets qui cherchent à interpréter leur souffrance. L'auteur se propose d'examiner les politiques (institutionnelles et existentielles) de la maladie, à la lumière desquelles le CFS apparaît en tant que forme incarnée de résistance, trace incorporée des relations dérangées entre corps, soi et société, exprimant une demande implicite de réorientation du sujet dans le monde. Les récits des sujets ont été analysés en tant que catalyseurs de plus amples processus symboliques, offrant une voie d'accès à l'étude des formes locales et historiques d'incorporation, ainsi qu'à l'examen des relations entre ces dernières et les formes historiques de la socialité.

Resumen

Construcción y negociación social de un síndrome: una investigación antropológica sobre el contencioso acerca del CFS en el Reino Unido

El presente trabajo examina las políticas del saber y de la realidad relacionadas con el debate médico sobre la definición del síndrome de fatiga crónica (CFS), y sobre su legitimación como "real" condición médica. El examen de los procesos socio-políticos, en la base de la producción del saber médico, prepara el terreno para contextualizar socialmente los discursos culturales que entran en juego a través de los relatos de los sujetos que interpretan su aflicción.

Objetivo del presente trabajo es el de indagar las políticas (institucionales y existenciales) de la enfermedad, a la luz de las cuales la CFS emerge como una forma encarnada de resistencia, como una huella incorporada de las incómodas relaciones entre cuerpo, sujeto y sociedad, expresando así el pedido implícito de una orientación diferente del sujeto en el mundo. Los relatos de los sujetos han sido analizados como catalizadores de procesos simbólicos más amplios, cuyo análisis ofrece una vía de acceso al estudio de las locales formas históricas de incorporación, y al examen de las densas relaciones constitutivas que éstas tienen con las formas históricas de la socialización.

Abstract

Constructing and negotiating illness: an anthropological inquiry on the debate concerning CFS in the United Kingdom

In this work I undertake an analysis of the politics of knowledge and reality entailed by the medical debate concerning the definition of chronic fatigue syndrome (CFS),

and its legitimisation as a "real" medical condition. The investigation of the socio-political processes of production of medical knowledge sets the scene to socially contextualize the cultural discourses performed by the sufferers' interpretations of their illness.

My task is to analyse the politics of illness (both: institutional as well as existential), and to show how according to such politics CFS emerges as an embodied form of resistance, expressing the dis-eased relationships between body, self and society, and calling for their different configuration.

Sufferers' accounts are investigated as catalysts of broader symbolic processes, whose analysis gives us a way to examine the historical forms of embodiment and their relationships with the historical forms of sociality.

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica / 7-8, ottobre 1999, pp. 173-200

L'esperienza del corpo e la percezione del rischio delle malattie da amianto nelle narrazioni degli emigrati italiani alla miniera di Wittenoom, Western Australia(*)

Francesca Cappelletto - Enzo Merler

Francesca Cappelletto: ricercatrice, Dipartimento di psicologia e antropologia culturale, Università degli studi di Verona / Enzo Merler: epidemiologo, Unità di epidemiologia, Centro per lo studio e la prevenzione oncologica, Azienda ospedaliera Careggi, Firenze

1. Introduzione

In questo articolo si analizza qual'è stata la percezione e la comunicazione del rischio delle malattie da amianto fra gli emigrati italiani che hanno lavorato alla miniera di crocidolite di Wittenoom, dopo aver documentato le pratiche sociali di diversi attori (Merler E. in corso di stampa).

La percezione e la gestione del rischio sono analizzate attraverso le narrazioni di migranti tuttora viventi, che intendiamo analizzare per la loro dimensione sociale, ideologica, etnografica e storica. Il corpus di narrazioni che discutiamo è ricco di riferimenti che collocano l'esperienza individuale in un contesto più ampio. Il tema delle implicazioni antropologiche delle narrazioni sulla malattia ha ricevuto un approfondimento relativamente alle forme della malattia come parte di una costruzione culturale (Douglas M. 1982 [1996], Good B. 1994 [1999], Greenhalgh T. - Hurwitz B. 1999). La nostra analisi si situa all'intersezione di due versanti: le narrazioni come racconto ri-vissuto dell'esperienza (l'etnografia della malattia) e le narrazioni come forma di conoscenza storica. Le memorie dell'emigrazione costituiscono testimonianze autobiografiche che vanno comprese in un contesto sociale: hanno un contenuto sia simbolico che storico e, in esse, elementi di coscienza sociale sono fusi con elementi strettamente soggettivi. I ricordi dei migranti sono una forma di narrazione che permette di apprezzare l'esperienza vissuta degli attori sociali,

in quanto costituiscono le reti di rappresentazione di un fenomeno (GOOD B. 1994).

Esistono pochi studi antropologici sulla percezione del rischio in esposti a sostanze cancerogene (KAPROV M.L. 1985) e nella letteratura antropologica è raro imbattersi in studi che mettano a confronto narrazioni e attori sociali.

L'amianto è stato spesso discusso come un *case-study* per le politiche di sanità pubblica (KOTELCHUCK D. 1987, OZONOFF D. 1988), essendo una delle poche sostanze che sono state eliminate dall'utilizzo e dalla commercializzazione per impedire effetti tossici e cancerogeni (MICHAELS D. 1988) [1].

La produzione industriale dell'amianto risale alla fine dell'Ottocento. Gli effetti nocivi diventano noti rapidamente, dall'inizio del Novecento, per quanto riguarda l'asbestosi; a partire dagli anni '30, per quanto riguarda il rischio di mesoteliomi e tumori polmonari.

Quanto è accaduto alla miniera di Wittenoom, attiva tra il 1939 ed il 1966 in Australia, ha avuto negli ultimi decenni una forte eco. Molti anni dopo la chiusura dell'attività estrattiva, gli ex-lavoratori, concentrati nell'area urbana di Perth, hanno notato la crescente frequenza tra i compagni di lavoro di decessi per asbestosi e mesotelioma ed hanno avviato cause civili per il riconoscimento del danno subito. Per sostenere i propri diritti hanno allora creato una associazione volontaria (*Asbestos Diseases Society* di Perth), per la cui nascita e affermazione diversi italiani che avevano lavorato a Wittenoom hanno svolto un ruolo rilevante. Ne è derivato un impulso alla identificazione nominativa dei lavoratori e dei residenti e la richiesta al Dipartimento di Sanità Pubblica di avviare studi sugli effetti a lungo termine dell'esposizione lavorativa ed ambientale: la dimensione del danno – in termini di numero e decessi per asbestosi, decessi per tumori respiratori e mesoteliomi – e quella che è stimata si svilupperà nel futuro, hanno portato a definire Wittenoom un "moderno disastro industriale" (MUSK A.W. *et al.* 1992).

Come è successo per molte altre attività industriali australiane dal secondo dopo guerra, la produttività della miniera si è basata sui migranti. Tra gli addetti di Wittenoom figurano migranti da 52 paesi (MERLER E. *et al.* 1999), ma gli italiani hanno costituito il più numeroso gruppo di emigrati non anglofoni. La loro presenza è aumentata progressivamente. Pochi risultano quelli presenti nei primi anni di attività della miniera, reclutati tra i migranti già presenti in Western Australia. Una cinquantina furono reclutati nel 1951 da *managers* della miniera venuti appositamente in Italia alla ricerca di minatori o di addetti alla perforazione. Il resto degli italiani è

stato reclutato tra gli emigranti giunti in Australia in seguito agli accordi bilaterali tra Australia ed Italia, il primo attivo dall'aprile 1952, che prevedevano un afflusso di 20.000 migranti all'anno.

La miniera e l'impianto di trattamento del minerale sono state gestite dal 1943 dalla *Australian Blue Asbestos Ltd.* (ABA), impresa appositamente creata, con sede a Perth, capitale del Western Australia, il cui capitale di maggioranza apparteneva alla *Colonial Sugar Refinery Company Ltd.* (CSR), con sede a Sydney, una delle più importanti aziende australiane dell'epoca. Si trattava nei fatti di una modesta attività estrattiva, di interesse per gli obiettivi di sviluppo della CSR nel campo dell'edilizia e dell'isolamento termico. La CSR non possedeva una adeguata esperienza mineraria, pur gestendo un'altra miniera di amianto crisotilo in un altro stato. Gli impianti a Wittenoom furono avviati con attrezzature di seconda mano e, per affrontare gli aspetti tecnici, ci fu bisogno della consulenza delle miniere canadesi di amianto, delle imprese di amianto americane e delle miniere di amianto del Sud Africa. Questo sottolinea la rete di rapporti che esisteva tra i produttori di amianto dell'epoca, quando erano già noti gli effetti nocivi dell'amianto.

A Wittenoom la crocidolite era presente in vene nella roccia che formava le colline e veniva estratta penetrando le colline con gallerie. Per avere il meno possibile di materiale di scarto, veniva imposto ai minatori di scavare cunicoli dell'altezza di 90-120 centimetri. Il materiale estratto veniva portato all'impianto di trattamento dove, dopo essere stato selezionato manualmente, entrava in un frantoio e quindi in cicloni che isolavano le fibre. Queste erano impaccate manualmente in sacchi di juta, caricati su camion e trasportati verso i piccoli porti del nord per essere imbarcati e venduti.

I minatori venivano pagati a cottimo, in base alla quantità di minerale estratto. Nelle altre attività, invece, era molto frequente la richiesta di ore straordinarie, fino al raddoppio del turno. I dipendenti vivevano in un villaggio, Wittenoom, sorto dal nulla nel deserto e composto da alcune strutture (un *pub*, una infermeria, un asilo e una scuola elementare, un ufficio postale), da circa 150 case per minatori, e dalle case dei quadri direttivi. Il governo e lo stato hanno finanziato con molto entusiasmo la miniera, abbassando le imposte dell'area, favorendo la costruzione di strade e delle case per i minatori (che la miniera affittava). Gli impianti di produzione inquinavano tutto l'abitato, essendo privi di filtri e per essere situati a breve distanza dal villaggio. Gli scarti di lavorazione, inquinati da fibre, sono stati largamente usati per la costruzione di strade, case, impianti, ad esempio per la pista dell'ippodromo e dell'aeroporto.

La miniera di Wittenoom è stata sottoposta in maniera continuativa ad ispezioni del Corpo delle Miniere (che dipendeva dal Dipartimento delle Miniere), che effettuava sopralluoghi e misure della polverosità. I dipendenti sono stati sottoposti a controlli sanitari da parte di strutture pubbliche. Ottenevano il permesso alla emigrazione solo gli italiani che superavano una selezione anche medica, particolarmente attenta ad escludere i soggetti affetti da malattie respiratorie (in primo luogo la tubercolosi) (Mckay S. R. 1953). Per poter essere assunti per il lavoro a Wittenoom, doveva essere svolta una nuova visita medica comprensiva di radiogrammi del torace, di solito presso la Clinica delle malattie respiratorie di Perth. Circa ogni due anni si recava a Wittenoom un camion attrezzato del Dipartimento delle Miniere, *Commonwealth Health Laboratory*, struttura pubblica incaricata di effettuare la sorveglianza sanitaria dei minatori con sede a Kargoroolie, la zona delle miniere d'oro, la cui attività passò nel 1954 sotto lo stato del Western Australia. A tutti i presenti venivano svolti esami radiografici del torace e la ricerca del bacillo di Koch nell'escreato (Darroch D.A. 1993, Outhred K.G. 1953). In teoria i minatori addetti alla perforazione avrebbero dovuto essere sottoposti ad un controllo radiografico annuale, gli altri ad uno biennale, per rispondere alla legislazione sui minatori varata nel 1925 (*Miner's Pthisis Act*). Dal 1958 in avanti risulta che un medico svolgesse una visita e che, a partire da questa data, coloro che presentavano gravi segni e sintomi di patologie respiratorie fossero consigliati o inviati all'Ospedale di Perth. Quello che è certo è che, in base alla legislazione sulla tubercolosi, venivano allontanati dal lavoro ed inviati in sanatorio per accertamenti tutti i soggetti sospettati di essere affetti da tubercolosi.

2. Materiali e metodi

Dall'analisi della lista nominativa dei 6911 dipendenti Aba (Armstrong B. 1988) sono stati identificati 1102 italiani (il 17% del totale) e, attraverso diverse attività, è stato possibile verificare che 302 di questi soggetti erano rientrati in Italia entro il 1998 (Merler E. - Ercolanelli M. - De Klerk N. 2000). Negli anni 1995-1999 è stata svolta una ricerca sul campo, effettuando 137 interviste dirette (42%) o telefoniche (58%): 110 interviste dirette e telefoniche a persone viventi ritornate in Italia, 7 interviste dirette a parenti di deceduti dopo essere ritornati in Italia, 20 interviste dirette a italiani rimasti nel Western Australia. Le interviste personali sono state svolte al domicilio degli informatori ed hanno avuto una durata da 2 a 8 ore e diversi informatori sono stati sentiti più volte. Queste interviste sono

state svolte con i soggetti ritornati e residenti in Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli, Emilia-Romagna, Toscana, Abruzzo, Marche, curando in particolare il contatto con alcune aree da cui risultavano emigrazioni a *cluster*. Interviste telefoniche sono state svolte con i residenti in Calabria e Sicilia.

Pur essendo già deceduta circa la metà degli ex-lavoratori di Wittenoom ritornati in Italia, si è cercato di scegliere informatori che presentassero caratteristiche significative per lo studio della percezione del rischio: essere rappresentativi di diverse età all'inizio del lavoro a Wittenoom, aver lavorato per periodi di diversa lunghezza (per pochissimo tempo o molto a lungo) aver lavorato alla miniera in diversi periodi, essere emigrati senza avere parenti in Australia e a Wittenoom o essere partiti su chiamata di parenti già presenti in Australia. La scelta è stata resa possibile dal fatto che si disponeva dell'informazione sulla durata ed il periodo di lavoro a Wittenoom e sull'età al lavoro, mentre le altre caratteristiche sono state progressivamente acquisite procedendo nella rete di contatti e potendo decidere, quindi, a chi rivolgersi.

3. Risultati e discussione

3.1. Un esempio di città-fabbrica

Per la gran parte delle persone con le quali abbiamo parlato, Wittenoom ha rappresentato un momento all'interno di un processo migratorio. Il gruppo degli italiani emigrati in Australia era caratterizzato da instabilità e mobilità lavorativa orizzontale. Per il 31% delle persone intervistate Wittenoom è stata l'ultima tappa di lavoro, prima di lasciare definitivamente l'Australia, e un numero così elevato di abbandoni definitivi è da mettere in relazione con il raggiungimento di un limite di resistenza fisico o psicologico.

Wittenoom era un'enclave mineraria geograficamente isolata, con una temperatura, specie d'estate, elevatissima. Un emigrato, che adesso ha circa sessant'anni, ricorda il momento del suo arrivo:

> «...dall'aeroplano vedevo che tutta la gente in aeroporto andava avanti e indietro, continuavano a muoversi... chiesi ad uno in aereo cosa stavano facendo, forse stanno marciando?, "no – mi rispose uno – devono muoversi, altrimenti gli si cuociono le suole delle scarpe". E dovevano muoversi, sempre, anche quando erano all'ombra. Poi ho dovuto fare anch'io così».

L'isolamento fisico e sociale è una delle caratteristiche ricorrenti delle comunità minerarie in tutto il mondo, che influenza le forme di reclutamen-

to del lavoro, l'organizzazione politica e i modelli di dinamica della popolazione (Godoy R. 1985) Le caratteristiche demografiche dei lavoratori di Wittenoom sono sintetizzabili nello stereotipo del 'maschio, giovane e non sposato', con un'età all'immigrazione dai 18 ai 35 anni.

Wittenoom può essere equiparata alle città-fabbrica della letteratura antropologica, ad esempio alle città minerarie per l'estrazione del rame in Sud-Africa descritte negli anni Cinquanta da Epstein**,** dove la miniera era in sé un'unità contenuta, industriale, amministrativa e residenziale. La miniera di Wittenoom possedeva e controllava tutto. La città mineraria e il centro abitato presentavano una dimensione razziale, che si rifletteva nell'organizzazione spaziale. I lavoratori venivano suddivisi in due gruppi, gli sposati con le loro famiglie, e in non sposati, e questi ultimi vivevano nelle condizioni abitative peggiori. Tutti i lavoratori vivevano nel centro abitato, mentre i capi del personale abitavano fuori, in case fra loro separate, vicino all'entrata della miniera, cioè nel punto paesaggisticamente più gradevole. La dimensione razziale si esprimeva poi nella rigida stratificazione sociale secondo la quale l'*élite* includeva i *managers*, i caposquadra (*foremen*) e i capiturno, in genere australiani; il resto era composto da circa 200 minatori e addetti all'impianto, che lavoravano, ripettivamente, a cottimo o a salario.

L'assegnazione ad una mansione risulta correlata all'appartenenza etnica dei lavoratori. Gli italiani, che in Australia erano chiamati "i Cinesi d'Europa", occupavano, insieme agli aborigeni e agli altri operai dequalificati di paesi europei poveri, i gradini più bassi della scala lavorativa. Benché alcuni emigrati siano stati reclutati direttamente dalla compagnia in zone minerarie italiane, la gran parte di loro non possedeva una precedente esperienza di lavoro industriale o di miniera ed è stata poi assunta come manodopera non qualificata. La posizione più bassa veniva attribuita a coloro che lavoravano all'impianto di trattamento (*mill*) del minerale, il lavoro più controllato e meno pagato, più polveroso e più pericoloso (Layman L. 1983). Ai lavoratori del *mill* veniva riconosciuta una indennità economica per la polverosità, una cifra irrisoria, ma che costituiva un riconoscimento del fatto che il lavoro era pericoloso per la salute. Richiesti nelle interviste di descriverci il lavoro al *mill*, i minatori ci hanno riferito che il livello di polverosità era insopportabile, un minatore ha definito il *mill* «un cimitero». Di converso, gli addetti al *mill* consideravano il lavoro dei minatori rischioso, difficile e scomodo. Abbiamo notato che gli addetti al trattamento non erano (e non lo sono neppure oggi) a conoscenza del fatto che i minatori guadagnavano perlomeno il doppio di loro (grazie al sistema del lavoro a cottimo, non presente al *mill*), un indicatore questo della scarsa comunicazione tra i lavoratori e dell'egemonia della compagnia.

I minatori ("scrapisti" e perforatori, cioè addetti al caricamento del materiale rimosso dal fronte e addetti ai martelli pneumatici) lavoravano piegati, a carponi, «come gli indiani», e si ferivano se urtavano contro il soffitto della galleria.

> «Lavoravano come gli indiani» «come i conigli, in tre piedi di altezza, come un quadrupede».

Un perforatore ricorda:

> «in ginocchio; io ci avevo tutto rovinato la schiena, ci avevo una piega così dietro...perché come toccavi sopra, dopo, quella roccia ci lasciava... come le mammelle delle donne...lasciava... così, la pietra era rotonda sotto, veniva appuntita quasi. E allora tu come lavoravi che andavi in ginocchio, qualche volta andavo con la schiena...C'è ancora i segni, una rosa così... quelle piaghe».

Una dimensione razziale definiva sia i ruoli lavorativi («neanche gli schiavi andavano sottoterra, neanche i carcerati, giusto gli italiani» «i *British* neanche a immaginarselo») sia il sistema di rappresentazione culturale, in cui l'immagine saliente è quella dell'andare sottoterra:

> «Non entravano sottoterra i tedeschi, non volevano mai andare sotto. Quindi le razze che erano sottoterra erano italiani, austriaci, polacchi, jugoslavi... greci e tedeschi non andavano mai sotto. Forse avevano paura, non so. Non volevano...».

Gli emigranti riferiscono di una scala razziale, relativa ai gruppi etnici, anche quando parlano di resistenza al lavoro. L'intera esperienza di Wittenoom viene vista, a distanza, come un test di resistenza, specie nelle testimonianze di quegli informatori che sono parenti di minatori a Wittenoom, e cioè persone che non hanno sperimentato in prima persona quegli eventi, ma li hanno sentiti raccontare da altri. In questi casi la storia è già stata narrata, perde la sua qualità di esperienza autobiografica e diventa un racconto, una forma storica di memoria, espressa in una forma schematica e in un tono epico. Per esempio la moglie di un minatore ha detto che alcuni non sono semplicemente riusciti a resistere:

> «Lui [il marito] ci ha resistito circa 18 mesi. C'è chi cadeva da una parte, chi cadeva da un'altra, per il caldo. Dice, il lavoro è stato molto, molto duro... come fai a resistere? Perché ci stava un po' di giorni, se ne andavano via le persone... e lui ha detto "io sono stato forte, perché sono resistito"... Ci stavano un po' di giorni e andavano via, le persone... e lui ha detto: "Ho resistito"».

Gli italiani reclutati nel primo periodo hanno percepito Wittenoom come un luogo di segregazione, si sentivano presi in trappola, e questa sensazione è un tratto ricorrente nelle narrazioni dei minatori che appartengono al gruppo reclutato in Italia. Nelle narrazioni delle persone viene elaborata in modo abbastanza formalizzato l'idea del confino. Esiste una sorta di

mito di fondazione di Wittenoom, una storia che sfuma in quella dell'Australia in generale, secondo la quale Wittenoom fu in origine un luogo di detenzione dove i galeotti venivano abbandonati: uno di questi, narra il mito di fondazione locale raccolto tra gli emigrati italiani, lasciò il campo in cerca di oro e invece dell'oro scoprì il deposito di amianto. L'esperienza di segregazione è riflessa nel soprannome, quasi una metafora, di *death row,* che designava la sezione dormitorio dei *singles*. Semplicemente non potevano andarsene, decidere di lasciare Wittenoom e di ritornare in Italia. Un informatore ha raccontato che se ne andò da Wittenoom perché non accettava l'imposizione a lavorare come minatore nel sottosuolo, ma venne identificato dalla polizia a Perth e rispedito forzatamente a Wittenoom. Nel 1952 due minatori, parenti tra loro, inviarono a casa una loro fotografia del paese di Wittenoom, che recava scritta sul retro le parole "campo di concentramento di Wittenoom Gorge". Morirono ambedue in Italia, uno di asbestosi e l'altro di tumore del polmone.

Agli emigrati in Australia reclutati per Wittenoom era invece permesso di licenziarsi, a condizione che avessero saldato tutti i debiti contratti con la miniera. Questo secondo gruppo di emigrati ha percepito il lavoro a Wittenoom come pericoloso o mortale. Circa il 30% di loro si è rifiutato di restare più a lungo di qualche giorno, o comunque più del tempo necessario per accumulare il denaro per un biglietto aereo di ritorno.

Il denominatore comune dei entrambi questi emigranti è rappresentato dal desiderio di lasciare Wittenoom. Molti si spaventavano talmente all'arrivo che cercavano di scappare saltando sui camion che trasportavano i sacchi di amianto. La fuga clandestina non era facile a causa dell'isolamento fisico della miniera e del controllo congiunto esercitato dalla miniera e dalla polizia. La partenza rappresentava una decisione critica, indipendentemente dal fatto che fossero pendenti debiti con la miniera spesso accumulati con il gioco d'azzardo, una caratteristica ricorrente nella vita sociale a Wittenoom. Era una decisione critica anche perché la disoccupazione divenne in un problema acuto in Australia negli anni '60. Nelle interviste si riflette un'oscillazione continua tra il desiderio di scappare («se non scappi subito, muori lì») e le difficoltà che si opponevano alla fuga («dove andavi?»). Lo stato di virtuale impotenza persisteva finchè qualcosa, magari un piccolo incidente o l'occasione delle ferie, non faceva sì che venisse presa una decisione. Questa situazione nel suo insieme può essere descritta, nei termini della psicologia della crisi, come un'esperienza traumatica che creava una sorta di area grigia (Erikson K. 1995). L'interpretazione è avvalorata dalla quasi completa assenza di comunicazione, che si riferirà relativamente alla comunicazione del rischio. Molti semplicemente scomparivano:

> «Sparivano – dice un minatore che si è stabilito in Australia – certi stavano due giorni e andavano via, certi stavano un giorno: arrivavano la mattina, partivano la sera. Certi un bel momento non li vedevi più: Dov'è andato Carlo? Non so, dice che andava via...ma di quelli che sono andati via non ho mai saputo più niente, sono spariti, fine della storia...».

L'esperienza di lavoro a Wittenoom ha funzionato da rinforzo dell'attitudine a cambiare lavoro frequentemente. Il *turn over* elevato, che è un tratto strutturale della presenza dei minatori italiani a Wittenoom, deve essere visto come il risultato delle condizioni di lavoro difficili o estreme, ma si adattava bene alla politica della miniera il cui obiettivo era disporre di un nucleo di lavoratori stabili (i capi e la manodopera qualificata, elettricisti, carpentieri, etc., e i perforatori) e di un'ampia riserva di manodopera non permanente. Il bisogno di rimpiazzare la manodopera che abbandonava Wittenoom era l'aspetto più rilevante del processo di reclutamento nel quartiere generale della miniera a Perth dove venivano organizzati tre voli alla settimana in un ritmo di reclutamento febbrile. L'immagine che ne risulta è quella della città mineraria come un porto di mare, con gente che andava e veniva e improvvisamente spariva. La transitorietà era un elemento che pervadeva a Wittenoom ogni aspetto della vita sociale. È come se ciascun lavoratore si fosse reso disponibile a un breve periodo di intenso sfruttamento. Tutto era più veloce e più intenso possibile: l'apprendistato in miniera era breve; le ore di lavoro prolungate a dismisura, le ferie trasformate in giorni di lavoro; le condizioni abitative caratterizzate da un carattere effimero (le baracche dei *singles* erano di zinco, come le baracche per gli attrezzi da lavoro): non c'era senso di continuità e modesti progetti di miglioramento.

È ragionevole chiedersi se questo aspetto transitorio, improntato alla categoria del 'più veloce possibile', non sia stato consapevolmente pianificato, in base alla conoscenza basata sull'osservazione medica di quegli anni, che «solitamente la polvere non ha conseguenze repentine sulla salute dei minatori, ma i primi effetti si fanno sentire quando egli è già avanti negli anni» (McNulty J. 1968). L'organizzazione sociale del lavoro in base alla quale molti lavoratori venivano sottoposti per brevi periodi a una intensa esposizione a polvere di amianto ha influenzato la velocità dell'insorgenza dell'asbestosi. La malattia è dipendente dalla dose e dalla durata dell'esposizione. Il fattore tempo (esposizioni di breve durata nel tempo, pochi mesi, ma di intensità estrema) emerge come un fattore cruciale nell'organizzazione del lavoro e nelle conseguenze sulla salute delle persone che hanno lavorato a Wittenoom.

Abbiamo raccolto le risposte di 46 persone sui motivi che li hanno portati ad abbandonare il posto di lavoro a Wittenoom (Merler E. *et al.* 1999). La decisione di partire è il risultato di varie condizioni tra loro interrelate, tra cui la più citata è il livello insostenibile di polverosità: il 48% delle persone intervistate riferisce che la intensità della esposizione ad amianto rappresentava il motivo per cui avevano deciso di abbandonare Wittenoom. Tra i lavoratori assunti nel primo periodo (1948-1958) la percentuale sale al 52%; tra coloro che lasciano Wittenoom tra il 1959 e il 1966 la percentuale scende al 30%. La polverosità viene citata più frequentemente come il motivo dell'abbandono in coloro che sono rimasti per un periodo più breve.

3.2. La percezione del rischio

L'idea di molti intervistati è che le fibre di amianto «pungono», «punzecchiano», «se si suda, si smuovono», «bucano il polmone, come una roba di vetro che taglia dentro, rovina dentro. Tu mangi sta polvere e rimane dentro». Un'altra idea espressa è che la polvere d'amianto è un agente che «si conficca come degli spilli nelle borsette dei polmoni» e «riempie i polmoni», «la polvere rimane attaccata»; una volta che è penetrata «mangia» «taglia i polmoni, il fegato». Altri sostengono che la polvere penetrata nei polmoni sia come un pus che si forma nel corpo e può essere rimosso: «se c'aveva la polvere al primo [grado] diceva che facilmente poteva spurgare, poteva guarire; se ce l'aveva al terzo grado dice che non c'era più niente da fare».

Che la polvere possa essere rimossa è in stretto parallelo con la concezione che possa essere «digerita»: «alcuni la digeriscono», cioè le fibre possono essere facilmente rimosse dai polmoni.

Parecchi minatori hanno indicato che l'azione della polvere nel corpo è assimilabile a quella di una malattia trasmissibile: la polvere «si prende». Il contagio derivava dal fatto che la polvere invadeva e penetrava ogni cosa, anche se le modalità del contagio non vengono esplicitate: «è morta pure la moglie, stava lì. Siccome dice che quello è contagioso, insomma... La moglie lavava la biancheria di questi minatori». Questa immagine riflette la possibile sovrapposizione della tubercolosi, l'unica malattia della quale coloro che erano incaricati della sorveglianza sanitaria hanno parlato fino agli anni '60.

Respirare fibre di crocidolite è riferito dagli intervistati non essere causa di asbestosi, ma di tubercolosi o silicosi. Correvano voci sulla tubercolosi: «[i miei amici] erano tutti al sanatorio, tutti pieni di polvere». Per molti, essere

"pieni di polvere" equivale ad essere spediti al sanatorio «L'hanno spedito a Perth perché era ammalato... tubercolosi, penso». Un migrante ricorda un compagno di lavoro della Valtellina:

> «un bravissimo minatore, faceva soldoni. Aveva il taco [la fibrosi] nei polmoni. L'hanno portato via e sulla porta della baracca hanno messo la scritta: "*Danger, keep out*" perché dicevano che era tubercolosi. Sulla porta del *mill* dove lavorava qualcuno aveva scritto "Chi entra non esce, TB"».

Per altro verso, può essere osservata una comprensione ben strutturata della intensità e diffusione del rischio che era presente a Wittenoom: «Insomma la polvere arrivava un po' a tutti. Queste particelle di crocidolite piano piano attaccano un po' tutti: non so cosa sarà».

La polvere viene pensata agire su più livelli: è respirata, mangiata, e penetra nella pelle. Di queste tre azioni la più rilevante è ritenuta quella per inalazione: depositandosi la crocidolite «riempie i polmoni e li chiude» («è pieno» è l'espressione ellittica più comunemente usata per dire "è malato"); «non era più capace di respirare aria... i polmoni non si aprono, quando sono chiusi sono chiusi dalla polvere»; «i bergamaschi avevano tutti i polmoni spaccati, mentre erano là, a Wittenoom Gorge, per quella malattia, quel veleno».

La metafora del corpo che "scoppia" si riferisce all'idea diffusa che i polmoni si riempiano progressivamente e non possano più funzionare perché la polvere che non può venire espulsa. L'accumulo può avvenire anche tra tipi diversi di polvere, ad esempio, un minatore parla di un compagno che «è diventato pazzo perché aveva la polvere del rame e anche quella dell'asbesto». Gli effetti nel tempo si misurano con l'impossibilità di tornare sani come prima e nel passare ad un nuovo fisico nuovo, quello di un malato cronico e con prognosi infausta. Per gli ammalati meno gravi viene indicato che chi è colpito è affetto da "bronchite cronica", ma in ogni caso gli effetti della polvere sono qualcosa che «non ci si può più levare di dosso».

I tentativi di spiegazione delle malattie derivate dall'amianto sono caratterizzati dall'osservazione attenta delle modificazioni prodotte dalla polvere nel proprio corpo e in quello dei compagni di lavoro, nei quali hanno osservato, giorno dopo giorno, il progredire inarrestabile della malattia. La percezione del rischio si è formata non come esperienza individuale ma come forma di conoscenza condivisa all'interno di una rete interpretativa e quindi come parte di un modello culturale.

Per molti lo sforzo di comprendere era largamente basato sull'osservazione. Le loro visite agli amici negli ospedali a Perth erano parte del tentativo

di comprendere cosa succedesse. L'immagine che ne risulta è, ancora oggi, sfuocata. Come afferma uno di loro:

> «I gravi li mandavano a Perth...io andavo a trovarli in ospedale nel '54, '55, fino al '56, Gli tiravano tutti i denti , forse per l'infezione, sia quelli di sopra che di sotto. All'ospedale di Perth ne sono morti parecchi. Erano ingrassati molto. C'era un ospedaletto anche a Wittenoom. Non glielo dicevano direttamente che male avevano. Più di tutto tubercolosi... Appena arrivati [in ospedale] gli tiravano tutti i denti».

Un altro ricorda un amico che era stato ricoverato all'ospedale perché «aveva un'infezione da *bleu asbestos*»:

> «Loro [i medici] facevano i raggi ogni sei mesi. Chi risultava che aveva un'infezione ai polmoni lo mandavano in ospedale, chi risultava che aveva la tubercolosi gli tiravano tutti i denti. Tamponavano, così la tubercolosi non passava ad altri». «L'effetto del *bleu asbestos* li fa ingrassare e indebolire, e muoiono...[un mio amico] era un magrolino, quando andavo a trovarlo in ospedale era diventato gonfio come un lottatore di lotta [si tratta della conseguenza della somministrazione di alti dosaggi di corticosteroidi]. E poi scoppiavano all'improvviso. Gli tiravano tutti i denti. Denti meravigliosi!» [la estrazione di tutti i denti veniva eseguita per eliminare ogni possibile foco di infezione].

Non si tratta dell'unico informatore che richiami l'attenzione sulla dentatura. Nel corso delle interviste, infatti, i denti divengono sinonimo di salute. Prima di essere ammessi come emigranti per l'Australia, gli agenti della miniera avevano controllato con rigore i loro denti:

> «Mi hanno fatto una visita, le lastre e tutto... fin i denti mi hanno guardato. Bocca a posto, prima cosa, se no ti scartavano».
>
> «C'era un gruppo di dottori [quando fu scelto in Italia, tra i reclutati del 1951] e ti cercavano anche il più piccolo difetto. Ti guardavano in bocca e se ti mancava un dente eri scartato. Se ti mancava un'unghia di un piede, se avevi gli occhiali, non ti prendevano. Volevano solo gente che fosse perfetta».

Con l'estrazione dei denti a coloro che avevano lavorato a Wittenoom il cerchio simbolico si chiude. Come ha detto un sopravvissuto: «Dovevi essere forte come una quercia... sano e forte; quando avevano finito con te, allora potevano estrarti a forza tutti i denti». Possedere una dentatura impeccabile – il simbolo di uno stato di salute perfetta – era il criterio usato al momento della selezione.

Nell'insieme, queste testimonianze sottolineano che fin dagli anni '50 diversi italiani vennero ospedalizzati a Perth e compresero che malattie respiratorie dovute all'azione dell'amianto respirato si sviluppavano anche dopo aver lasciato il lavoro. Coloro che erano responsabili della sorveglianza sanitaria affermarono, invece, di essersi resi conto solo negli anni '60 della presenza di effetti a lungo termine (Edler J.L. 1967, McNulty J. 1968).

3.3. La comunicazione del rischio: «Non eri mai sicuro di quello che avevi visto, di ciò che era successo»

Viene riferito dagli informatori che all'assunzione negli uffici della miniera di Perth veniva loro chiesto se fossero fumatori e venivano preferiti i non fumatori o i fumatori di poche sigarette. A nessuna persona tra quelle da noi contattata fu fornita alcuna informazione sui rischi del lavoro che avrebbero iniziato. Due minatori ci hanno riferito che l'impiegato addetto all'ufficio di reclutamento della compagnia, che appariva affetto da asbestosi e che aveva lavorato a Wittenoom, li mise in guardia affermando che il lavoro non era sano. La risposta più frequente alla nostra domanda su quanto era stato riferito a proposito dei rischi di quel lavoro è stata: «non ci è stato detto niente dell'amianto» «non ci è stato detto niente» «non ti dicevano: "guarda è pericoloso"».

Il 63% degli intervistati ha affermato che il proprio reclutamento a Perth aveva incluso una visita medica, comprensiva di una radiografia del torace. Il 64% ha riferito di essere stato sottoposto ad accertamenti radiografici del torace durante il lavoro a Wittenoom, mentre il 15% ha ricordato di essere anche stato sottoposto ad una visita medica. Il 14% non ricorda di aver avuto né visite mediche né accertamenti radiografici. Tra le persone intervistate che sono state al lavoro dopo il 1958 e per più di un anno (22 soggetti) solo uno ha ricordato di aver avuto una visita medica, benché la storiografia ufficiale reciti che dal 1958 «una visita medica è stata aggiunta all'esame radiografico annuale del torace» (McNulty J. 1968).

Gli accertamenti sanitari ai lavoratori hanno riguardato chi era presente al lavoro a Wittenoom al passaggio del camion attrezzato, in una forza-lavoro che aveva una media di permanenza di circa 7-8 mesi: neppure tutti, poiché sia i dati ufficiali sia quanto raccolto nelle testimonianze indicano che una non trascurabile percentuale di soggetti non veniva sottoposta ad accertamenti.

Né l'azienda, né il medico di fabbrica, né i responsabili della sorveglianza sanitaria risultano dalle interviste aver mai informato i lavoratori che l'asbestosi è una patologia progressiva ed inarrestabile, che può insorgere e progredire anche dopo che l'esposizione è cessata, e questo ha significato per i lavoratori avere l'errata opinione che essere privi di sintomi al momento di lasciare Wittenoom avrebbe significato rimanere sani anche successivamente. Ed è anche risultato che nessuno abbia mai detto loro che la crocidolite è causa di tumori respiratori (polmonari e mesoteliomi), neppure dopo che queste patologie vennero rilevate, da parte degli stessi medici, tra quei lavoratori.

Ci preme sottolineare che la informazione sui rischi per la salute – che poteva derivare dalla comunicazione dei risultati degli esami radiografici – era trasmessa informalmente e passava di bocca in bocca: i lavoratori nel loro insieme non ricevettero nessun avvertimento e neppure una semplice informazione.

La sola informazione che alcuni ex-lavoratori sembra abbiano ricevuto sarebbe consistita nella presentazione di materiale documentario sull'amianto, probabilmente negli anni '60 a Perth. Gli informatori ricordano che venne illustrato che le fibre di amianto penetrate nei polmoni restano inamovibili «L'amianto blu lo facevano vedere al microscopio. È una specie di freccia, andava dentro e non si staccava più dai polmoni». Questa rimane, per molti informatori rientrati in Italia, la nozione più comune e rappresenta la conoscenza più elevata acquisita sull'amianto durante, e persino successivamente, al loro periodo a Wittenoom. Infatti, molti ritornati mostrano un livello di consapevolezza del rischio sulle malattie da amianto che è probabilmente rimasto invariato dal tempo della loro presenza a Wittenoom.

Risulta da molti degli intervistati che l'atteggiamento medico di allora fosse quello di minimizzare i possibili effetti dell'esposizione ad amianto. È oscuro come venissero comunicati ai lavoratori i risultati degli accertamenti radiografici. Alcuni lavoratori conservano ancora i libretti o i moduli sui quali sono trascritti i risultati di questi esami (per altro tutti riportano la frase standard che i polmoni erano risultati "*clean*", cioè normali). La maggioranza, invece, afferma di non aver mai ricevuto alcuna comunicazione scritta. In alcune occasioni i risultati sarebbero stati comunicati affiggendo una lista all'infermeria. Se risultava una presenza radiografica di "lieve" asbestosi, il lavoratore veniva informato ma non necessariamente gli veniva suggerito di smettere quella attività lavorativa.

> «Stava a lui decidere se lasciare. Non era che mandassero via, era a disposizione sua se rimanere o no».

Un altro minatore:

> «Quando si passava la visita c'era sempre qualcuno che non era a posto. Ci sono stati malati che potevano lavorare. Però dovevano firmare sotto la propria responsabilità. Doveva decidere lui».

Ad alcuni fu suggerito un "cambiamento d'aria" e il motivo dell'aria sembra interessante sia nelle memorie sull'emigrazione sia per quello che veicola della concettualizzazione medica, secondo la quale l'aria buona, che può essere trovata solo nel paese di origine, può favorire una buona salute. Come ha spiegato un minatore:

> «Tanti avevano il terzo grado. Il medico gli ha detto: se volevano vivere un po' di più, di ritornare in Italia nell'aria nativa».

Se invece veniva rilevata la presenza radiografica di una asbestosi "avanzata", è stato scritto che veniva suggerito al lavoratore di abbandonare quel lavoro (McNulty J. 1968). A questo stadio, tuttavia, la disabilità avrebbe reso molto difficile trovare un altro lavoro, e questo contribuisce a spiegare perché sia anche stato presente un rifiuto ad abbandonare il lavoro di Wittenoom (si consideri che per avere essere ammessi all'indennizzo per una pneumoconiosi professionale era necessario avere un quadro radiografico di pneumoconiosi grave accompagnata da un «esame clinico che indicasse che questa persona è in grado di eseguire solamente un lavoro sedentario leggero»).

Dalle nostre interviste risulta che coloro che non abbandonavano il lavoro erano proprio coloro, e non erano pochi, «che erano malati, molto malati, che avevano già la silicosi».

> «Un bergamasco aveva la polvere al quarto grado. È venuto a prenderlo la polizia perché non voleva lasciare Wittenoom. L'hanno portato in città. Non aveva famiglia, era solo. Anche un polacco, stesso caso».

È da notare che questa classificazione in stadi della fibrosi ("terzo" e "quarto" grado) non trova riscontro nella classificazione ufficiale dei radiogrammi polmonari usata a Wittenoom (Merler E. in corso di stampa).

In due occasioni i lavoratori ricevettero un messaggio rassicurante anche se l'asbestosi era evidenziabile o già evidenziata. Un minatore ha riferito che un anno:

> «Mi hanno mandato la lettera che ci stava qualcosa, ma loro non mi hanno detto niente... Lui [il medico] ha detto "Non è niente", ma io appena ho visto questo, ho detto "Voglio partire!"».

Il secondo caso è quello di un minatore sottoposto a radiografie da parte del mezzo mobile a Wittenoom nel Novembre 1962:

> «Nel giro di due o tre giorni danno anche il risultato e potevo continuare che ero sano. Otto giorni dopo ho smesso e vado in città; cinque o sei giorni dopo mi imbarcavo. Passo giù dove c'è quel dipartimento lì della sanità a Perth, vado dentro, dico: "Sono Z. e vorrei fare una visita perché vado in Italia, ho fatto il minatore". Avevo la mia tessera. "Sì, sì". Mi fanno la visita. Due giorni dopo era già arrivato il risultato che c'erano i primi segni di asbestosi. E loro dieci giorni prima, lassù, avevo niente. Avevo già tutti e due i risultati: uno avevo niente, otto giorni dopo di stare attento, di lasciare quel lavoro e farmi visitare ulteriormente, che ero ai primi segni» [La richiesta di indennizzo per asbestosi fu infatti accolta].

I medici incaricati della sorveglianza sanitaria a Wittenoom hanno affermato di pensare che a quel tempo diagnosticare «malattie polmonari in

uomini giovani dopo brevi esposizioni e persino decessi li avrebbe fortemente influenzati ad abbandonare [Wittenoom]» ma che «questo non accadde» (McNulty J. 1968).

McNulty, che abbiamo spesso citato, era lo pneumologo dell'Ospedale di Kargoorlie, incaricato di seguire e valutare gli accertamenti sanitari a Wittenoom. La struttura in cui lavorava faceva parte della sanità pubblica dello stato del Western Australia [(1)].

Da parte nostra non è stato possibile raccogliere l'esperienza di coloro che, allora già gravemente ammalati, avrebbero ricevuto il consiglio di andarsene, perché tutti già deceduti. Tuttavia, quello che ci è stato riferito è un atteggiamento ben differenziato nel rapportarsi, da un lato, ai tubercolotici, veri o presunti, che venivano immediatamente allontanati, dall'altro ai soggetti affetti da malattie respiratorie da lavoro, che venivano, invece, consigliati ad allontanarsi da quel lavoro. È ben vero che il canale principale della comunicazione del rischio consisteva nella osservazione diretta di compagni che si ammalavano e morivano. Rimane il fatto che i singoli lavoratori non potevano, da parte loro, collocare questa osservazione in un insieme di conoscenze che guidassero il loro comportamento. Due ragioni lo impedivano: era loro impedito di trarre conclusioni più generali a partire dalla osservazione di singoli casi; ed era presente un peculiare blocco nel sistema di comunicazione. Una conclusione più generale che partisse dalla osservazione dei singoli casi era impedita perché la conoscenza di cui mancavano era proprio il legame diretto tra esposizione ad amianto blu, asbestosi, tumori del polmone e mesoteliomi. Come ha detto un minatore dell'Italia centrale:

> «tanti ci restavano lo stesso... era molto tempo che stavano lì...Gravissimi stavano, certi... Chi si rendeva conto, allora? Chi pensava a tutta questa cosa?».

L'osservazione rappresentava l'unica forma di conoscenza:

> «tanta gente quando ritornava in città si sentiva male, non ne potevano più, proprio quelli che erano al massimo... quelli che era poco tempo che erano là, dopo un anno, due, tre, sviluppava...».

I lavoratori di certe aree italiane, in particolare quelli dell'arco alpino e dell'Isola d'Elba, di aree dove era presente attività mineraria o scavi in gallerie, sapevano che i minatori si ammalano di silicosi, e diversi di loro chiamano ancora adesso la asbestosi "silicosi". Ma per quanto riguarda i rischi sulla salute conoscevano soltanto la silicosi e solo i minatori ne sapevano qualcosa.

In tre interviste viene affermato di aver ricevuto "un avvertimento" («davano l'accorgimento»), cioè qualcosa di diverso da una fattiva informazione o da un vera indicazione di pericolo. In un caso l'avvertimento' è riferito

essere il documentario presentato negli anni '60, in un altro caso il suggerimento di bagnare la roccia prima della perforazione, nel terzo caso è specificato e l'informatore riferisce «te lo davano l'accorgimento; è che noi non lo usavamo» nel contesto della affermazione che alcuni insistettero a rimanere anche se si consideravano molto ammalati.

3.4. La fuga o l'adattamento alla permanenza: ragioni e responsabilità

L'immagine della comunicazione del rischio (o della sua mancanza) che emerge da questi dati è opposta a quella fornita dallo *staff* medico incaricato della sorveglianza sanitaria. In particolare non emergono dati a sostegno della affermazione di McNulty che i lavoratori, tra cui gli italiani, non temessero le conseguenze sulla salute di quel lavoro, e neppure emerge che lo staff medico li avesse informati delle conseguenze della esposizione lavorativa ad amianto. Questo medico afferma che era comune avere a che fare con il rifiuto di «accettare il suggerimento medico di smettere il lavoro in quell'industria» (McNulty J. 1968) [(2)]. La grande maggioranza delle persone da noi intervistate indica una situazione diversa.

Innanzitutto è difficile comprendere quale sia stato il messaggio che questi lavoratori hanno ricevuto. È come se avessero captato il pericolo e presa la decisione di lasciare il lavoro di Wittenoom sulla base del senso comune, in assenza di suggerimenti da parte dei medici, come un minatore ricorda di aver pensato per se stesso: «Cos'è prima il lavoro o la salute?». Il primo livello di consapevolezza del rischio era associato ad una percezione sensoriale. Nel *mill* «non potevi riconoscere un amico, dagli occhi solo lo riconoscevi» e fuori «era tutto una nebbia... non potevi vedere niente!». Il pericolo lo annusavi nell'aria:«Lo sentivi il pericolo, dal primo giorno che sono arrivato, ho capito che l'asbesto era velenoso» «la testa mi diceva che non poteva andare bene».

Il primo impatto visivo ed emozionale portava alcuni al desiderio di proteggersi e quindi all'abbandono quasi immediato. Invece, per coloro che rimanevano, aveva inizio una sorta di lotta per la sopravvivenza, la percezione vivida del rischio si attenuava e la sensazione di essere di fronte ad un pericolo veniva interiorizzata. Il rischio non entrava a far parte esplicita delle loro conversazioni, rimaneva legato ad un livello di osservazioni personali e non a quello di un'esperienza collettiva. Solo successivamente queste osservazioni personali si sviluppavano, quasi inconsciamente, e potevano dare origine alla decisione di partire.

In una sola intervista emerge un tentativo di generalizzazione. Alla nostra domanda di spiegare la durata della permanenza la miniera, la risposta è

stata «assai per morire», «eh... stavano due, tre [anni] quelli che eran sotto in miniera, poi li buttavan fuori: li mandavano a Perth a fare la visita, no? E poi non li riprendevano... dopo tre anni era difficile che li riprendessero».

Il blocco nel sistema di comunicazione osservato a Wittenoom trova la sua radice nel sistema di reclutamento della forza lavoro: l'elevato *turn-over* rendeva Wittenoom un porto di mare ed il fatto che passasse poco tempo tra l'insorgere delle malattie e l'allontanamento della persona ammalata, auto-imposto o imposto dall'esterno, significava che i canali della comunicazione erano costantemente tagliati. Nell'ipotesi che tu potessi prendere coscienza dell'insorgere di una malattia in un tuo compagno di lavoro, questi si allontanava rapidamente, e non ne venivi a sapere più niente. Il fattore tempo giocava di nuovo un ruolo cruciale. Le persone scomparivano per diverse ragioni e, tra queste, per il fatto di ammalarsi, ma la ragione della partenza non veniva trasmessa a coloro che restavano o ne prendevano il posto. Ne emerge una sorta di immagine sfocata:

> «Ci si conosceva, si parlava, si beveva... tra di noi scherzavamo, facevamo tante di quelle fesserie... sai, giovani di venticinque trent'anni... E allora ci si metteva: "Oh, quello, hai visto?" "Che è successo?" "Mah, quello, dice, stava male, è andato via, quell'altro... dice, ha fatto un giorno, due di ospedale e poi non si vedeva più... e chi lo vedeva? Mica te lo dicevano. Sì, si parlava tra di noi però non eri mai sicuro di quello che avevi visto, di ciò che gli era successo, ecco...».

L'intero sistema si basava sull'esistenza di un'area grigia, il cui tratto fondamentale per i lavoratori era che "non eri mai sicuro" . Un altro emigrato ha detto:

> «I due unici che si sono ammalati, che sapevo che stavano male, erano R. e B., ma non si sapeva cosa avevano. Di quelli che sono andati via, non ho saputo mai niente, sono spariti».

Il fattore tempo giocava un ruolo rilevante nella percezione soggettiva dei rischi. La valutazione del rischio era connessa alla durata della permanenza al lavoro (Chermiak M. 1986) ed era modellata dalle caratteristiche di istituzione totale della miniera, che produceva una idea compressa del tempo cronologico Nelle narrazioni degli emigrati sono frequenti i riferimenti alle condizioni di segregazione che non rivestivano una dimensione solo simbolica. Infatti a Wittenoom venivano inviati i condannati ad alcuni reati, che, in alternativa al pagamento di una multa o di un periodo di detenzione, svolgevano un periodo di lavoro solitamente non superiore a sei mesi; a Wittenoom erano presenti non meno di 200 europei (in maggioranza tedeschi e polacchi) provenienti dai campi di raccolta dei rifugiati del secondo dopo guerra, i quali facevano parte di un consistente contingente accolto in Australia nell'ambito delle politiche sui rifugiati. Si tratta-

va di persone che non avevano alcuna possibilità di rientrare nel paese di origine e quindi anche di lasciare Wittenoom. Infine abbiamo già riferito che una cinquantina di italiani furono (illegalmente) obbligati a lavorare almeno due anni alla miniera.

Come illustra la letteratura sulle istituzioni totali, inclusa quella concentrazionaria, una volta che il trauma iniziale viene interiorizzato, essendo le vie di fuga inibite, si sviluppa una sorta di adattamento ed escono rafforzati i legami trasversali.

Secondo diversi antropologi il tempo riveste una dimensione simbolica, come dimostrato dal "tempo senza-tempo" del rito (Turner V. - Bruner L. M. curr. 1988) o dal tempo-routine che viene vissuto nel chiuso dell'ospedale dai pazienti (Frankenberg R. 1988). Il potere sul corpo in relazione al tempo presenta due aspetti interrelati. Il tempo va visto come socialmente manipolato nella forma della disciplina del corpo confinato nella fabbrica (Foucault M. 1963 [1969]). Nello stesso tempo il corpo viene sottoposto ad esami medici periodici che assumono lo scopo di monitorare il passaggio dal corpo sano ad un corpo malato. È precisamente questa trasformazione mediata dal tempo che i lavoratori non potevano controllare.

Questo non controllo ha avuto un suo termine temporale, quando si è sviluppata la comprensione da parte dei compagni, che avevano comunque abbandonato il lavoro a Wittenoom e che si ritrovavano per altre esperienze di lavoro nell'area di Perth, che uomini giovani, qualche decennio prima perfettamente sani e capaci di sostenere lavori di grande impegno fisico, si ammalavano e rapidamente morivano, tutti nella stessa maniera, e che, non ostante non fosse stato comunicato alcunché, esisteva un comune denominatore: aver lavorato anche se per poco tempo esposti ad amianto: «Nessuno sapeva niente di questa roba qua... Noi ci siamo accorti che questa roba è nociva quando la gente ha cominciato a morire. Allora lo sapevamo perché morivano... Morivano perché c'avevano la polvere nei polmoni».

Mary Douglas (Douglas M. 1982 [1996]) ha sostenuto che il contesto sociale condiziona il modo in cui il corpo viene vissuto. La percezione del rischio tra i lavoratori di Wittenoom deve essere vista nel contesto di un'esperienza migratoria in cui si accetta che il corpo venga esposto a maggiori pericoli. Nelle memorie di emigrazione sono frequenti riferimenti simbolici al tema dell'aggressione fisica e della morte violenta (Krant A. 1995). Abbiamo raccolti tra gli intervistati residenti a Perth la storia di come un compagno di lavoro, malato gravemente, fu ucciso in ospedale con una doccia fredda il giorno precedente l'audizione al primo processo che avrebbe dovuto stabilire se esisteva una responsabilità dell'azienda nel mesotelioma di cui era af-

fetto. Un altro italiano ha raccontato che un compagno di lavoro avrebbe dovuto essere operato gratuitamente a Perth, ma decise di tornare in Italia per l'intervento perché temeva che i medici l'avrebbero ucciso. Medici e personale sanitario in genere potevano essere visti con un certo sospetto.

Indipendentemente dal fatto se questi episodi siano reali o fossero temuti o siano parte di un immaginario condiviso all'interno del gruppo, ciò che anche interessa è il loro contenuto ideologico, il modo in cui queste storie sulla vita degli emigranti si focalizzano sul corpo come soggetto al potere di altri. Considerando un'altra prospettiva si può sostenere che il fattore economico attenuava la percezione del rischio, facendo sì che esso venisse sottovalutato. La vivida percezione del rischio era in conflitto con l'obiettivo dell'ottimizzazione economica, che la miniera di Wittenoom permetteva per la presenza del cottimo o di ore straordinarie. Lì si poteva fare «*good money*», cioè guadagnare bene, più che in altri lavori, e perciò alcuni non se ne volevano andare. Douglas (Douglas M. 1982 [1996]) ha mostrato che le influenze culturali enfatizzano certi rischi e ne fanno ignorare altri. Ogni cultura seleziona dei rischi, e concentra su quelli le proprie paure oscurando altri potenziali pericoli. La scelta dei rischi dipende dalla struttura sociale. L'obiettivo degli italiani, mettere da parte dei soldi, deve essere considerato nel contesto del modello migratorio per cui gli italiani erano "uccelli di passaggio" e questa è una delle ragioni per cui essi resistevano a condizioni che altri potevano considerare come insostenibili.

Emerge dalla rilettura del materiale documentario su Wittenoom una storia di "ordinari" limiti, incapacità, trascuratezze. Gli accertamenti sanitari prima dell'emigrazione e prima dell'assunzione a Wittenoom avevano lo scopo di selezionare i soggetti fisicamente migliori e capaci di sostenere le pesanti condizioni di lavoro e di vita a Wittenoom.

Gli ispettori minerari si sono interessati agli aspetti infortunistici (per altro ci furono due importanti crolli in miniera e in quello del 1962, in cui si verificarono anche decessi, non meno di 100 minatori abbandonarono da un giorno all'altro il lavoro), non alla prevenzione delle malattie da lavoro. Solo nell'anno di chiusura definitiva della miniera fu effettuata l'unico conteggio delle fibre di amianto: tutte le precedenti misure sono state svolte contando genericamente la polverosità (cioè misurando il numero di particelle per centimetro cubico di aria prelevata) un metodo proseguito nonostante fosse stato criticato fin dal 1948 per la sua inadeguatezza da parte del Dipartimento di sanità pubblica di Perth. Fino al 1958, poi, le radiografie svolte ai lavoratori venivano lette per valutare la presenza di silicosi, non di asbestosi, patologia che si presenta con aspetti radiologici differenziati. Si trattava di accertamenti svolti secondo la routine del laboratorio,

abituata ad esaminare minatori esposti a silice. In ogni caso non venivano svolti accertamenti sanitari integrati (ricerca dei sintomi, caratteristici della asbestosi, o esecuzione di esami spirometrici). Per questi motivi le prime diagnosi "ufficiali" di asbestosi furono formulate nel 1958 non dai medici che effettuavano gli accertamenti eseguiti sui minatori, ma da altri medici che ebbero in cura soggetti (compreso un italiano) ricoverati in sanatorio per "tubercolosi". Si comprende allora perché gli informatori da noi intervistati affermino che quello che veniva loro riferita la presenza di casi di tubercolosi, perché questo è stato per un lungo periodo quanto hanno diagnosticato (erroneamente) le strutture addette alla sorveglianza sanitaria. L'aspetto grave è anche che i lavoratori siano stati indirizzati a credere che la malattia che insorgeva nei loro compagni di lavoro fosse la tubercolosi, mentre invece si trattava di asbestosi o di asbestosi e silicosi insieme.

Solamente durante gli ultimi anni di attività della miniera la struttura che effettuava i controlli sanitari ha dovuto confrontarsi con quanto avveniva negli ospedali di Perth, dove ebbero bisogno di essere ospedalizzati oltre 100 soggetti, che risultarono affetti da asbestosi e silicosi così gravi da portare molti al decesso (Edler J.L. 1967).

4. Conclusioni

In questo contributo abbiamo analizzato da un punto di vista antropologico l'esperienza vissuta dei migranti italiani esposti ad asbesto cercando di considerare il contenuto ideologico e sociale della loro percezione del rischio di malattie.

Si è dimostrata una certa consapevolezza dei rischi e una certa capacità di difesa e di azione da parte degli italiani che hanno lavorato a Wittenoom, espresse nelle tendenze ad abbandonare il lavoro, nei tentativi di individuare le cause delle malattie che insorgevano nei compagni di lavoro, e in una acquisita convinzione che nei compagni che avevano lavorato a Wittenoom si instauravano, a pochi anni dalla fine del lavoro, gravi malattie respiratorie.

Ma i migranti italiani a Wittenoom erano in gran parte privi di una esperienza di lavoro industriale, di qualifiche lavorative, di istruzione e di sindacalizzazione e questo aiuta a spiegare perché, nello specifico contesto di Wittenoom, non si sia pervenuti ad un'opposizione organizzata.

Migranti che per la prima volta venivano a contatto con l'amianto non potevano peraltro sapere che la esposizione avrebbe causato loro tumori respiratori. Risulta in effetti che nessuno li abbia mai informati dei rischi

che correvano, nonostante tra gli operai di Wittenoom fosse già stato identificato nel 1961 un primo caso di mesotelioma (McNulty J. 1962).

La raccolta delle testimonianze indica che fin dai primi anni '50 tra gli italiani era diffusa la opinione che aver lavorato a Wittenoom comportava l'insorgenza di gravi disturbi respiratori: i quali producevano inabilità, impedivano la vita di lavoro, obbligavano a ricoveri ospedalieri ed erano causa di decessi. Nei medici australiani che in varia forma avevano compiti di sanità pubblica, la medesima percezione risulta presente solo a partire dalla metà degli anni '60: prima di quella data, la comunicazione che i lavoratori ricevevano intorno ai rischi cui essi potevano incorrere riferiva alla sola tubercolosi la patologia che colpiva tanti loro compagni di lavoro.

La consapevolezza e la capacità di difesa dei migranti sono state quindi deliberatamente ostacolate: innanzitutto da un *management* che non aveva alcuna intenzione di proteggere la salute dei lavoratori e che ha intenzionalmente creato le condizioni perché essi non potessero conoscere la situazione, difendersi dai fattori di rischio, abbandonare il lavoro. La presenza effettiva e continuativa di una eterogenea tipologia di attori di sanità pubblica fa emergere a Wittenoom due tipi diversi di figure. Da un lato alcuni chiedevano interventi ed azioni di contrasto per modificare livelli di esposizione e proponevano che i lavoratori potessero fruire di controlli sanitari. Dall'altro chi aveva il compito di far attuare la legislazione esistente accettava continui ritardi nell'assunzione di decisioni, e chi aveva il compito di organizzare la sorveglianza sanitaria si ritrovava incardinato in un modello che gli assegnava un ruolo fondamentale nella acquisizione di dati (ambientali e medici), ma al contempo un ruolo marginale nel *management* e nella assunzione di decisioni: decisioni che, in quelle concrete condizioni, avrebbero dovuto evidentemente includere anche l'opportunità di far cessare la produzione.

Naturalmente è ben difficile pensare che lo sviluppo industriale australiano, basato allora sui migranti e sullo sfruttamento intensivo di mano d'opera marginale, potesse nei fatti ammettere opzioni radicali. Ne è risultato un modello di sanità pubblica, incapace di progettare e attuare strategie di ricerca, che poteva funzionare, e nel caso concreto ha funzionato, come dispositivo efficace ai fini di selezionare per il lavoro i soggetti sani e di individuare le malattie, una volta insorte, allo scopo di monitorarne l'evoluzione e di eliminare così dal lavoro i soggetti divenuti inservibili.

Per i lavoratori e, solo successivamente, per coloro che avevano il compito di prevenire le malattie da lavoro, il "conteggio dei morti" è diventato così lo strumento di valutazione dei danni (Michael D. 1988), ma questa convergenza non si è sviluppata in parallelo.

A Wittenoom la presa di coscienza dei lavoratori è stata largamente frustrata, con il risultato di ritardare gravemente la valutazione degli effetti a lungo termine della crocidolite e le conseguenti decisioni di sanità pubblica.

Più in generale, non si può non pensare che se le informazioni sui danni da crocidolite fossero state raccolte e rese pubbliche, in parallelo alla crescente consapevolezza che ne ebbero i lavoratori, sarebbero maturate in anticipo, in Australia e nel mondo, decisioni di sanità pubblica rivolte a contrastare il rischio da asbestosi e la stessa cancerogenicità della crocidolite.

Note

(*) Ringraziamenti: lo studio è stato in parte finanziato dal Ministero della Università e della ricerca scientifica e dalla Università degli studi di Verona. Si ringrazia Pier Paolo Viazzo, Università degli studi di Torino, per gli utili suggerimenti.

(1) L'amianto (*amiantus* o *asbestos* in inglese) è un minerale composto di fibre di pochi *micron* di diametro e lunghezza. Sulla pelle le fibre causano una irritazione e noduli sclerotici. È facilmente in grado di autodisperdersi, ed è quindi respirabile e capace di penetrare e depositarsi nei polmoni, dove le fibre vengono solo lentissimamente digerite, tendendo piuttosto ad accumularsi e a provocare reazioni cellulari a catena. L'inalazione di fibre di amianto può provocare diversi effetti: una inarrestabile e progressiva fibrosi dei polmoni – nota come asbestosi – la cui rapidità nell'insorgenza, frequenza e gravità è legata alla quantità di amianto respirata, dalla quale deriva un'insufficienza respiratoria che si manifesta come una ingravescente incapacità di sostenere sforzi fisici e che si aggrava se sopravvengono infezioni polmonari come broncopolmoniti o tubercolosi; un tumore maligno della pleura e peritoneo (il mesotelioma), la cui insorgenza nell'uomo è determinata dalla sola esposizione ad amianto, ed è dunque poco dose-dipendente, la quale insorge a forte distanza dall'inizio dell'esposizione, in genere dopo 20-25 anni; tumori maligni polmonari, la cui frequenza è fortemente aumentata nei fumatori, come risultato di un rischio moltiplicativo tra amianto e fumo. La crocidolite (amianto blu, per il suo colore) mostra di avere nell'uomo un effetto cancerogeno più potente degli altri tipi commerciali di amianto, probabilmente perché queste fibre, una volta respirate, sono molto difficilmente "digerite" dal tessuto polmonare, dove persistono per anni.

(2) McNulty, che abbiamo citato spesso, era lo pneumologo dell'Ospedale di Kargoorlie, incaricato di eseguire e valutare gli accertamenti sanitari dei lavoratori di Wittenoom.

Riferimenti bibliografici

Armstrong Bruce K. - De Klerk Nicholas H. - Musk A. Williams - Hobbs Michael S.T. (1988), *Mortality in miners and millers of crocidolite in Western Australia*, "British Journal of Industrial Medicine", n. 45, 1988, pp. 5-13.

Chermiack Martin (1986), *The Hawk's Nest incident American worst industrial disaster,* Yale University Press, New Hawen.

Darroch D.A. (1993), *Commonwealth Health Laboratory Kargoorlie W.A. The origin and a history of the mobile x-ray unit for the mining industry in Western Australia*, EM Printer, Perth, Western Australia.

Douglas Mary (1982 [1996]), *Risk and blame*, Routledge, London [ediz. italiana: *Rischio e colpa*, Il Mulino, Bologna, 1996].

Erikson Kai (1995), *Notes on trauma and community*, pp. 183-199, in Carruth Cathy (curatore), *Trauma. Explorations in memory*, Johns Hopkins University Press, Baltimore,.

Edler Janet L., (1967), *Asbestosis in Western Australia*, "The Medical Journal of Australia", vol. 2, 1967, pp 579-583.

Foucault Michel (1963 [1969]), *Naissance de la clinique. Une archeologie du regard médical,* Presses Universitaires France, Paris [ediz. italiana: *La nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1969].

Frankenberg Ronald (1988), *"Your time or mine?" An anthropological view of the tragic temporal contradictions of biomedical practice*, "International Journal of Health Services", vol. 18, 1988, pp. 11-34.

Godoy R. Mining (1985), *Anthropological perspectives*, "American Review of Anthropology", 1985, pp 199-217.

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

Greenhalgh Trisha - Hurwitz Brian (1999), *Who study narratives?*, "British Medical Journal", n. 318, 1999, pp. 48-58.

Kaprov Miriam Lee (1985), *Manufacturing danger: fear and pollution in industrial society*, "American Anthropologist", n. 87, 1985, pp. 342-356.

Kotelchuck Davis (1987), *Asbestos: "the funeral dress of King" – and others,* pp 192-207, in Rosner David - Markowitz Gerald (curatori), *Dying from work: worker's safety and health in twentieth-century America,* Indiana University Press, Bloomington.

Krant Alan (1995), *Silent Travellers: germs, genes and the "immigrant presence"*, Johns Hopkins University, Baltimore.

Layman Lenore (1983), *Work and workers responses at Wittenoom, 1943-1966*, "Community Health Studies", n. 7, 1983, pp. 1-18.

Lichthenstein S. - Slovic P. - Fischoff B. - Layman M. - Combs B. (1978), *Judged frequency of lethal events*, "Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory", n. 4, 1978, pp. 551-578.

Mackay J. R. (1953), *Medical selection of migrants from the displayed persons population of post-war Europe*, "The Medical Journal of Australia", 14 marzo 1953, pp. 370-371.

McNulty James C. (1962), *Malignant pleural mesothelioma in an asbestos worker*, "The Medical Journal of Australia", n. 2, 1962, pp. 953-954.

McNulty James C. (1968), *Asbestos mining - Wittenoom, Western Australia*, pp. 447-466, *in Proceedings of the First Australian Pneumoconiosis Conference, Sydney 12-14 February 1968,* Sydney, s.e.

Merler Enzo - Ercolanelli Massimo. - De Klerk Nicholas.- Lund H.G.- Musk A.Williams. - Cappelletto Francesca (1999), *On the Italian migrants to Australia who worked at the crocidolite mine at Wittenoom Gorge, Western Australia*, pp. 277-304, in Grieco A. - Iavicoli S. - Berlinguer G. (Curatori). *Contributions to the history of occupational and environmental prevention*, Elsevier Science, Amsterdam.

Merler Enzo - Ercolanelli Massimo - De Klerk Nicholas (2000), *Identificazione e mortalità dei migranti italiani, ritornati in Italia, che hanno lavorato alla miniera di crocidolite di Wittenoom Gorge, Western Australia*, "Epidemiologia e Prevenzione", n. 6, 2000, pp. 255-261.

Merler Enzo (in corso di stampa), *Doctors (and miners) at the crocidolite mine of Wittenoom: Risk management*, "American Journal of Industrial Medicine".

Michaels David (1988), *Waiting the body count: corporate decision making and bladder cancer in the U.S. Dye industry*, "Medical Anthropology Quarterly", n. 2-3, 1988, pp. 215-229.

Musk A. Williams - DeKlerk Nicholas H. - Eccles Jan L. - Hobbs Michael S.T. - Armstrong Bruce K. - Layman Lenore - Mcnulty James C. (1992), *Wittenoom, Western Australia: A modern industrial disaster*, "American Journal of Industrial Medicine" vol. 21, n. 5, 1992, pp. 735-747.

Outhred K.G. (1953), *La pneumoconiose chez les mineurs d'or de l'Australie Occidental*, in *Organisation*

International du Travail. Troisieme Conference Internationale d'experts en pneumocoioses. Sydney Fevier-Mars, 1950, Geneva, Bureau International du Travail.

Ozonoff David (1988). *Failed warnings: Asbestos-related disease and industrial medicine*, pp. 139-217, in Bayer R. (curatore), *The health and safety of workers*, Oxford University Press, New York.

Turner Victor - Bruner Edward (curatori) (1986), *The anthropology of experience*, University of Illinois Press, Urbana - Chicago.

Schede sugli Autori

Francesca Cappelletto, nata a Verona il 3 novembre 1958, è ricercatrice in antropologia culturale presso l'Università degli studi di Verona. Si interessa del rito dal punto di vista dell'organizzazione sociale, in particolare dei ruoli e delle funzioni della parentela nella festa (*Il Carnevale. Organizzazione sociale e pratiche cerimoniali a Bagolino*, Grafo, Brescia, 1995; *Kinship festivals*, "Social Anthropology", 1998, vol. 6, n. 3, pp. 365-379). Un altro suo filone d'interesse riguarda la formazione della memoria, il modellamento sociale e la qualità emozionale dei ricordi di gruppo, temi che ha approfondito analizzando la memoria dei massacri nazisti in Italia centrale e, nel campo dell'antropologia medica, la percezione del rischio in lavoratori esposti a tossici industriali (*Memories of Nazi-Fascist massacres*, "Sociologia Ruralis", vol. 1, 1998, pp. 37-54).

Enzo Merler, nato a Verona il 4 aprile 1950, è medico epidemiologo. Si è specializzato in medicina del lavoro e igiene e sanità pubblica in Italia; in epidemiologia negli Stati Uniti d'America. Ha lavorato in Italia in strutture del Servizio sanitario nazionale nel campo della sanità pubblica, in particolare presso il Centro per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze, e presso l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro dell'Organizzazione mondiale della sanità a Lione, Francia.

Si interessa del rischio cancerogeno di sostanze che possono essere presenti nei luoghi di lavoro. Ha svolto studi di vario disegno (di epidemiologia descrittiva, analisi dell'andamento temporale, studi di coorte e caso-controllo) su diverse patologie ed esposizioni. Ha valutato, attraverso studi svolti in Italia o in collaborazione tra ricercatori di più paesi, il rischio cancerogeno delle polveri di legno e cuoio nella genesi dei tumori delle fossa nasali; ha esaminato gli effetti dell'esposizione lavorativa ed ambientale da amianto; ha sviluppato registri di popolazione sui mesoteliomi (prima in Regione Toscana, ora in Regione Veneto) e ha collaborato allo sviluppo di un registro nazionale di questa patologia; ha valutato, attraverso studi collaborativi internazionali, gli effetti a lungo termine della esposizione lavorativa a mercurio inorganico; ha lavorato inoltre sui fattori di rischio di una serie di tumori "rari". Nel campo degli studi descrittivi ha valutato l'andamento in Italia ed Europa di patologie cronico-degenerative legate ad esposizioni lavorative (asbestosi, silicosi, mesoteliomi) e ha condotto, in Italia, studi di *linkage* tra

censimenti anagrafici e mortalità per valutare in coorti prospettiche i differenziali di mortalità associati a disugualianze socio-economiche.

Riassunto

L'esperienza del corpo e la percezione del rischio delle malattie da amianto nelle narrazioni degli emigrati italiani alla miniera di Wittenoom, Western Australia

Lo studio è stato svolto intervistando 137 italiani – soprattutto viventi e ritornati in Italia, ma anche parenti di deceduti e italiani rimasti in Australia – che hanno lavorato tra il 1949 e il 1966 alla miniera di crocidolite di Wittenoom, Western Australia. La ricerca ha affiancato alla valutazione critica della documentazione disponibile quella del diretto vissuto dei lavoratori, con l'obiettivo di fornire una valutazione etnografica e storica di una miniera che ha causato "un moderno disastro industriale". I risultati indicano che la miniera aveva una strategia: disporre di un gruppo stabile di perforatori pagati a cottimo – la maggioranza italiani – ed accettare un fortissimo turn-over tra gli addetti all'impianto di trattamento, dove la polverosità era elevatissima. L'unica maniera di difendere la propria salute era abbandonare il lavoro. Allo stabilimento era possibile fare ore straordinarie, lavorare di sabato, convertire le ferie in giorni di lavoro, condizioni che attraevano i migranti italiani, conosciuti per essere resistenti alla fatica. Nelle memorie di emigrazione vengono rievocate le condizioni estreme di lavoro, e la polverosità, correlandole agli effetti che avevano sul corpo. Agli intervistati non venne data nessuna informazione sui rischi per la salute, benché fosse ormai noto che l'amianto causa una irreversibile fibrosi dei polmoni ed è cancerogeno. L'osservazione diretta di compagni che si ammalavano e morivano per malattie respiratorie è stata per i migranti italiani la fonte principale di conoscenza e oggi, nei racconti, occupa un posto centrale la visione, in restrospettiva, della trasformazione del corpo da sano a malato.

Résumé

L'expérience du corps et la perception du risque des maladies causées par l'amiante dans les récits des émigrants italiens à la mine de Wittenoom, Western Australia

Cette étude développe les résultats d'une enquête menée auprès de 137 italiens qui ont travaillé à la mine de crocidolite de Wittenoom, Western Australia, entre 1949 et 1966. Il s'agit, pour la plupart, d'italiens toujours en vie et désormais rentrés dans leur pays d'origine, mais aussi de parents de personnes décédées, voire d'italiens encore résidant en Australie. La recherche comporte à la fois l'évaluation critique de la documentation disponible et l'analyse du vécu des travailleurs, exploré au cours de nombreuses

interviews. L'auteur se propose de fournir une reconstruction, ethnographiqe et historique, des vicissitudes d'une mine qui a causé «un moderne désastre industriel". Les résultats de la recherche montrent que l'entreprise responsable de son exploitation avait une stratégie: disposer d'un groupe stable de perforateurs payés à forfait – italiens en majorité – et accepter un très fort turn-over parmi les préposés à l'installation de traitements, où les niveaux de poussière étaient très élevés. Pour sauvegarder leur santé, les mineurs n'avaient d'autre moyen que celui de quitter le travail. Il était possible de faire des heures supplementaires, de travailler le samedi, de convertir les congés en jours de travail, conditions qui attiraient les émigrants italiens, connus pour être résistants à la fatigue. Dans les mémoires d'émigration sont rappelés les conditions extrêmes de travail, les niveaux de poussière, et leurs effets sur le corps. Aux interviewés aucune information n'avait été donnée sur les risques encourus, bien qu'il fut connu que l'amiante cause une irréversible fibrose des poumons et qu'il est cancérigène. Pour les émigrants italiens, l'observation directe des camarades atteints par des maladies respiratoires, ou qui en mouraient, a été la principale source de connaissance, d'où le rôle capital joué, dans leurs récits rétrospectifs, par cette expérience et par la description des transformations pathologiques du corps.

Resumen

La experiencia del cuerpo y la percepción del riesgo de las enfermedades causadas por el absesto en las narraciones de los emigrantes italianos en la mina de Wittenoom, Australia Occidental

El estudio ha sido realizado entrevistando 137 italianos – sobre todo en vida y regresados a Italia, así como con parientes de fallecidos e italianos que se han quedado en Australia – que han trabajado entre 1949 y 1966 en las minas de crocidolite de Wittenoom, Australia Occidental. La investigación ha juntado la evaluación crítica de los documentos disponibles con la experiencia de trabajo de las personas, con la finalidad de proporcionar una evaluación etnográfica e histórica de una mina que ha causado un "moderno desastre industrial". Los resultados indican que la mina tenía una estrategia: disponer de un número elevado de perforadores – la mayor parte italianos – pagados por destajo y obligados a aceptar turnos muy cerrados entre los encargados del plantel de tratamiento, adónde la concentración de polvo era elevadísima. La única manera de defender la propia salud era abandonar el trabajo. En el establecimiento era posible hacer horas extraordinarias, trabajar los sábados, convertir las vacaciones en días de trabajo, condiciones que atraían a los migrantes italianos, conocidos por ser infatigables trabajadores. En las memorias de emigración se vuelven a evocar esas condiciones extremas de trabajo así como la elevada concentración de polvo, relacionadas con los efectos que tenían sobre el cuerpo. A los entrevistados no se les proporcionó ninguna

información acerca de los riesgos para la salud, a pesar de que fuese noto como el asbesto cause fibrosis pulmonar irreversible y sea además cancerógeno. La directa observación de los compañeros que se enfermaban y morían por enfermedades respiratorias, ha sido para los migrantes italianos la fuente principal de conocimiento y hoy, en sus relatos, ocupa un lugar central en la visión retrospectiva de la transformación del cuerpo de sano a enfermo.

Abstract

The body experience and the perception of amiantus illness risk in the Italian emigrants narratives into the Wittenoom mine, Western Australia

We carried out a field work interviewing 137 Italians who worked at the crocidolite mine of Wittenoom, Western Australia, between 1949 and 1966 (mainly alive and returned to Italy, but also relatives of workers already dead, and alive Italians settled in Australia). The health consequences of the exposure to crocidolite (a commercial type of asbestos) are dramatic and Wittenoom is considered "a modern industrial disaster". Our aim was to investigate how asbestos hazards were perceived as reflected in the narratives considered as a re-lived, enacted experience (the ethnography of illness) and as a form of historical knowledge, autobiographical testimonies to be understood in a social context. The results suggest that the strategy of the mine's management was straightforward: they wanted a core of stable mine's drillers – mostly Italians- paid by the amount of material extracted, and a large pool of short term labour at the mill, where there was an unbearable level of dustiness and thus an extremely high turn-over. In fact, workers protected themselves by quitting their job as soon as possible. Overtime (working a double shift or working on Saturday) and paid holidays were central features of the organization of labour at the mill, capable of attracting Italian migrants, who wanted to accumulate enough money to better themselves and known for their resistance. In the memories of migrants the extreme conditions at work and the intensity of exposure to asbestos dust have been associated with the lung illnesses occurring among work-mates. Risks were unmentioned and workers lived in a situation of uncertainty, a lack of understanding and control. However, the knowledge that asbestos causes a progressive lung fibrosis and is carcinogenic was available at that time. The "body count" was the core source of worker's awareness and, retrospectively, the body's transformation from healthy to diseased is the central vision of the Italian migrants remembrance.

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica / 7-8, ottobre 1999, pp. 201-208

A proposito della traduzione italiana di un recente libro di Byron Good

Paolo Bartoli

professore associato di antropologia culturale, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio [già Istituto di etnologia e antropologia culturale], Università degli studi di Perugia

Byron Good, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999, XVIII + 336 pp. [ediz. orig.: *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994]

La nostra rivista *AM* ha già ospitato un'ampia e puntuale recensione, curata da Antonella Crudo, della edizione originale di questo importante libro di Byron Good ("AM", n.1-2, ottobre 1996, pp. 393-396) e non sembra sia il caso di ritornare ora sul suo valore scientifico e sulla sua portata innovativa per l'antropologia medica.

Qui se ne vuole segnalare la recentissima traduzione in italiano e riconoscere così il rilievo di una iniziativa che per una volta smentisce il sostanziale e perdurante disinteresse della editoria del nostro Paese nei confronti dell'antropologia medica nordamericana, della cui imponente produzione scientifica quasi nulla, sorprendentemente, è stato finora pubblicato nella nostra lingua. Eppure a questa tradizione di ricerca si debbono molti dei testi fondamentali ai quali ha fatto riferimento l'acceso dibattito epistemologico che negli ultimi venti anni ha investito e profondamente rinnovato lo scenario internazionale della ricerca in antropologia medica.

È doveroso dunque rendere merito al coraggio di chi per una volta ha sfidato la proverbiale e provinciale pigrizia dell'editoria antropologica italiana lanciandosi in un'impresa che era facile immaginare abbastanza indigesta per il pur onnipotente, onnipresente e onnivoro "dio mercato". Purtroppo bisogna subito aggiungere che in questo caso il coraggio ha dato ben poveri risultati e che l'intraprendenza dell'editore risulta largamente vanificata dalla sciatteria e dalla incompetenza con cui l'operazione è stata condotta.

Certamente dispiace non poter accogliere con soddisfazione una iniziativa di per sé meritoria e sperata, ma dispiace ancora di più che un lavoro denso e importante come questo di Byron Good sia conosciuto in Italia in una maniera che lo mortifica e per molti aspetti lo sfigura. Questa Rivista trova uno dei suoi punti di forza proprio nell'apertura della antropologia medica italiana al dibattito internazionale, e perciò, pur con riluttanza e con un certo disagio, non ci possiamo sottrarre alla responsabilità di rilevare le tante e gravi mancanze che funestano questa edizione. Crediamo peraltro di rendere così un utile anche se molto parziale servizio al lettore italiano che potrà trovare qui la spiegazione di alcune delle espressioni indecifrabili e di intere frasi apparentemente prive di senso nelle quali si sarà più e più volte imbattuto.

Per cominciare da un peccato tutto sommato veniale, è da segnalare intanto che nell'edizione italiana il titolo del libro è stato radicalmente modificato: si può considerare questo un peccato di lieve entità sia perché relativamente frequente a casa nostra, sia perché il titolo originale si presenta davvero ostico e poco appetibile, nonostante l'importanza che il tema della razionalità, cui apertamente allude, ha assunto per la ricerca in antropologia medica. Forse l'editore italiano ha ritenuto di poter ampliare il numero di potenziali lettori evocando nel sottotitolo la questione del rapporto medico-paziente, fortemente sentita dai "clienti" dei servizi sanitari e largamente dibattuta dai mezzi di comunicazione di massa.

Certamente più grave – soprattutto in considerazione di un eventuale uso didattico di questo libro – è il fatto che non si sia ritenuto di dover affidare a un antropologo italiano il compito di presentare e contestualizzare il lavoro di Byron Good; scelta assai discutibile, questa, visto che in Italia, come si è accennato, solo una ristretta cerchia di addetti ai lavori è a conoscenza degli sviluppi recenti della antropologia medica in Nord America.

Ma soprattutto – e qui si viene al punto veramente dolente e alla ragione principale di questa nota – la presenza di un curatore con competenze antropologiche avrebbe forse potuto evitare o almeno limitare la quantità di errori di traduzione che funestano il testo italiano. Come risulterà evidente dagli esempi che seguono, non si tratta soltanto di imprecisioni terminologiche o di contorcimenti stilistici – che pure abbondano e rendono molto pesante la lettura – ma principalmente di veri e propri fraintendimenti o di gravi incomprensioni del linguaggio tecnico, che travisano, spesso in modo sostanziale, il senso di numerosi passi del libro.

Per gli amanti della precisione si può dire che un faticoso e lungo lavoro di sistematica collazione della edizione italiana sul testo originale ha fatto

registrare più di 120 errori di traduzione di cui in questa sede si potrà dare solo un assai parziale resoconto. È da notare peraltro che questa cifra non comprende numerosissimi altri casi di improprietà grammaticali e stilistiche della forma italiana che si sarebbero rilevati se si fosse adottato un criterio più rigoroso e severo di quello che in realtà si è utilizzato.

Soltanto qualche esempio basterà a dare un'idea della non eccessiva confidenza del traduttore con le regole grammaticali e anche con il lessico della nostra lingua. Troviamo fra l'altro: «il rapporto problematico dell'esperienza e [invece di con] forme culturali come le narrazioni» (p. 87); «si confronti il commento di Allan Young sull'uso svolto da Taussig di questi termini» (p. 93, nota 38); «L'analisi della biomedicina narrata in questo capitolo» (p. 101); «attività guaritive» (p. 107 e p. 276); «Queste attività coraggiose gli hanno consentito di aderire flebilmente alla vita quotidiana» (p. 199); «Ci sedemmo sui cuscini preparati per noi davanti alla casa, dove il sole del mattino era adombrato da alberi da frutta» (p. 210); «Ci narrò il racconto [invece della storia] dell'origine della malattia» (p. 228, ma anche alla pagina successiva: «narrava il racconto»).

Non vale la pena insistere su questo genere di errori (anche se contribuiscono non poco a intralciare la lettura di un testo di per sé assai denso e complesso) perché il peggio preme e vuole essere affrontato con coraggio e determinazione.

Un numero molto grande e fastidioso di equivoci sembra dovuto alla perversa combinazione fra una scarsa familiarità con le sfumature della lingua italiana e un controllo inadeguato della lingua inglese. Ecco qualche esempio alla rinfusa: «Si può dire che si è risposto in un senso a domande ingenue di tipo medico» (p. 65) mentre *in a sense*, messo tra virgole nel testo originale, vuol semplicemente dire: in un certo senso; qualche riga più avanti nella stessa pagina si parla di «utilizzazione di misure preventive di facile accesso per la malattia della tubercolosi» laddove il testo originale suona «*available preventive measures for diseases such as tubercolosis*» (p. 41); nella pagina successiva «Invece di accordare ancora fiducia alle teorie HBM» (p. 66) pretenderebbe di tradurre «*In spite of continued reliance on HBM theories*» (p. 41); una frase oscura come «La tradizione empirista in antropologia medica in gran parte è portata da una teorizzazione del senso comune verso modelli ecologici e bioculturali tecnicamente più sofisticati» (p. 75) dovrebbe corrispondere a «*The empiricist tradition in medical anthropology has largely moved from common-sense theorizing to technically elaborated ecological and biocultural models*» (p. 47); uno «*short paper read*» a

un congresso internazionale di medicina (p. 30) diventa un «breve articolo esposto» (p. 47); i «*bench researchers*» (p. 176), che sono evidentemente i ricercatori di laboratorio, sono qui invece «ricercatori al bancone» (p. 268)

Con questi pochi esempi già si inizia a intravedere un genere di fraintendimenti più gravi, che riguardano il merito dei complicati problemi antropologici discussi da Good. Trattandosi di questioni che investono non tanto la forma quanto la sostanza del testo, converrà a questo punto che gli esempi siano presentati in modo meno rapsodico e casuale pur senza nessuna pretesa di esaustività. Eccone un nudo elenco abbastanza eloquente: tanto per cominciare «*popular illness categories*» (p. 5) che ovviamente significa «categorie popolari di malattia» viene tradotto con «categorie della malattia popolare» (p. 9); meno grave ma molto brutta e ambigua risulta la traduzione di «*cross-cultural comparative studies*» (p. 6) con «studi comparati tra culture» (p. 11); ecco invece un esempio di vera e propria inversione di senso: «portare i benefici della sanità pubblica e dei servizi clinici non occidentali alle minoranze culturali o ai poveri della nostra società» (p. 43) vorrebbe tradurre «*bring the benefits of public health and medical services to non-Western societies or to cultural minorities and the poor in our own society*» (p. 27); troviamo un «antropologo comparato» (p. 48) che sarebbe in realtà un «*cross-cultural researcher*» (p. 31) e nella pagina successiva «psicologia antropologica» invece di antropologia psicologica («*psychological anthropology*», p. 32); dopo un'altra pagina troviamo un grave fraintendimento del pensiero di Ruth Benedict che purtroppo, per essere colto, va citato un po' per esteso: «*psychological distress is a form of social reality specific to a particular culture and language, not simply a disease or cluster of symptoms or psychological deficit interpreted in local terms*» (p. 32) risulta «il disagio psichico è una forma di realtà sociale peculiare a una certa cultura e a un certo linguaggio, e non una malattia fine a se stessa; è un complesso di sintomi o deficit psicologici interpretati in termini locali» (p. 50). Un analogo avverso destino tocca a una famosa e molto citata frase di Benjamin Paul: «*If you wish to help a community improve its health, you must learn to think like the people of that community* (p. 26) viene così stravolta in italiano: «Se desiderate aiutare una comunità a migliorarne lo stato di salute, dovete imparare a pensare a come le persone vivono in essa» (p. 41).

Almeno molto ambigua se non sbagliata risulta la traduzione di «*culture as shared knowledge*» (p. 48) con «cultura come sapere comune [invece di: condiviso]» (p. 76); la «*naive copy theory of knowledge*» (p. 67) diventa «la teoria della conoscenza come copia ingenua» (p. 105); «*Classic accounts in the sociology of anatomy lab*» (p. 195, nota 7) viene reso con «Racconti classici di sociologia del laboratorio di anatomia» (p. 112, nota 7); sostanzialmente

equivoca e riduttiva risulta la traduzione dell'immagine di Foucault delle moderne istituzioni «*which combine observation, disciplinary control, and teaching*» (p. 82) resa con «si fondono indagine, disciplina e insegnamento» (p. 127). Ecco uno dei numerosi esempi di frasi del tutto prive di senso: «Nel rivolgermi alle dimensioni formative della pratica medica, mi sono opposto proponendo una critica convenzionale» (p. 129) che invece suona «*In focusing on the formative dimensions of medical practice, I have resisted providing a conventional critique*» (p. 83). Ancora: «*cross-cultural (or subcultural) misunderstandings*» (p. 91) diventa «fraintendimenti nelle traduzioni fra culture (oppure dei malintesi sottoculturali)» (p. 141). Più divertente è questa: «quando Mary-Jo ed io svolgevamo le nostre ricerche nella città di lingua turca nell'Azerbajdzan orientale dal nome Iran» (p. 155) dove Iran è evidentemente la nazione «*in the Turkish-speaking town in East Azerbaijan, Iran*» (p. 102); le «*behavioral dispositions to act*» (p. 116) diventano le «disposizioni del comportamento ad agire» (p. 177); mentre Good, citando Merleau-Ponty, parla del corpo come mezzo fondamentale dell'esperienza («*body as ultimate medium of experience*», p. 123) il nostro traduttore parla del «corpo come mezzo finale dell'esperienza» (p. 187); gli «studiosi delle tradizioni in etnometodologia e nell'analisi della conversazione» (p. 217) sono in realtà «*those who have worked in the ethnomethodology and conversation analysis tradition*» (p. 141); la «fenomenologia dell'atto che segue un racconto» (p. 220) non tragga in inganno: è Ricoeur che parla di «*phenomenology of the act of following a story*» (p. 143); c'è un uomo, sofferente di epilessia e preoccupato di non poter avere dei figli, che si domanda se ciò sia da imputarsi alla malattia o alla terapia («*he wonders if either the illness or the medications are to blame*», p. 149) e che invece per il lettore italiano «si chiede se debba sentirsi colpevole per la sua malattia o per le cure» (p. 229).

Sulla questione dei processi di "medicalizzazione", così centrale nel dibattito culturale sul ruolo della biomedicina nella società contemporanea, il traduttore appare particolarmente sprovveduto. Si consideri ad esempio la frase «*Forms of suffering derived from class relations may be defined as illness, medicalized*» (p. 57) che tradotta con «Le forme delle sofferenze derivate dalle relazioni di classe possono essere definite malattia [*illness*], diventano oggetto di attenzione medica» (p. 91), cambia profondamente di significato perdendo la valenza politica che il testo originale vuole suggerire. Poche righe più sotto un riferimento alla antropologia medica critica di Scheper-Hughes «*symptoms of hunger or diseases that result from poverty [...] are often medicalized, treated as a condition of individual bodies [...] rather than as a collective social and political concern*» (p. 57-58) viene avvilito dalla incomprensione del traduttore che propone «i sintomi della fame o le malattie da indigenza [...] diventano spes-

so oggetto della medicina, trattati come condizioni del corpo [...] e non come fattori sociali e politici» (p. 91): chiaramente il traduttore non solo ignora il senso di *medicalized* e dunque non coglie la carica politica di questo passo ma nemmeno si rende conto che sopprimendo l'aggettivo *individual* e rendendo *bodies* al singolare il significato della frase cambia totalmente.

Parecchi altri esempi di questo genere potrebbero essere proposti alcuni dei quali, per essere intesi in tutta la loro pesantezza, necessiterebbero di una lunga citazione; per non tediare troppo il lettore converrà dunque passare a un genere di fraintedimenti che, riguardando la terminologia tecnica della disciplina, maggiormente travisano o mortificano le argomentazioni dell'autore.

Si può cominciare con «modello di credenze sulla salute» (p. 13, ma a pagina 68 si chiama «modello di credenza nella salute») oppure con «modello di credenza nella malattia» (p. 83, nota 31) tutti e tre infelicemente incaricati di tradurre la nozione di *Health Belief Model* (in sigla, come amano gli anglosassoni: HBM), ben nota, anche se criticata da Good, agli educatori sanitari e agli studiosi che si occupano di rappresentazioni culturali di salute e malattia. Nella stessa nota 31 di pagina 83 troviamo «ricerca della credenza sulla salute» per «*health belief research*» (p. 191), e dunque in parallelo «credenze nella malattia» (p. 81) sta per «*illness beliefs*» (p. 51) così che «*illness representations as health beliefs*» (p. 39) sono per noi italiani «rappresentazioni delle malattie come credenze sulla salute» (p. 61).

Con il termine "*folk*", effettivamente di non facile resa in italiano, la fantasia del traduttore si sbizzarrisce: le «*folk illnesses*» sono tradotte ora come «malattie etniche» (p. 41) ora come «malattie popolari» (p. 61), i «*folk models*» (p. 48) sono i «modelli etnici» (p. 76), l'espressione «*folk knowledge*» che ricorre due volte a pagina 50 è tradotta prima con «sapere popolare» e poi con «sapere etnico» (p. 79), mentre, sempre nella stessa pagina, «*folk representations*» sono «rappresentazioni etniche» e ancora subito sotto «*folk beliefs*» e «*folk knowledge*» (p. 51) sono rispettivamente «credenze etniche» e «conoscenza popolare» (p. 81). E inoltre c'è anche «*The folk distinction between*» (p. 117) che diventa, chissà perché, «La distinzione ingenua tra» (p. 178).

Un destino simile tocca al termine "*lay*" il cui senso, come è noto, è abbastanza vicino a "*folk*" almeno nell'uso che se fa in antropologia medica: «*lay health beliefs*» (p. 39) sono «credenze comuni sulla salute» (p. 61), «*lay referral system*» (p. 41) è reso con «sistema di informazione profano» (p. 65) mentre «*lay referral network*» (p. 42) è «rete di informazione popolare» (p. 67), dove anche *referral* è tradotto in modo scorretto.

La nozione di «*illness behavior*» (p. 41) viene resa semplicemente con «com-

portamento nella malattia» (p. 65), senza almeno un richiamo tra parentesi della espressione inglese che potrebbe aiutare a decifrare questa strana locuzione.

Ancora: «studi sui sistemi plurimi di cura sanitaria» (p. 69) vorrebbe rendere «*studies of pluralistic health care systems*» (p. 44) mentre più avanti lo stesso concetto di «*health care system*» (p. 127) diventa «sistema di assistenza sanitario» (p. 195) e infine gli «*anthropological studies of care-seeking*» (p. 41) diventano «studi antropologici sulle strategie della ricerca delle cure» (p. 65).

Liquidate così alcune delle nozioni che a torto o a ragione hanno fatto la storia recente della antropologia medica, il traduttore è generoso di altre esilaranti prestazioni: imperterrito trasforma «*efficacy of traditional healing*» (p. 28) in «efficacia della guarigione tradizionale» (p. 44), «*care providers*» (p. 142) in «tutori della salute» (p. 218) e «*care provider*», al singolare, (p. 173) in «assistente sanitario» (p. 263), le mitiche «*field notes*» (p. 65) in «note sul campo» (p. 102) e le «*life stories*» (p. 138 e 142) in «storie esistenziali» (p. 212) ma anche, più creativamente, «racconti esistenziali» (p. 219); «*embodiment*» (p. 55), riportato perlomeno tra parentesi quadra, è «radicamento del corpo» (p. 87); l'espressione di Cassirer «*image-worlds*» (p. 68) viene tradotta, a distanza di poche righe con «mondi di immagine» e «mondi-simbolo» (p. 105), in modo tale che l'ingenuo (*folk*) lettore che non ha tra le mani il testo originale pensa che si tratti di due cose diverse.

Per chiudere questa troppo lunga sequenza di brutture, per sottolineare, semmai ce ne fosse ancora bisogno, la totale estraneità del traduttore ai problemi più frequentati della disciplina e anche per far forse sorridere un po' il certamente annoiato lettore, si può proporre un'ultima perla: in più passi (p. 147, 148, 150, 151, 162) Good parla di «*evil eye*», che tutti sanno equivalente al nostro malocchio; ma non l'ineffabile traduttore che propone: «sguardo del diavolo» (p. 226, 227, 231, 232), ma anche, avvicinandosi di più al sapere comune (*folk*) «occhio del male» (p. 248).

Questo lungo (e tuttavia assai incompleto) elenco di esempi che illustrano come non si debba fare una traduzione potrà sembrare a qualcuno una inutile esibizione di petulanza o di gratuito accanimento; sarà facile rispondere che non si tratta affatto di questo, bensì della improrogabile necessità di denunciare un malcostume editoriale, purtroppo non raro in Italia, che insidia la credibilità e il prestigio dell'antropologia, almeno agli occhi di quanti non hanno la possibilità o il tempo di accedere alle edizioni in lingua originale. In questo senso, qualcuno forse ricorderà la pessima traduzione nella quale l'editore Anabasi – che pure ha potuto contare sulla collaborazione di un antropologo come Massimo Canevacci – ha fatto co-

noscere al pubblico italiano il libro di George Marcus e Michael Fischer, *Anthropology as cultural critique. An experimental moment in the human sciences*, University of Chicago Press, Chicago, 1986, anche questo testo fondamentale nel dibattito antropologico contemporaneo.

La denuncia di simili episodi di sciatteria e di vera e propria scorrettezza è tanto più urgente per l'antropologia medica, disciplina inevitabilmente destinata a confrontarsi molto da vicino con le epistemologie "dure" delle scienze biologiche. Byron Good in questo suo libro sottolinea la portata dirompente della antropologia medica quando (per maggior sicurezza converrà citare dalla edizione originale) «*views biomedicine as one form of knowledge among many, rather than as a depiction of the biological world*» (p. 88). Una posizione di questo genere – tanto più se non risulta adeguatamente e rigorosamente argomentata – facilmente si presta ad alimentare la diffidenza o il fastidio dei medici nei confronti degli antropologi, i cui discorsi appaiono particolarmente sospetti quando pretendono di disertare gli scenari esotici di lontane e misteriose cure simboliche per azzardarsi a rivolgere il proprio sguardo ai saperi, alle pratiche e agli assetti organizzativi della biomedicina. Ben consapevole di questo, alla fine del libro (di nuovo per prudenza si citerà dalla edizione originale) Good avverte: «*Little wonder that our "epistemological hypochondria" and our critical reflections seem oddly placed amidst the optimism of molecular biology and the convinction of sure knowledge of the mechanisms of disease*» (p. 182). E visto che invece questo autore, con un lavoro teorico e sul campo più che ventennale e con gli strumenti propri dell'antropologia, ha cercato di capire e di spiegare – anche ai medici – «*how illness is constituted as a personal and social object, embedded within the lives of individuals and families, interpreted and responded to in the context of medical pluralism and the complexities and discord of contemporary medical institutions*» (p. 168), sembra una colpa imperdonabile quella di aver negato al lettore italiano – anche medico – la possibilità di apprezzarne interamente la complessità e la persuasività delle argomentazioni.

E – *last but not least* – una traduzione meno provinciale e più professionale di questo libro avrebbe potuto rappresentare una preziosa occasione per iniziare un lavoro sempre più urgente per l'antropologia medica italiana, consistente nel sistematizzarne e uniformarne la terminologia tecnica; questa impresa, in gran parte ancora da compiere, deve inevitabilmente cimentarsi anche con la difficoltà di rendere in modo omogeneo nella nostra lingua la eterogeneità di nozioni ed espressioni ampiamente diffuse nel dibattito internazionale. Il ricco e originale vocabolario tecnico di Byron Good, proprio per la sua complessità e al tempo stesso per la sua notorietà, ne sarebbe stato un esemplare banco di prova.

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica / 7-8, ottobre 1999, pp. 209-250

Il corridore di Amok: dall'eroico guerriero al folle internato.
Mutamenti nella visione di un fenomeno culturale malese trasformato in sindrome psichiatrica.

Claudia Merli

laureata in lettere con tesi di antropologia culturale, Facoltà di lettere e filosofia, Università degli studi di Roma "La Sapienza"

0. Introduzione e descrizione del fenomeno

In questo articolo analizzeremo in che modo l'incontro della cultura occidentale con quella malese abbia influenzato l'interpretazione dell'*amok* nel corso degli anni, e come di esso si siano fornite spiegazioni che hanno allontanato progressivamente gli osservatori dal significato culturale e sociale del fenomeno stesso. L'interesse per le manifestazioni di questa sorta di furia omicida ha radici lontane: dal XVI secolo in poi diversi testimoni occidentali hanno descritto l'*amok*, dapprima come orribile curiosità esotica e in seguito come fenomeno criminale o patologico; esso è stato studiato in modo approfondito sia da medici-psichiatri che da antropologi a partire dalla fine del XIX secolo. Negli ultimi 20 anni molti psichiatri hanno prestato grande attenzione al fenomeno tentando un'equiparazione con disturbi già conosciuti.

Prima di analizzare lo sviluppo storico dei molteplici atteggiamenti disciplinari ci sembra doveroso riassumere le principali caratteristiche del fenomeno. I resoconti di cui siamo in possesso concordano generalmente nel dare risalto ad una sequenza comportamentale ricorrente. Innanzitutto la lingua malese fa una distinzione terminologica precisa tra l'azione, denominata *mengamok*, e colui che la compie, chiamato *pengamok* (Ellis W.G. 1893: 325, Carr J.E. 1978: 271). W. Gilmore Ellis [(1)] ha utilizzato, su questa falsariga, *amoking* per il fenomeno e *amoker* per l'individuo (Ellis W.G. 1893: 325). Cosa succede quando un *pengamok* entra in azione?

Note

«In evidente obbedienza a qualche impulso improvviso, un Malese, o Buginese, si arma di due grandi *kris* (2), uno in ogni mano, e precipitandosi fuori dalla sua casa, generalmente lungo la strada più frequentata del vicinato, pugnala a caso tutti coloro che gli capitano a tiro [...] gli uccisi rappresentano sempre una piccola proporzione rispetto ai feriti poiché i colpi dell'uomo infatuato cadono a casaccio e sono imprecisi» (Cameron J. 1865: 258-259).

A questo quadro di base i diversi autori aggiungono molte precisazioni, le quali, soprattutto nei lavori più recenti, tendono ad evidenziare: l'esclusività di genere dei corridori di *amok*, sempre uomini, e l'amnesia dell'accaduto che segue la furia omicida (Kennedy J.G. 1973: 1160-1161); l'età dei *pengamok* (35-40 anni) e l'occorrenza del fenomeno in una vasta zona che comprende gran parte del Sud-est asiatico e le Filippine (Bourguignon E. 1983 [1979]: 358); la maggiore frequenza di casi di *amok* in determinati periodi storici e il coinvolgimento di vittime che non hanno particolari legami con il *pengamok* (Murphy H.B.M. 1982: 108). Nella maggior parte dei casi viene riscontrata la presenza di una condizione antecedente di profondo abbattimento, derivante da un'offesa o da una perdita vissute come insopportabili (Yap P.M. 1974: 98). In molte delle descrizioni è compresa una precisa interpretazione del fenomeno stesso.

L'*amok* affascinò tanto profondamente gli europei, e tra essi soprattutto gli psichiatri, che lo scrittore austriaco Stefan Zweig (il quale aveva allacciato una profonda amicizia con Sigmund Freud) dedicò all'argomento uno dei suoi racconti più famosi, *Der Amokläufer* (Zweig S. 1992 [1922]).

Henry Brian Megget Murphy (3) individua tre fasi distinte del fenomeno, nel corso del suo sviluppo storico, che coinciderebbero con differenti strategie di azione. Nel primo periodo, più antico, l'individuo avrebbe dato corso volontariamente al suo risentimento verso soggetti specifici, curandosi di non colpire persone del suo *entourage*; nella prima metà del XIX sec. l'attacco di *amok* sarebbe sopraggiunto in maniera del tutto imprevedibile, e sarebbe stato attribuito a condizioni patologiche di tipo fisico; nel terzo periodo, corrispondente alla seconda metà del XIX secolo, il fenomeno viene associato alle patologie psichiatriche e durante l'attacco il *pengamok* non fa distinzione fra le vittime (Lucas R.H. - Barrett R.J. 1995: 298-299). In un recente studio di John C. Spores, di taglio prevalentemente storico, viene posto nuovamente l'accento sulla scelta delle vittime, che raramente sarebbero del tutto sconosciute al *pengamok* (Spores J.C. 1988: 67). Questo stesso autore riconosce la possibilità di due tipi di *amok*: il primo preceduto da una fase

di frustrazione di durata variabile, ben riconosciuta nella cultura malese con il termine di *sakit hati* [4], il secondo improvviso, senza nessun segnale comportamentale precedente (Spores J.C. 1988: 64-65).

Lo studio prevalentemente storico di Spores è carente per quello che riguarda le testimonianze sul dibattito strettamente antropologico, ma allo stesso tempo risponde al bisogno di analizzare l'evoluzione del fenomeno nel tempo, spesso ignorata da molti antropologi e psichiatri.

1. Radici storiche dell'etica guerriera malese

Le prime notizie che possiamo trovare sull'*amok* risalgono a tempi abbastanza remoti; le testimonianze giungono in alcuni casi fino al XVI secolo e fanno quasi esclusivamente riferimento all'India. Sovente si tratta di brevi citazioni all'interno di relazioni di viaggio. Il termine *amok* entra nell'uso della lingua inglese abbastanza velocemente rispetto alla data del rilevamento del fenomeno, già nel XVI secolo (Kennedy J.G. 1973: 1162), ma secondo alcune fonti nel XVII e precisamente nel 1663 (Lucas R.H. - Barrett R.J. 1995: 298).

Nell'*Encyclopaedia Britannica* si trovano interessanti notizie che riguardano l'etimologia del termine. Esso veniva usato in relazione ad episodi di vendetta, compiuti utilizzando assassini pagati, da parte di *raja* o capi locali in India (Encyclopaedia Britannica 1960: 853). Le derivazioni proposte per il termine sono essenzialmente due: *1*) la prima avvicina la parola *amuco* al termine moderno *amarkhan*, che in malayalim [5] significa "un guerriero", dalla parola *amar*, che significa "combattimento" (Encyclopaedia Britannica 1960: 853); *2*) la seconda riconosce una possibile derivazione dal sanscrito *amokshya*, termine che farebbe riferimento ad un voto che non è possibile sciogliere (Encyclopaedia Britannica 1960: 853).

Lo psichiatra Julio Arboleda-Florez cita il caso di uomini Indiani che bruciavano ogni proprietà, e la loro famiglia, prima di lanciarsi nella lotta contro i Portoghesi (Arboleda-Florez J. 1985 [1979]: 257).

John C. Spores raccoglie numerose testimonianze del XVI secolo; tra queste quella del Portoghese Gaspar Correa risale agli anni 1512-1561 e riferisce la circostanza di guerrieri sopravvissuti al loro capo:

> «In questo caso essi sono come pazzi – conosciuti come *amoucos* – e considerano se stessi come fossero già tra i morti» (Yule H. - Burnell A.C. [6] 1903: 20 cit. in Spores J.C. 1988: 12).

Dalle testimonianze di Pietro Della Valle [7] (1650-1652) e John Nieuhoff (1662) veniamo a conoscenza dell'esistenza di una vera e propria casta militare privilegiata, quella dei Nayar [8] (o Nairs); temuti e rispettati, indossavano come particolare segno distintivo un bracciale d'oro al braccio destro (Yule H. - Burnell A.C. 1903: 21 cit. in Spores J.C. 1988: 15-16, Churchill 1704 [9] cit. in Spores J.C. 1988: 17-18). Alla fine del XVII secolo Philip Baldaeus chiama esplicitamente la casta dei Nayar con il nome *amok* (Churchill 1704 cit. in Spores J.C. 1988: 19).

La ferocia e le particolari modalità dell'azione militare in India sono state al centro di uno studio di Georges Dumézil, nel quale si descrive la trasformazione dei poteri dei guerrieri di Indra, destinati a trascendere ogni tipo di limite e ad affermare la forza in sé (Dumézil G. 1990 [1985]: 120). Sempre Dumézil rileva un'equivalenza tra il calore e il furore guerriero (Dumézil G. 1990 [1985]: 186); secondo Eliade esiste anche un collegamento tra il calore e il potere ascetico dello *yogi*, usato per distruggere l'intero mondo (Eliade M. 1974 [1951]: 437-438). La presenza di comportamenti violenti in India, in relazione a forme ascetiche di devozione, è testimoniata anche nel XIX secolo. Un uomo di nome Bama Khepa, nato nel 1843 nella regione del Bengala, devoto della dea Tara, si comportava come un pazzo, schiumava dalla bocca e diventava improvvisamente e imprevedibilmente violento (in un'occasione strangolò un uomo) (Morinis A. 1985: 214). Secondo Morinis si tratterebbe di uno stato mentale culturalmente riconosciuto come "intossicazione divina", distinto con chiarezza dalle comuni forme di pazzia (Morinis A. 1985: 216).

Se facciamo riferimento all'India e all'importanza di queste concezioni è per la possibilità che molti aspetti della cultura Indiana siano stati assimilati dalla cultura malese. È ampiamente documentata l'importantissima influenza dell'India su tutto il Sud est asiatico. È molto probabile, e attestato variamente, che anche le tecniche militari abbiano subito delle modificazioni, soprattutto con il formarsi di regni Induisti nella penisola Malese (Cole F.C. 1945: 17, Barth F. 1990: 647, Laderman C. 1992: 272).

Abbiamo visto che Arboleda-Florez fa riferimento alla disperata lotta degli Indiani contro i Portoghesi; anche in Malesia assistiamo ad un confronto militare tra Portoghesi e popolazioni indigene. Quando nel 1511 i Portoghesi si apprestarono a conquistare la Malacca, giovani nobili si offrirono di *correre l'amok* per il re (Spores J.C. 1988: 20). La

tattica militare viene descritta in un articolo dell'antropologo John E. Carr:

> «Attacchi in massa da parte di guerrieri, ognuno brandendo il *kris*, un pugnale o spada corta, accompagnati dalle grida isteriche *'Amok! Amok!'* erano una tattica diffusa tra i guerrieri Malesi [...] La tattica [...] era apprezzata e rafforzata culturalmente mediante poemi epici che citavano gesta di eroi e campioni che esemplificavano tale comportamento» (Carr J.E. 1978: 272).

L'*amok* viene riconosciuto come tratto caratteristico del comportamento di nobili e guerrieri Malesi, anche come reazione ad un insulto o ad un'offesa (Firth R. 1967: 197). È considerato da alcuni come strumento privilegiato per atti di fanatismo religioso, con l'instaurarsi dell'Islam nella penisola Malese (Carr J.E. 1978: 272). Georges Devereux riporta che un ministro del regno di Madjapahit, nell'isola di Giava, ordinò ai suoi uomini di correre l'*amok* e di massacrare i loro concittadini (Devereux G. 1978a [1956]: 68). Nel 1770 anche il capitano James Cook dava notizia dell'esistenza di questo fenomeno in Malesia (Levine R.E. - Gaw A.C. 1995: 523-524).

I primi resoconti inglesi descrivono i Malesi come essenzialmente bellicosi, desiderosi di distinguersi in guerra, alla ricerca di mezzi per raggiungere l'invulnerabilità (Wilkinson R.J. 1908b: 12); quando preda di emozioni violente vengono arditamente paragonati ad Achille (Abraham J.J. 1912: 439), la cui furia incontenibile è accostata all'*amok*.

2. Cenni sulle leggi vigenti in Malesia prima dell'instaurarsi del governo coloniale

Prima di affrontare direttamente la situazione e l'occorrenza dell'*amok* in Malesia nel XIX secolo, vogliamo fare riferimento alle leggi, spesso trasmesse solo oralmente, in vigore nel territorio malese nel periodo precedente. La situazione giuridica anteriore alla colonizzazione britannica è descritta da alcuni autori europei come barbarica e incivile. L'arrivo degli occidentali rappresenta un evento fondamentale per allontanare il popolo malese dalla giurisprudenza tradizionale. Riportiamo una citazione da uno studio di W.W. Skeat del 1901:

> «La civiltà sta procedendo a grandi passi in questi stati, ma non ha ancora interamente spazzato via le tracce superstiti della vecchia legge barbarica che imprigionava gli esseri umani in gabbie e in condizioni che sarebbero state indegne delle bestie, e li torturava e mutilava finché la morte pietosa recava loro una liberazione» (Skeat W.W. 1901: 180).

Da questa descrizione potremmo ricavare l'impressione che ci fosse una situazione omogenea, di particolare rigore, nei confronti di persone considerate responsabili di qualche delitto o infrazione. Ma il panorama era assai più variegato e complesso, per la coesistenza di diversi codici di "leggi", analizzati in un interessante studio da R.J. Wilkinson; le diverse leggi esistenti sono riconducibili essenzialmente a tre corpus:

1) L'*adat* [10] *perpateh* veniva usato prevalentemente nel Negeri Sembilan e nel Naning; viene descritto come un complesso di leggi di tipo "democratico". La responsabilità degli atti criminosi compiuti da un soggetto veniva estesa alle persone a lui più vicine (Wilkinson R.J. 1908a: 2-5).

2) L'*adat temenggong*, diffuso nel resto della penisola, è considerato di tipo "autocratico". Utilizza lo strumento della riduzione in schiavitù, amministra la giustizia in maniera crudele e impietosa, è piuttosto brutale (Wilkinson R.J. 1908a: 2-6).

3) Lo *hukum shara'* è la legge islamica; introdotta in tempi più recenti, si è sovrapposta ai due tipi di leggi già esistenti. Viene considerata di tipo "teocratico". Aumenta il numero delle offese ritenute intollerabili e non compie una distinzione netta tra reato e peccato (Wilkinson R.J. 1908a: 3-7). Tuttavia, le leggi islamiche non vengono recepite ed accettate nella loro interezza; per le questioni riguardanti le proprietà (di terra o di schiavi) o l'eredità, si preferisce fare riferimento alle *adat* tradizionali (Wilkinson R.J. 1908a: 48).

L'insieme delle *adat* avrebbe agito, secondo Mahathir bin Mohamad, in associazione alle credenze animiste nel rallentare la diffusione dell'insegnamento dell'Islam (Mahathir bin M. 1982 [1970]: 23).

All'interno dell'*adat perpateh* troviamo diversi riferimenti alle concezioni che ispiravano la scelta circa le punizioni da infliggere. Nel Negeri Sembilan,

> «La carcerazione e la mutilazione – come l'amputazione di un arto – anziché fornire un aiuto facevano dell'uomo che le subiva un peso per la comunità. La tortura, la flagellazione, la marchiatura a fuoco e le ferite deturpatrici erano punizioni pericolose da infliggere a causa della disperata sete di vendetta che esse destavano nel cuore di un Malese sensibile e dotato di amor proprio» (Wilkinson R.J. 1908a: 5).

In questo passo emergono due degli stereotipi sui Malesi che hanno accompagnato le descrizioni di molti occidentali: la sensibilità (o suscettibilità) dei Malesi e la possibilità di una reazione violenta e incontenibile da parte loro (vedi § 3). Nella considerazione generale esisteva un giudizio preciso sulla cattiva applicazione dell'*adat*: le punizioni che mutilavano e degradavano psicologicamente il criminale erano considerate in modo negativo (Wilkinson R.J. 1908a: 8).

Secondo Spores il concetto stesso di punizione era largamente assente (Spores J.C. 1988: 73). Un riferimento preciso viene fatto da Wilkinson ad una condizione la cui descrizione somiglia molto all'*amok*:

> «Se un uomo commetteva un delitto in un momento folle di sconsideratezza o passione, egli non veniva trasformato in un criminale, ma rimediava al torto con l'aiuto dei parenti della moglie» (Wilkinson R.J. 1908a: 12).

Si tendeva a preferire una soluzione che agisse in vista del reinserimento dell'assassino o della compensazione del delitto, quando questi erano ritenuti possibili; la pena capitale era comunque prevista per alcune violazioni, tra le quali: il tradimento, l'incesto, l'avvelenamento, l'omicidio (Wilkinson R.J. 1908a: 32).

Per quanto riguarda l'*adat temenggong* le cose erano differenti. Questo corpo di leggi, di cui esiste una versione tradizionale scritta, risente fortemente delle influenze induiste, a partire dal regno situato nella città di Palembang [(11)], meglio noto come regno di Srivijaya (900-1375 d.C.). Tali influenze conferiscono un carattere sacro al *Raja* malese (Wilkinson R.J. 1908a: 40). Il potere dei capi locali poteva manifestarsi anche attraverso azioni brutali:

> «la caratteristica peggiore del vecchio sistema della Malacca era l'impiego di seguaci privi di scrupoli, bande di teppisti sfaccendati che erano pronti a commettere ogni crimine nell'interesse del loro capo» (Wilkinson R.J. 1908a: 44).

Questa descrizione si lega per una certa aria di famiglia alle testimonianze provenienti dall'India che abbiamo già citato (cfr. § 1).

Nell'*adat temenggong* trovano posto le pene che l'*adat perpateh* tendeva a non comminare. Il re era l'unico ad esercitare il potere di "versare il sangue" di un imputato, senza possibilità di appello. La prerogativa si riferisce all'uso della spada per l'esecuzione, arma che conduceva ad un copioso flusso di sangue; altri capi locali che amministravano la giustizia potevano comminare solo pene capitali con il *keris* (Wilkinson R.J. 1908a: 25). L'esecuzione capitale con il *keris* aveva uno svolgimento preciso:

> «Il lungo *keris* da esecuzione simile ad uno spadino, conficcato dalla clavicola verso il basso attraverso il cuore e i polmoni, uccideva il criminale senza (teoricamente) determinare un'emorragia esterna maggiore di quanto potesse assorbire il batuffolo di ovatta attraverso cui si faceva passare il *keris*» (Wilkinson R.J. 1908a: 25).

Questa modalità di esecuzione poteva essere uno degli esiti di una vicenda che vedeva coinvolto un *pengamok*.

Uno dei più famosi codici presenti sul territorio Malese era il *Codice del Perak*; era una raccolta di "leggi" che esponeva problemi giuridici in

forma di domanda e risposta. Su questo stesso schema erano redatti diversi codici, compilati in modo piuttosto asistematico (Rigby J. 1908: 11-13). J. Rigby fa menzione della possibile origine persiana del nucleo del codice, da far risalire al sovrano Nushirwan, salito al trono nel 531 d.C. (Rigby J. 1908: 14-15). Di particolare interesse è la trattazione dell'omicidio preterintenzionale, o colposo, che viene esaminato sotto diverse varianti.

> «A rigor di termini, l'uccisore deve rispondere con la sua vita; ma nel caso dei veri credenti, se l'assassino compare di fronte al tribunale, non verrà inflitta la pena capitale. Ma deve essere pagata una multa di cinque *tahil* d'oro, si deve organizzare un banchetto funebre, procurando sia un bufalo che una capra bianca o un cammello (12) bianco, come prezzo per la sua libertà» (Rigby J. 1908: 21).

Se analizziamo il passo, notiamo che esso conferma l'orientamento generale dell'*adat perpateh*, che, anziché comminare la pena capitale, tende a risarcire i parenti della vittima, ma questo esclusivamente se l'assassino appare di fronte ad un giudice; la puntualizzazione fa pensare che il colpevole doveva aver già evitato l'uccisione da parte di altri, o essere fuggito.

In passi ulteriori si fa una netta distinzione circa il credo religioso dell'assassino: se si tratta di un infedele, cioè di un non-musulmano, esso non va assolutamente ucciso, poiché prevale l'importanza del tentativo della sua conversione (Rigby J. 1908: 21), ed inoltre un infedele gode di una sola vita che non può essergli tolta, neanche nella ricerca di una vendetta personale che accomunerebbe nella dannazione anche i veri credenti (Rigby J. 1908: 40). La stessa condotta è prevista nel caso che un credente uccida un altro correligionario, per cui si deve evitare la pena di morte e propendere per una compensazione di natura diversa (Rigby J. 1908: 28-29). L'unico caso in cui viene menzionato il ricorso alla pena capitale è quello di un credente dell'Islam che uccide un infedele (Rigby J. 1908: 21), caso ritenuto quindi più grave. In tutti questi esempi si parla esclusivamente di omicidio colposo, quindi non premeditato. Il *mengamok* poteva rientrare tra questi? E in questo caso si faceva distinzione circa l'appartenenza religiosa di coloro che restavano coinvolti? Secondo alcuni resoconti coloniali i *pengamok* erano prevalentemente musulmani, mentre le vittime erano di diversa fede religiosa; fu questa una delle aggravanti che condusse alla famosa condanna di Sunan, caso celeberrimo che tratteremo più avanti (cfr. § 3.1.). La giustizia coloniale aderisce parzialmente alle formulazioni del *Codice del Perak*, prevedendo la pena di morte per il musulmano che uccide.

2.1. Atteggiamenti della tradizione malese nei confronti dell'amok

Di fronte ad un caso di *amok*, le azioni a disposizione sia dell'assassino che degli abitanti dei villaggi erano di diverso tipo; potremmo distinguerle in misure preventive e misure punitive. Nel momento in cui riecheggiavano per le strade le grida del *pengamok* e delle sue possibili vittime, i presenti potevano ricorrere ad alcuni strumenti predisposti agli angoli delle strade ad uso dei cittadini, e presenti con una certa frequenza nei diversi villaggi. Si tratta di oggetti ben descritti e conosciuti in epoca coloniale:

> «lunghi pali dall'estremità forcuta, modellati come forconi da fieno [...] erano usati dagli abitanti per bloccare a terra lo sfortunato Amoker se si riusciva a raggiungerlo da tergo, o, se si stava avvicinando, schivare il suo attacco e impedirgli di giungere abbastanza vicino da usare la sua arma» (Ellis W.G. 1893: 326).

Probabilmente lo stesso strumento, utilizzato sempre con l'intento di non lasciare che il *pengamok* si approssimasse troppo, viene descritto nelle sue modificazioni storiche da Georges Devereux.

> «Il corridore di *amok* colpito da una lancia si portava in avanti lasciandosi trapassare da parte a parte allo scopo di avvicinarsi abbastanza al suo avversario da poterlo uccidere col suo *kris* [...] perciò i Malesi erano giunti a fabbricare delle lance munite di due ferri formanti un angolo acuto in modo da impedire che il forsennato si avvicinasse a loro» (Devereux G. 1978a [1956]: 46-47).

Se i mezzi miranti a fermare il *pengamok* risultavano vani, si tentava di ucciderlo. Se egli riusciva a fuggire poteva chiedere la protezione di un potente, rifugiarsi alla corte di un Rajah; in questo caso il Rajah offriva la sua protezione, ma il *pengamok* poteva essere ridotto alla condizione servile, costretto a sposare solo una schiava e a lasciare in eguale condizione anche i figli nati successivamente da quell'unione (Ellis W.G. 1893: 326).

W. Gilmore Ellis riporta anche la possibilità che il *pengamok* non avesse bisogno di ricorrere alla protezione di nessuno, nel caso in cui egli stesso fosse un personaggio ricco o potente; allora poteva dar corso ad un procedimento di risarcimento per i parenti delle vittime e rientrare successivamente al proprio villaggio (Ellis W.G. 1893: 326). Abbiamo visto che questa opzione era contemplata dall'*adat perpatah* come la più auspicabile, e non in esclusiva relazione ai personaggi potenti.

L'ultima risorsa era la condanna del *pengamok* alla pena capitale, che secondo Ellis avveniva alla maniera Malese, con il *keris* (vedi sopra § 2) (Ellis W.G. 1893: 326). Alla luce di quanto fin qui illustrato, possiamo leggere questi resoconti di Ellis non come opzioni o alternative equivalenti, ma come soluzioni giuridiche distinte, applicate in relazione al territorio e al

sistema giuridico adottato; l'esecuzione per *keris* potrebbe essere un segno delle condanne inflitte non da un re, ma a livello di poteri locali che seguivano l'*adat temenggong*, mentre il pagamento di un indennizzo o risarcimento potevano essere un segno dell'applicazione dell'*adat perpateh*.

Che posto era riservato al fenomeno *amok* all'interno delle concezioni tradizionali? Era giudicato semplicemente un crimine? Secondo quanto raccolto da vari testimoni, un *pengamok* era considerato generalmente un pazzo. Analizziamo brevemente in che senso. Si faceva riferimento al fenomeno con il termine completo di *gila mengamok* (dove *gila* indica genericamente "pazzia"); questo tipo preciso era inserito in una gamma di diversi disturbi denominati *gila*, che si ritenevano causati alternativamente o dall'influenza di spiriti malevoli (*gila kena hantu*), o da azioni di stregoneria (*gila buatan orang*); il *mengamok* era giudicato una forma estrema di entrambi, quindi di maggiore gravità (Carr J.E. 1978: 286). L'azione perniciosa degli spiriti nella comparsa dell'*amok* è citata anche da altri autori (Winstedt R. 1950 [1947]: 24, Wolff R.J. 1965: 342). La caratteristica che permette di riconoscere un tipo di *gila* è il comportamento violento, si capisce quindi come il *mengamok* fosse ritenuto il più grave esempio di pazzia (Carr J.E. 1978: 285). I comportamenti violenti e distruttivi sono visti come espressione di un eccessivo calore; soprattutto certe forme di pazzia risulterebbero prodotte da un eccessivo riscaldamento del cervello o da emozioni violente (Laderman C. 1993 [1991]: 25-31, 1992: 275). Analoghe formulazioni sono riscontrabili a Bali, dove la pazzia è associata alla rabbia e al calore eccessivo (Connor L. 1982: 252). Queste concezioni tradizionali hanno probabilmente influenzato il successivo atteggiamento coloniale nei confronti dei soggetti che correvano l'*amok* (Tan E.K. - Carr J.E. 1977: 62).

In contrasto con questa visione, è possibile riscontrare la ricorrente esaltazione della figura del *pengamok*, come se si trattasse di un eroe; troviamo cenni dell'*amok* nell'epopea *Hikayat Hang Tuah* (Devereux G. 1978a [1956]: 46) e notizie circa la creazione di leggende sulle gesta dei *pengamok* morti (Coppo P. 1996: 17, Wallace A.R. 1869[13]: 184 cit. in Spores J.C. 1988: 27). I corridori di *amok* ricoprono un ruolo che ricorda quello del guerriero valoroso; a conferma di questa ipotesi ci sono due elementi:

1) l'importante accostamento tra *mengamok* e *kris*; è questa l'arma privilegiata per l'azione omicida, presente in tutti i resoconti tradizionali (Kessler C.S. 1984[1977]: 310). Le storie sull'origine del *kris* lo fanno risalire al pene di un antenato divino (Rassers W.H. 1959: 243). Il *kris* ha una grande importanza nella vita di un uomo malese: può sostituirlo, rappresentan-

dolo, durante la cerimonia di nozze; è un elemento necessario dell'abbigliamento e va indossato secondo uno schema rigido che evidenzi in modo chiaro la mancanza di intenzioni offensive (Rassers W.H. 1959: 238-243).

2) il collegamento tra comportamento valoroso e violento e la presenza interiore dell'*angin hala*, il "vento della tigre". Secondo le concezioni mediche tradizionali, esistono all'interno dell'individuo dei venti (*angin*) che determinano le disposizioni e il carattere personali. Tra questi *angin* quello denominato *angin hala* è particolarmente forte e difficilmente trova una modalità di espressione esteriore che sia accettabile,

> «a meno che il suo possessore sia un lottatore od occupi una posizione sociale che gli consenta di perpetrare la sua aggressione senza paura di ritorsione. Coloro che hanno personalità "tigresche" possono dimostrarsi pericolosi per gli altri se esprimono il loro *angin* (come nei consueti maltrattamenti della moglie o, in casi estremi, correndo l'*amok*), o per se stessi se non lo fanno» (Laderman C. 1993 [1991]: 72).

Questo *angin* può essere espresso attraverso il valore militare sul campo di battaglia (Laderman C. 1993 [1991]: 74), o la pratica dell'arte marziale malese chiamata *silat* (Laderman C. 1993[1991]: 145 n.). Queste caratteristiche dell'azione dell'*angin* si ricollegano a osservazioni di studiosi in periodi precedenti, le quali facevano riferimento all' "aria" come a una causa possibile della pazzia (Winstedt R. 1951 [1925]: 101). A Bali esisterebbe una formulazione sull'esistenza all'interno del corpo di elementi chiamati *babai*; in particolare sono pericolosi i *babai angin* (*babai* del vento): se riescono a raggiungere il cervello dell'individuo, questi può diventare violento e correre l'*amok* (Connor L. 1982: 254).

All'interno delle formulazioni tradizionali troviamo una dicotomia importante che regola il giudizio su azioni e comportamenti tenuti dagli individui in diverse situazioni sociali, quella *alus/kasar*. *Alus*, o *halus*, è il termine applicato alla persona e all'azione corrette; *kasar* si applica alle azioni e alle persone che non rispettano l'etichetta, che usano un linguaggio volgare (Carr J.E. 1978: 275, Geertz C. 1960: 232). Il comportamento *alus* è caratterizzato dalla capacità di autocontrollo, altamente apprezzata in contesto malese; mentre la perdita di controllo, soprattutto delle proprie emozioni, rientra pienamente nel polo *kasar* (Geertz C. 1960: 247). Il comportamento inappropriato può condurre infine alla comparsa di una malattia (Carr J.E. 1978: 283). L'*amok*, come comportamento estremamente contrario all'etichetta, rappresenta il polo estremo del comportamento *kasar*; secondo Mahathir l'*amok* sarebbe in effetti l'espressione fisica esteriore dell'insostenibile conflitto interiore determinato dalla rigida osservanza delle regole di comportamento (Mahathir bin M. 1982 [1970]: 118).

> «Esso è una rottura dei legami che vincolano l'individuo. È una fuga definitiva e completa dalla ragione e dall'educazione [...] La responsabilità scompare. Nulla importa. Egli è libero» (Mahathir bin M. 1982 [1970]: 118).

L'*amok* si inserisce quindi all'interno di un discorso culturale ampio, è riconosciuto, temuto, esaltato talvolta, comunque previsto come possibilità di azione violenta e coraggiosa insieme (Burton-Bradley B.G. 1968: 252). A tal punto giungeva il suo riconoscimento culturale che in alcuni casi un individuo poteva chiedere il permesso al re di correre l'*amok* e di attentare così all'ordine pubblico (Devereux G. 1978b [1963]: 278).

3. Le scelte dei governi coloniali e processi

Con lo stabilizzarsi del potere coloniale nella penisola Malese si arricchiscono i resoconti riguardanti l'*amok*, le sue manifestazioni, la sua incidenza. Assistiamo ad un alternarsi costante tra predominio britannico e tedesco sulla Malacca che si conclude nel 1824 con il Trattato di Londra, che stabilisce il possesso della regione da parte della Corona Britannica (Heinze R.I. 1988: 38).

Sono numerosi i funzionari governativi che dimostrano un acceso interesse per la comprensione e la descrizione della vita culturale locale. Dai testi di fine Ottocento emerge una caratterizzazione della personalità malese che ne esalta gli atteggiamenti di passionalità, risentimento e vendetta, in alcuni casi con un particolare accento sul coinvolgimento di persone estranee ai fatti che scatenano la reazione (Alatas S.H. 1977: 39-40). Di questo tenore sono anche alcune descrizioni fatte da commercianti cinesi in tempi più remoti e citate da Wilkinson:

> «Quando viene usata una parola che non gradiscono, i Malesi prendono all'istante il *keris*; e se un uomo viene ucciso in questo modo l'assassino fugge verso le montagne e vi si nasconde per qualche tempo» (Wilkinson R.J. 1908a: 44).

I Malesi sono ritenuti pigri e cattivi lavoratori, principalmente a causa del clima torrido. Gran parte delle considerazioni formulate in questo periodo e giunte sino a noi scaturiscono dalla penna di Sir Thomas Stamford Raffles (14). Sir Frank Athelstane Swettenham (15) e Sir Hugh Clifford forniscono le loro descrizioni con uno stile caratterizzato dal tentativo di comprendere il punto di vista degli "attori", un approccio che secondo una certa terminologia antropologica sarebbe definito *emico* (Alatas S.H. 1977: 47). La figura di Sir Raffles emerge anche per l'opera compiuta nella riorganizzazione del sistema giuridico malese, con l'introduzione della

distinzione dei poteri, limitando i numerosi abusi compiuti in precedenza (Day C. 1966 [1904][16]: 195 cit. in Spores J.C. 1988: 156-157); secondo Wilkinson gli Inglesi distinguevano chiaramente i poteri esecutivo e giudiziario, mentre i Musulmani li identificavano idealmente (Wilkinson R.J. 1908a: 65-66). La maggiore differenza tra giustizia malese e britannica stava nella diversa considerazione della forma di documentazione: la prima faceva riferimento essenzialmente a forme orali, la seconda a quelle scritte (Wilkinson R.J. 1908a: 63).

Lo sviluppo dell'attenzione per l'analisi dell'*amok* è stato posto in diretta relazione con gli interessi economici e commerciali Inglesi già da un medico presente in Malesia nei primi anni del Novecento. Questi attribuisce le contemporanee scarse conoscenze degli Inglesi sulla Malesia al precedente predominio tedesco sulle Indie Orientali.

> «Ora la scoperta di grandi filoni di stagno nella Confederazione degli Stati Malesi, e l'enorme impulso dato all'industria della gomma, hanno reso il suddito malese, i suoi usi, costumi, e modi di pensiero, una questione di interesse commerciale e perciò di importanza sempre crescente» (Abraham J.J. 1912: 438).

Mentre sembra esistere una tradizione nel considerare il comportamento violento come espressione di coraggio virile (l'*amok* è considerato talvolta un mezzo di reazione volontaria, da non confondere con la pazzia) (Murphy H.B.M. 1982: 110), l'atteggiamento occidentale oscilla tra una percezione del *pengamok* come un comune assassino e un'altra che tende a ritrarlo come un pazzo o un folle. John Cameron, giornalista e redattore capo di "The Straits Time", usa il termine "*maniac*" per caratterizzare alcuni casi da lui descritti (Cameron J. 1865: 259). Il comportamento del *pengamok* innesca una reazione immediata nelle persone che vi assistono.

> «non viene fatto nessun tentativo per catturare vivo il folle, ma egli diventa un bersaglio per il fucile, la spada, o il kris, di ogni uomo che può avere un'opportunità favorevole per attaccarlo. Egli cessa di essere visto come un essere umano e gli viene data la caccia come fosse una bestia selvaggia, tuttavia è sorprendente quanto a lungo egli sfugga alla morte che lo prende di mira da ogni parte» (Cameron J. 1865: 259).

Questo tipo di atteggiamento è in stridente contrasto con la considerazione del soggetto che corre l'*amok* come guerriero valoroso; emerge piuttosto il pericolo che egli rappresenta per la sua comunità. Allo stesso tempo l'autore del passo sembra suggerire che l'episodio venisse visto come un'ottima occasione da parte di altri soggetti, che potevano sfogare impulsi violenti paragonabili a quelli del *pengamok*.

La necessità del mantenimento dell'ordine pubblico e della repressione del fenomeno, che si sarebbe presentato in modo abbastanza frequente, spinsero il governo coloniale ad adottare misure mirate e, secondo Ronald C. Simons, ad utilizzare il pretesto della prevenzione dell'*amok* a fini generalmente repressivi (SIMONS R.C. 1985a: 34). Quando Sir Raffles impose il divieto di portare armi a Singapore, la decisione fu accolta in maniera negativa:

> «i capi si lamentarono con Raffles che senza pugnali si sentivano nudi» (WINSTEDT R. 1909: 44).

Nell'affrontare la situazione i governi coloniali si comportarono in modi differenti. Secondo Georges Devereux il governo olandese in Indonesia [17] preferì rifiutare la "morte gloriosa" ai *pengamok* e comminare condanne ai lavori forzati (DEVEREUX G. 1978a [1956]: 69). I tedeschi inclusero torture e mutilazioni nelle pene previste, ma in altre occasioni incoraggiarono la cattura del *pengamok* per poter organizzare un'esecuzione esemplare (SPORES J.C. 1988: 76). Dopo il 1816 i tedeschi optarono per condanne differenti, dal carcere ai lavori forzati (SPORES J.C. 1988: 77-78). Un'ulteriore complicazione era offerta dai casi di ferimenti od uccisioni compiuti da persone che professavano di essere nello stato *latah* [18] al momento degli accadimenti, e di aver agito o sotto l'influenza di soggetti terzi (che avevano impartito loro ordini) o accidentalmente (FLETCHER W. 1908: 255). Ci troviamo di fronte a due categorie tradizionali alle quali, in occasione di atti criminosi gravi, si faceva ricorso e che, secondo le concezioni malesi, sollevavano entrambi l'individuo dalla responsabilità diretta nei fatti.

Secondo Wilkinson le misure adottate dal governo coloniale britannico per i casi di *amok* si avvicinerebbero, per la scelta delle pene inflitte e per l'esemplarità dell'esecuzione volta a creare un deterrente, all'*adat temenggong* precoloniale (WILKINSON R.J. 1908a: 7). La condanna all'ergastolo era particolarmente odiata dai Malesi, che la consideravano peggiore della morte per impiccagione (ELLIS W.G. 1893: 335). Secondo Ellis alla fine del XIX secolo in tutti i territori malesi posti sotto un governo o protettorato europeo si procedeva all'arresto e al processo dei colpevoli, evitando esecuzioni sommarie (ELLIS W.G. 1893: 326). A partire dal 1870, nel codice penale britannico non si fa alcuna menzione di *amok*, ma si parla genericamente di omicidio (SPORES J.C. 1988: 81). Solo pochi anni prima la giustizia coloniale riconosceva precisamente l'*amok*; esempio principale dell'amministrazione brutale e impietosa della giustizia è considerato il caso di Sunan, che analizzeremo nel prossimo paragrafo.

3.1. Il celebre caso di Sunan

Tra le più famose vicende giudiziarie legate all'*amok*, emerge come esempio limite la sentenza emessa dal giudice Sir William Norris nei confronti di un individuo chiamato Sunan (o Sunam); la vicenda è riferita da diversi autori, tra cui Ellis (Ellis W.G. 1893) e Cameron (Cameron J. 1965 [1865]), ed è stata ripresa recentemente da Spores (Spores J.C. 1988). Sembra che la prima descrizione dell'accaduto sia quella fatta da J.R. Logan [19] nel 1849 nel "Journal of the Indian Archipelago".

L'episodio avvenne a Penang. Durante il suo attacco, Sunan uccise quattro persone [20] e ne ferì gravemente altre sette, delle quali solo due sopravvissero in seguito; le vittime appartenevano a diversi gruppi etnici (Hindu, Cinesi e Kling). Il processo si svolse in tempi rapidissimi e la sentenza venne emessa il 13 luglio 1846, dopo soli cinque giorni dal delitto (consumatosi l'8 luglio), l'esecuzione del condannato ebbe luogo il 15 luglio. La sentenza è passata alla storia come un esempio di ferocia spropositata da parte del giudice. Un resoconto estremamente dettagliato della sentenza venne fatto anche da W. Gilmore Ellis, che espresse con forza il disgusto per simili metodi.

L'accusato Sunam venne condannato alla pena capitale mediante impiccagione; la sentenza recita:

> «Il tuo corpo sarà quindi consegnato ai chirurghi per la dissezione, e le tue membra straziate, invece di essere restituite ai tuoi amici per una degna sepoltura, saranno gettate in mare, buttate in un fosso, o sparse a terra a discrezione dello sceriffo, e possa Dio Onnipotente avere pietà della tua anima miserabile!» (Ellis W.G. 1893: 329).

Il giudice Norris dedicò particolare attenzione al fatto che Sunam, prima di iniziare l'attacco, abbia urlato "Allah! Allah!"; in questo modo egli poté creare una connessione causale tra l'appartenenza alla fede islamica e il fenomeno *amok*, tanto da identificare i musulmani come gli unici pronti ad utilizzare tale metodica di offesa armata (Ellis W.G. 1893: 328).

L'accostamento va tenuto nella giusta considerazione, soprattutto se osservato in comparazione con un fenomeno per certi versi ritenuto simile, il *juramentado* delle Filippine. Il termine *juramentado* compare per la prima volta nel 1876 e pare che fosse utilizzato dal generale Malcampo (Hurley V. 1997 [1936]). In questo caso la connessione tra atto omicida e religione è esplicitamente riconosciuta, non solo dagli osservatori, ma dagli stessi protagonisti; il *juramentado* è considerato tradizionalmente come una forma estrema di *jihad* islamica e trova le sue vittime principali tra i cristiani del territorio. Inoltre i Moros delle Filippine distinguono chiaramente l'*amok*

dallo *juramentado*, chiamando il primo *manuju* (HURLEY V. 1997 [1936]). Sir Norris non poteva essere a conoscenza della differenza (non solo terminologica), proposta solo trenta anni più tardi, e trovava a sua disposizione esclusivamente la categoria malese di *mengamok*; non esita tuttavia a stabilire una connessione diretta con l'Islam. La stessa procedura di esecuzione prescelta fa riferimento preciso all'orrore suscitato nei credenti dell'Islam dall'idea che il corpo venga smembrato dopo la morte, atteggiamento confermato anche da Cameron nel citare la vasta eco suscitata dalla sentenza (CAMERON J. 1965 [1865]: 263); Wolff conferma anche in tempi più recenti la persistenza dell'orrore per la mutilazione (WOLFF R.J. 1965: 343). Ellis nega che l'*amok* abbia una relazione diretta con la religione islamica, poiché avrebbe appreso da alcuni informatori la sua esistenza nella penisola malese in tempi anteriori all'arrivo dell'Islam (ELLIS W.G. 1893: 329-330).

Un altro passaggio fondamentale della sentenza di Norris pone in risalto la possibile lettura del fenomeno da parte dei Malesi. Egli si impegna particolare energia nel negare che l'*amok* possa essere considerato un gesto coraggioso od eroico; questo atteggiamento ci informa indirettamente su quello che poteva essere il pensiero popolare tradizionale a riguardo, non totalmente negativo (ELLIS W. G. 1893: 328).

Secondo John Cameron il fine principale perseguito dal giudice Norris era quello di creare un forte deterrente al ripetersi di episodi simili, probabilmente frequenti, attraverso una condanna esemplare che avrebbe dissuaso ogni altro fedele musulmano dal compiere l'*amok*. L'umiliazione della dissezione avrebbe tolto l'aura di eroismo alla morte del *pengamok*, rendendo inutilizzabile una delle possibili spinte all'azione: la ricerca di una "bella morte".

Allo stesso motivo di fondo sono improntate le sentenze emesse talvolta dai tribunali coloniali olandesi in Indonesia. Sappiamo che l'amministrazione tedesca della giustizia preferiva scegliere la pena capitale (ABRAHAM J.J. 1912: 439). Tuttavia, anche quando si preferisce optare per condanne detentive, gli autori asseriscono una netta diminuzione degli episodi, lasciando supporre che si riconoscesse la possibilità di un uso strumentale e consapevole dell'*amok* come mezzo di vendetta privata. W.G. Ellis considera un aspetto molto importante legato all'intera vicenda: la considerazione del *pengamok* come soggetto consapevole dei suoi atti e quindi pienamente responsabile. La posizione di Ellis è tanto più importante quanto più si considera che Sunan fino all'ultimo affermò di non ricordare di aver commesso tali delitti, pur accettando la versione della corte (ELLIS W.G.

1893: 327). Secondo lo psichiatra Ellis, i colpevoli di atti di *amok*, nel caso fossero sopravvissuti alla reazione dei concittadini, erano pienamente consapevoli dello stato emotivo precedente all'attacco e sarebbero stati in grado di prevenirne le conseguenze (Ellis W.G. 1893: 337-338). Con questa affermazione si nega una condizione patologica, pure contemplata a livello popolare, considerando il *pengamok* un soggetto capace di guidare le proprie azioni.

3.2. Altri esempi

Oltre al caso di Sunan ne sono stati riportati altri; la fonte principale è ancora Ellis. Egli di seguito riferisce due casi avvenuti a Singapore a distanza di pochi anni. Il primo avvenne il 5 novembre 1887, il protagonista si chiamava Hadji Ibrahim, un Buginese; l'attacco cominciò alle 11,30 di sera. Ellis si sofferma a descrivere le tipologie di ferite inferte da Hadji Ibrahim alle sue vittime (Ellis W.G. 1893: 331). Dopo aver colpito la prima vittima all'interno di un'abitazione, il *pengamok* uscì in strada e penetrò in un'altra abitazione dove ferì diverse persone a lui sconosciute; continuò poi la sua azione lungo le strade. Fu infine disarmato e arrestato; si contarono tre morti e cinque feriti. Davanti alla Corte fu considerato infermo di mente e incapace di condurre la propria difesa (Ellis W.G. 1893: 332). Nonostante questa decisione, Ellis riporta che Hadji Ibrahim

> «[...] parlava raramente a meno che non fosse interpellato, ma era perfettamente razionale e coerente nelle sue risposte... Quando gli si parlava del suo Amok, diventava sempre confuso e insisteva nel dire che non ricordava assolutamente niente al riguardo» (Ellis W.G. 1893: 332).

Anche con il passare del tempo il soggetto persisteva in questa affermazione di totale amnesia dell'episodio. Questa caratteristica resta costante in diversi casi registrati. Risulta curioso anche il contrasto tra la lucidità riscontrata nel soggetto e la decisione del tribunale di dichiararlo pazzo.

L'8 gennaio 1890 vi fu un altro attacco di *amok* a Singapore. L'uomo al centro della vicenda si chiamava Nyan e faceva parte di una comitiva proveniente dal Brunei e da altre zone del Borneo (Ellis W.G. 1893: 332). Aveva trovato ospitalità per la notte del 7 gennaio presso un residente di Singapore incontrato da poco; la mattina dell'8 fece ritorno al suo gruppo. Dopo essersi procurato un *kris* ed un *parang*, Nyan entrò in casa e senza profferire parola si scagliò su uno degli ospiti. Si accanì particolarmente su un ragazzo che giaceva malato in un letto, impossibilitato a fuggire come invece fecero altri ospiti (Ellis W.G. 1893: 333). In seguito si diresse verso abitazioni adiacenti, nel vano tentativo di penetrare all'interno di esse; si

allontanò poi verso il mare, entrò in acqua e fu arrestato da un poliziotto. Nyan dichiarò che i suoi amici e compagni di viaggio volevano ucciderlo, che ne era spaventato; affermò che per lui tutto era diventato rosso e ora non poteva ricordare più nulla (ELLIS W.G. 1893: 333). Ellis esaminò Nyan per due anni dopo l'accaduto senza riscontrare nulla di anormale (ELLIS W.G. 1893: 334). Al processo fu dichiarato pazzo e condannato alla reclusione a tempo indeterminato, fino a una decisione diversa di Sua Maestà.

I due casi menzionati sono accomunati dall'assenza di particolari episodi che potessero far presagire lo svolgimento successivo degli eventi, dalla persistente amnesia dichiarata dai *pengamok* anche a grande distanza di tempo dal processo che li vide condannati; nonostante la decisione del tribunale per l'infermità mentale, i soggetti sembravano successivamente in possesso delle proprie facoltà mentali.

Un terzo caso riportato da Ellis riguarda un uomo di 32 anni che era stato ricoverato nell'ospedale psichiatrico il 10 dicembre 1888. Durante la degenza, il 15 gennaio 1889, si procurò un'arma e ferì due persone; quando fu interrogato circa l'accaduto dichiarò di non sapere nulla e di non ricordare nulla. In seguito fu trovato in possesso di strumenti taglienti in diverse occasioni. Morì in ospedale in seguito all'aggravarsi del beri-beri che lo aveva colpito (ELLIS W.G. 1893: 334-335). Ciò che contraddistingue questo caso è a nostro parere la motivazione del ricovero iniziale del reo, che era stato arrestato dalla polizia come "wandering lunatic" (pazzo errante). Negli altri casi l'arresto è sempre successivo all'episodio di *amok*, e riguarda persone che precedentemente non avevano mai lasciato sospettare qualche forma di pazzia.

Soprattutto nei primi due casi notiamo il cambiamento dell'atteggiamento da parte di una corte giudicante; i responsabili di episodi di *amok* venivano invariabilmente dichiarati infermi di mente e ricoverati in ospedale psichiatrico. Così facendo si aderiva parzialmente alle spiegazioni tradizionali, le quali ritraevano il *pengamok* come non responsabile delle azioni compiute, soggetto invece all'influenza di spiriti o azioni di stregoneria che lo rendevano "pazzo". Gli stessi imputati accettarono la versione della corte sugli avvenimenti, pur dichiarando di non ricordare nulla, avallando così la scelta dell'interpretazione psicopatologica.

In un testo di Wilkinson del 1908 sono riportati due casi che non trovano spazio nella usuale letteratura antropologica sull'argomento. Il motivo per cui li citiamo in questo paragrafo è da ricollegarsi a quanto si dirà a proposito di un recente caso avvenuto nel 1980 e studiato da Raymond Lee (cfr. § 4); i protagonisti degli episodi narrati da Wilkinson sono due uomini

coinvolti, in modo diverso, in competizioni di tipo amoroso. Esisteva in Malesia un costume chiamato *panjat angkara*: quando una ragazza particolarmente attraente si fidanzava, potevano sorgere rimostranze da parte di altri pretendenti delusi; questi ultimi potevano ricorrere al rapimento della ragazza, minacciando di ucciderla se qualcuno avesse tentato di liberarla (Wilkinson R.J. 1908b: 27). Il *panjat angkara* poteva rappresentare una risorsa anche per gli innamorati respinti; fu questo il caso di Mat Taib, che rapì Wan Dena con poco successo, giacché la ragazza fu liberata e sposò un altro, Mat Arshad.

> «Un anno dopo Mat Taib corse l'*amok*, uccidendo Mat Arshad e ferendo Wan Dena... fu una variante selvaggia del *delitto passionale*, ed ebbe molto in comune con l'*amok*, che è solamente la forma Malese di suicidio» (Wilkinson R.J. 1908b: 28).

Il collegamento tra *amok* e suicidio è precisamente negato da Ellis, in contrasto con alcune dichiarazione fatte dagli stessi Malesi; egli afferma di non aver mai conosciuto casi di *pengamok* che abbiano tentato o attuato propositi suicidi dopo l'attacco (Ellis W.G. 1893: 331). Il problema è che l'atto stesso del *pengamok* può essere interpretato come un tentato suicidio: diversi testi fanno questa associazione più o meno esplicitamente (Encyclopaedia Britannica 1960: 853, Yap P.M. 1974: 77).

Wilkinson interpreta come *amok* anche l'episodio di Hang Kasturi, che uccise la sua ragazza quando fu scoperta la loro relazione illecita e ne espose il corpo nudo e mutilato, dopodiché attese e lottò contro tutti coloro che giunsero per vendicare la poveretta, fino ad essere ucciso a sua volta (Wilkinson R.J. 1908b: 28).

In contrasto con l'interpretazione che vede l'*amok* come un'azione portata a compimento in modo consapevole, si fa strada la possibilità di vedere gli atti del *pengamok* come parzialmente o totalmente al di fuori della volontà di chi li compie. Lo stesso Ellis, alla fine della disamina dei casi presentati, dichiara che i *pengamok* sono pazzi che non possono frenare il loro impulso omicida (Ellis W.G. 1893: 335). È questo l'atteggiamento che prevale quando entrano in scena gli psichiatri nei primi anni del Novecento. Ellis riconosce la presenza costante di una condizione di abbattimento morale o psicologico nel periodo immediatamente precedente l'attacco di *amok*, riscontrato in tutti i casi e riconosciuto anche dagli stessi interessati con il termine malese *sakit-hati* (Ellis W.G. 1893: 336). Ma come conciliare le due considerazioni fatte da Ellis? Quella dei *pengamok* come pazzi con quella che contempla la possibilità di riconoscere la condizione di *sakit-hati* e quindi prevenire il degenerare della situazione? C'è sempre un'incertezza di posizione nella considerazione e nel giudizio sul

pengamok, tra consapevolezza delle conseguenze e totale obnubilazione della volontà, tra sanità e follia.

4. La visione psichiatrica e lo strumento internamento

Con l'arrivo massiccio in Malesia di psichiatri interessati allo studio di questo fenomeno, si ha una modificazione dell'atteggiamento occidentale nei confronti di coloro che corrono l'*amok*; si rileva una netta prevalenza delle condanne all'internamento in ospedale psichiatrico o in manicomio criminale. Uno dei primi resoconti che possiamo ascrivere a questa corrente di pensiero è quello del medico J. Johnston Abraham, la cui analisi delle sentenze tende a ribaltare completamente la precedente maniera di considerare il fenomeno.

> «il fatto che questi casi siano ora invariabilmente condannati all'ergastolo in un manicomio criminale è una prova forte della autenticità della condizione, poiché ogni Malese preferirebbe infinitamente la morte a tale tomba vivente» (Abraham J.J. 1912: 439).

Lo stesso autore aveva notato che con l'utilizzazione delle condanne a morte i casi di *amok* erano notevolmente diminuiti. Su questo genere di testimonianze, come anche di quelle che asseriscono una diminuzione dei casi con l'utilizzazione dell'ospedalizzazione, grava il dubbio dell'inconsistenza numerica dei casi cui si fa riferimento e dell'incertezza statistica. Gli autori di questo periodo non citano mai il numero complessivo di casi su cui basano l'esame che condurrebbe a rilevare tali cambiamenti.

Curiosamente, con la pena dell'ergastolo in un manicomio criminale si fa strada la convinzione che il *pengamok* non sia da ritenersi responsabile dei propri atti, proprio perché affetto da una grave patologia psichiatrica; ci si avvicina così, parzialmente, alla lettura popolare della *gila* (pazzia). Situazione, questa, che contrasta fortemente con la linea del personale governativo coloniale (per esempio il giudice Norris), che riteneva per lo più l'*amok* un comportamento consapevolmente condotto.

Permane così una duplice visione dell'*amok*: come patologia psichiatrica e come atto intenzionale. Ma piuttosto che intendere le due opzioni come alternative, si ritenne possibile la loro presenza contemporanea, facendo nascere un ricco dibattito sulle caratteristiche che permetterebbero di distinguere i casi da manicomio da quelli condannabili come comuni omicidi.

All'incirca verso la metà del XIX secolo emerse il convincimento che il

comportamento potesse essere dovuto ad una malattia fisica, mentre nella seconda metà del secolo cominciò a prevalere l'interpretazione psicopatologica, associata variamente a delirio febbrile, schizofrenia semplice o demenza cronica (Lucas R.H. - Barrett R.J. 1995: 298). O'Brien imputa il fenomeno *amok* alla sensibilità nervosa che sarebbe riscontrabile tra i Malesi, nei quali nota una certa somiglianza con il carattere suscettibile degli Irlandesi (O'Brien H.A. 1883: 145). Per Gimlette si tratta di una forma di monomania, nella quale l'attenzione è concentrata su una singola idea, che dà sfogo alla parte animalesca e feroce dell'individuo (Gimlette J.D. 1897: 457). Sia Ellis che O'Brien e Gimlette propendono inoltre per una lettura congiunta dell'*amok* e del *latah*, l'altro interessante fenomeno studiato nella letteratura psichiatrica sulla Malesia (Ellis W.G. 1897: 33, O'Brien H.A. 1883: 153, Gimlette J.D. 1897: 457). O'Brien avrebbe anche registrato alcuni casi di *latah* che avrebbero commesso l'*amok* (O'Brien H.A. 1883: 153).

Altre possibili cause scatenanti dell'*amok* vengono ricercate nel delirio alcolico e nell'epilessia (Ellis W.G. 1893: 337); all'epilessia fa anche riferimento Kraepelin (Spores J.C. 1988: 96). Ricorre con una certa frequenza anche l'attribuzione dell'*amok* al consumo di oppio e sono in particolare i medici tedeschi ad avanzare questa lettura (Abraham J.J. 1912: 439). Il consumo della canapa indiana, mista a datura, è ritenuto responsabile delle manifestazioni di *amok* in India (Dhunjibhoy J.E. 1930: 263). Di tutte queste possibili spiegazioni non è mai stata fornita una prova certa. Alla lunga è prevalso il riconoscimento dell'esistenza di una devianza psichica.

Ancora nel 1968 Burton-Bradley affermava che erano riconoscibili due differenti tipi di *amok*: il tipo classico era riconducibile alla presenza di patologie mentali, il tipo non-classico poteva ricevere altre interpretazioni (Burton-Bradley B.G. 1968: 255).

Si crea così una descrizione classica, di *amok* "puro", che si avvicina allo stereotipo. Ma come è possibile distinguere un vero caso di *amok* da una simulazione, se il modello è talmente ben delineato da poter essere imitato? Il criterio discriminante sarebbe l'analisi di ogni caso da parte di uno psichiatra, il quale dovrebbe determinare la presenza o l'assenza di volontarietà, la consapevolezza delle azioni compiute.

Nella descrizione dell'*amok* classico ricorrono sempre alcuni elementi:

1) un periodo precedente all'attacco in cui il soggetto si trova nella condizione denominata *sakit hati*, caratterizzato da profonda prostrazione psicologica;

2) l'utilizzazione di un *kris* o di altro tipo di arma bianca;

3) la corsa furiosa attraverso la folla, in una strada molto frequentata;

4) la casualità nella scelta delle vittime, spesso sconosciute al *pengamok*;

5) la dichiarazione di amnesia che segue l'episodio.

La tendenza ad interpretare l'*amok* come fenomeno psicopatologico si riscontra costantemente lungo il corso del nostro secolo, e ancora negli anni '70. E.K. Tan e John E. Carr hanno compiuto uno studio molto interessante su alcuni pazienti ricoverati in un ospedale psichiatrico malese con la diagnosi di *amok*. I pazienti erano stati internati dopo aver subito un regolare processo, che aveva riconosciuto per tutti gli imputati l'infermità mentale. La prima operazione compiuta dai due studiosi ha avuto come scopo distinguere il campione in due gruppi, il secondo dei quali non poteva essere utilizzato perché formato da individui totalmente psicotici (Tan E.K. - Carr J.E. 1977: 60). Il gruppo che forma la base della ricerca era costituito da individui che conoscevano bene il concetto di *amok* (dieci pazienti) e da altri che non ne avevano mai sentito parlare (sei pazienti) (Tan E.K. - Carr J.E. 1977: 60). Ciò che riuniva in una categoria coerente tutti costoro è riassumibile in pochi punti:

> «(1) essi avevano adottato un comportamento violentemente aggressivo; (2) furono arrestati da un poliziotto *Malese* che (3) stava utilizzando criteri di definizione sufficientemente generali che permisero l'incorporazione in un'unica categoria delle differenti dimensioni comportamentali e ambientali» (Tan E.K. - Carr J.E. 1977: 65).

Il secondo punto è secondo noi quello determinante: chi ha compiuto l'arresto è un individuo che conosce bene la categoria *amok* e la ritiene valida ai fini della classificazione di un comportamento violento. Alcuni dei pazienti studiati avevano mostrato delle ricadute durante il periodo di ricovero, mentre altri non avevano mai mostrato un ritorno al comportamento violento. I primi erano in ogni caso coloro che avevano ricevuto la somministrazione di trattamenti farmacologici invasivi, in particolare a base di fenotiazina [21]. I pazienti che non mostravano ricadute, e che per questo sembravano rientrare nella "descrizione classica" dell'*amok* come episodio unico, avevano mediamente un'età maggiore al momento dell'attacco. Nonostante l'assenza di episodi ulteriori, alcuni di questi individui che non mostravano ricadute erano ricoverati da moltissimo tempo (in un caso da 28 anni). L'ultimo degli arrestati era stato catturato nel 1974. Secondo Tseng e Hsu il fenomeno si verifica attualmente solo in persone che presentano disordini mentali cronici (Tseng W.S. - Hsu J. 1980: 75).

Pochi anni dopo lo studio condotto da Tan e Carr si verifica in Malesia un presunto caso di *amok* che avrà un corso completamente diverso. L'episodio è stato studiato da Raymond Lee, ed è avvenuto nell'ottobre del 1980 nello stato di Pahang. La differenza fondamentale consiste nel fatto che l'antropologo Lee lo interpreta e lo riconosce come *amok*, mentre durante tutto l'*iter* processuale non è mai stato usato questo termine in riferimento all'imputato da parte delle autorità (Lee R. 1981: 243). Le modalità di azione dell'uomo fanno propendere Lee verso un riconoscimento del modello classico, mentre la corte giudicante decide di rivolgersi ad uno psichiatra per ottenere una perizia sulle condizioni dell'imputato. Lo psichiatra del tribunale dichiara l'accusato sano, capace di intendere e di volere, e di portare avanti la sua difesa (Lee R. 1981: 243). Viene così rifiutata la visione dell'attacco come una particolare patologia psichica e si ritorna ad una interpretazione dell'assassinio secondo i canoni usuali del codice penale. Quasi un ritorno alle posizioni coloniali a cavallo del secolo: si nega ogni riconoscimento culturale, seppure di valore negativo, al fenomeno. Di questo ultimo caso non sappiamo quali fossero le interpretazioni popolari, quelle dei parenti delle vittime, che sarebbero determinanti per valutare l'esistenza di un accordo o un disaccordo con l'interpretazione del tribunale. L'obiettivo principale del presunto *pengamok* era una giovane ragazza che aveva rifiutato la proposta di matrimonio dell'uomo. Con lei furono uccisi anche i suoi 4 fratelli minori. Il caso somiglia in modo sorprendente a quelli già visti nel § 3.2.

5. Dalla culture-bound syndrome alla creazione della "sindrome cross-culturale"

La grande attenzione rivolta dagli psichiatri all'*amok* ha favorito i tentativi di interpretare il fenomeno attraverso la chiave di lettura della scienza psichiatrica, avvicinando l'*amok* ai più diversi disordini psichici riconosciuti dalla medicina occidentale. Successivamente si è cercato di inserire la stessa categoria *amok* all'interno della nosografia psichiatrica occidentale, facendone una sindrome particolare, dapprima totalmente *culture-bound* e poi progressivamente universale. Assistiamo così a un curioso passaggio da sindrome legata ad una specifica cultura a manifestazione patologica che attraversa tutte le culture.

Il termine *culture-bound syndrome* è stato coniato nel 1967 dallo psichiatra Pow Meng Yap; nella sua forma originaria si presentava come *culture-bound*

reactive syndrome, ridotto successivamente alla dicitura corrente. Yap poneva delimitazioni all'uso del termine stesso:

> «[...] esso dovrebbe essere riservato propriamente alle reazioni psicogene che sono di fatto involontarie, reazioni biopsicologiche elementari, sensibili a stimoli culturalmente specifici, e (semplificando) modellate patoplasticamente da diversi sistemi di credenze concernenti la malattia o il disturbo» (YAP P.M. 1974: 74).

Questa chiara definizione pone in risalto alcune delle caratteristiche principali della posizione tradizionalmente adottata dagli psichiatri: la mancanza di volontarietà nelle persone che manifestano tali comportamenti; l'universalità delle reazioni (biopsicologiche), che vengono solamente modellate esternamente, nella comparsa dei sintomi. Il ruolo della cultura è ridotto a quello di rivestimento esteriore di un fenomeno che ha radici nella costituzione biopsichica dell'uomo stesso. La conclusione cui conduce questa serie di affermazioni è che non esistono malattie differenti da quelle già conosciute in Occidente, ma solo modificazioni locali di processi patologici universali (YAP P.M. 1952: 560). Si tratta della stessa posizione di Emil Kraepelin, iniziatore della psichiatria comparata nel lontano 1904 (CIMINELLI M.L. 1998: 95). Ma anche condividendo l'opinione circa l'universalità dei processi che sono alla base delle manifestazioni devianti, non bisogna dimenticare che la valutazione di ogni situazione e il comportamento conseguente «devono essere filtrati attraverso l'esperienza condizionata culturalmente» (MARSELLA A.J. 1982: 373).

Per alcune *culture-bound syndromes* la cultura di origine non prevede affatto un'interpretazione di tipo patologico (HUGHES C.C. 1996: 141-142). Uno dei problemi principali che si presentano nell'utilizzazione del termine *culture-bound syndrome* riguarda la sua immediata caratterizzazione psichiatrica, che può essere palese o sottintesa (SIGNORINI I. 1988: 28); la presenza dell'elemento "cultura" nella definizione lascia supporre che esistano delle condizioni che siano invece indipendenti da ogni influenza culturale (SIGNORINI I. 1988: 43). Siccome quest'ultimo assunto è altamente improbabile si è arrivati ad una posizione che considera tutte le sindromi come egualmente legate alla cultura; poiché è difficile concepire un fenomeno umano che sia estraneo all'elaborazione culturale, il risultato è stato quello di rendere pressoché inutilizzabile il termine stesso *culture-bound syndrome* [22] (HAHN R.A. 1985: 168, MARSELLA A.J. 1985: 299).

Il tentativo di inserire i fenomeni compresi nella categoria *culture-bound syndrome* nei manuali di psichiatria presenta un duplice problema: 1) l'assimilazione di una di tali sindromi ad uno dei disturbi maggiori già riconosciuti nella nosografia psichiatrica classica, 2) il posto da assegnare alla

cultura nella considerazione del fenomeno studiato. Come fa rilevare Byron J. Good, è difficile che un manuale psichiatrico riesca a riflettere la diversità culturale della società (Good B.J. 1996: 128-129). L'altro pericolo incombente, opposto al precedente, riguarda l'eccessiva caratterizzazione culturale riconosciuta ad un fenomeno, con il rischio di giungere alla stigmatizzazione degli individui (Good B.J. 1996: 129). Il disconoscimento culturale rischia di essere pericoloso quanto l'esaltazione del legame con la cultura. Le problematiche legate all'inserimento nei manuali conduce ad una constatazione:

> «[...] alcune condizioni non troveranno mai collocazione nel discorso sulla malattia eccetto che attraverso la strada dell'esotico e dell'inclassificabile» (Beiser M. 1987: 31).

Prova ne è l'acceso dibattito teorico sull'attribuzione del termine *culture-bound syndrome* ad alcune situazioni presumibilmente psicosomatiche presenti in Occidente (Prince R. 1985, Prince R. - Tcheng-Laroche F. 1987, Kapur R.L. 1987, Simons R. C. 1987).

Il più celebre manuale americano di psichiatria, il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (meglio noto come DSM), ha avuto un'evoluzione costante attraverso le diverse edizioni. All'interno del suo impianto si è sempre trovato posto per le cosiddette "sindromi culturalmente determinate" ma, nonostante questa affascinante denominazione, la cultura non ha ricevuto una reale e approfondita considerazione. La prima edizione risale al 1952, è denominata convenzionalmente DSM-I: ha un'impostazione nettamente psicoanalitica e manca totalmente la considerazione del ruolo della cultura; il DSM-II del 1968 introduce un approccio maggiormente descrittivo (Alarcon R.D. 1995: 452). L'edizione che suscita maggior interesse, soprattutto da parte degli antropologi, è denominata DSM-III (1980), seguita da quella immediatamente successiva, conosciuta come DSM-IIIR (1987) (dove la lettera R indica la revisione dell'edizione precedente). In questa nuova formulazione viene introdotto un sistema multiassiale, che prende in considerazione diverse componenti della storia individuale del soggetto in esame, per permettere una diagnosi più particolareggiata. La stessa diagnosi non riflette più un'unica entità patologica, ma produce una molteplicità diagnostica (Hughes C.C. 1985: 14-15, Kenny M.G. 1988: 516). Charles C. Hughes evidenzia un pericolo del DSM-III nella possibilità che offre di riconoscere come potenzialmente patologico qualsiasi comportamento, fino a giungere alla «"medicalizzazione" di tutti i fenomeni comportamentali» (Hughes C.C. 1985: 20). Arthur Kleinman ha evidenziato un'altra caratteristica negativa: la tendenza a classificare le

condizioni manifestate da persone di cultura non-occidentale sotto l'aggettivo "atipico", che si accompagna alle maggiori categorie psichiatriche (psicosi atipica, schizofrenia atipica, etc.); secondo Kleinman l'atipicità maggiore risiede piuttosto nel volere applicare universalmente un manuale costruito attraverso l'esperienza clinica con persone euroamericane, che rappresentano una ristretta minoranza rispetto alla popolazione mondiale (Kleinman A. 1987: 51). Per Margaret Lock il DSM-III considera i sintomi staccandoli dall'individuo e rendendoli incomprensibili, trattandoli successivamente a livello statistico (Lock M. 1987: 38). Il DSM-III assume l'aspetto di un mezzo di dominio utilizzato dalla psichiatria occidentale; esso è uno «strumento terroristico dello psichiatra» (Tyler S. 1997[1986]: 182).

Nel 1988 viene convocata una commissione di esperti cui viene affidato il compito di elaborare un programma che conduca ad una maggiore attenzione per gli aspetti culturali. Nel 1994 viene pubblicato il DSM-IV; in esso il rilievo riservato alla cultura fa riferimento soprattutto ai problemi diagnostici cui lo psichiatra va incontro quando si trova ad analizzare casi provenienti da un contesto culturale nel quale un comportamento può essere ritenuto normale, a dispetto dei parametri occidentali (Apa 1996 [1994]: 11). Nel DSM-IV le *culture-bound syndromes* vengono trattate in due differenti modi: a) come esempi delle categorie "non altrimenti specificate", b) in un'Appendice nella quale sono accompagnate dalla descrizione della psicopatologia (Apa 1996 [1994]: 11). L'*amok* è inserito nella sezione dedicata al Disturbo Esplosivo Intermittente [codice numerico 312.34] come esempio specifico legato alla cultura e al genere; dopo una breve descrizione dei tratti caratteristici del fenomeno, segue l'affermazione: «Anche se tradizionalmente è stato osservato nei paesi del Sudest Asiatico, sono stati riferiti casi di amok in Canada e negli Stati Uniti» [(23)] (Apa 1996 [1994]: 669).

Di seguito viene notata una differenza che rende problematico lo stesso inserimento dell'*amok* in questa categoria diagnostica: l'unicità dell'episodio di *amok* mal si concilia con un disturbo "intermittente". Lo sforzo di comprensione culturale sembra fallire, il DSM-IV attira le critiche di alcuni antropologi, che lamentano la riduzione del problema culturale a commenti superficiali, con la riaffermazione di «una filosofia universalistica della malattia psichiatrica» (Lewis-Fernández R. - Kleinman A. 1995: 439); altri mettono in luce l'artificiosità del glossario che riunisce sindromi estremamente eterogenee; l'*amok* viene descritto come fenomeno dissociativo senza considerare che il tratto peculiare è l'aggressione (Levine R.E. - Gaw A.C. 1995: 525-527).

Per lo psichiatra Renato Alarcon il DSM resta un «potente veicolo della "cultura della psichiatria" come essa viene praticata negli Stati Uniti» (Alarcon R. 1995: 460). La psichiatria statunitense ha persino adottato l'*amok* trasformandolo in una sindrome di casa propria (cfr. § 5.1).

Negli anni '80 lo psichiatra ed antropologo americano Ronald C. Simons aveva cercato di ovviare ai problemi di classificazione presentati dall'insieme delle cosiddette *culture-bound syndromes*. Partendo dall'assunto che nel termine stesso è sottinteso il campo "psichiatrico" di interesse (Simons R.C. 1985a: 25), Simons ha pensato di riunire quei fenomeni esotici che sembravano simili sotto un'unica denominazione, creata *ex novo*, organizzando la nuova classificazione in *taxa*.

> «Il termine "taxon", preso in prestito dalla biologia, indica un raggruppamento basato sulla somiglianza senza specificare il livello di astrazione di tale somiglianza, e suggerisce una classificazione non conclusiva ... il taxon può essere considerato un raggruppamento "naturale" (cioè, non arbitrario)» (Simons R.C. 1985a: 32-33).

Tra i diversi *taxa*, Simons ne propone uno che include l'*amok* e altri casi di mania omicida riscontrabili in altre parti del mondo: *The Sudden Mass Assault Taxon* (Simons R.C. 1985b: 197). L'utilizzazione dei nuovi *taxa* si dimostra per un verso estremamente interessante, evitando l'impiego di un termine che denota un singolo fenomeno per indicare un'intera categoria; questo vantaggio è stato lodato in diverse occasioni (Hufford D.J. 1988: 503). Tuttavia l'*amok* è ancora equiparato ad altri fenomeni e costituisce il centro di attrazione del nuovo *taxon*.

Nel corso della storia degli studi sull'*amok*, esso è stato comparato con numerosi altri fenomeni ritenuti simili. Tra questi soprattutto il *piblokto* (il termine si trova anche nella grafia *pibloktoq*), definito altrimenti "isteria artica". Uno dei resoconti più antichi che abbiamo avuto occasione di consultare (l'articolo è del 1923) descrive il fenomeno artico rifacendosi a brani di un altro autore, Peary [24]; vi si descrive il *piblokto*, definito nel titolo "*amok* artico", come caratterizzato da grida e tentativi di denudarsi, accompagnati talvolta da una furiosa corsa tra i ghiacci; se l'attacco avviene in un luogo chiuso viene contemplata la possibilità che l'individuo colpito si procuri un coltello e attacchi qualcuno dei presenti (Kloss C.B. 1923: 254). Quasi tutti i casi riguardano donne ed è per questo che il fenomeno è solitamente accostato all'altra presunta "sindrome" malese, il *latah*, ma la corsa e il coltello sono gli elementi che fanno propendere Kloss per l'identificazione del *piblokto* con l'*amok*. La spiegazione di questa identificazione viene rinvenuta dall'autore nell'appartenenza di Malesi ed Eschimesi al comune ceppo mongolico (Kloss C.B. 1923: 254).

Un altro fenomeno che è stato sovente accostato all'*amok* è l'*olon*, presente presso i Tungusi di alcune regioni siberiane. Esso si presenta come la sollecitazione di un individuo affinché imiti comportamenti, vocali o del corpo, che gli vengono presentati. Ne fornisce una interessante analisi Ernesto de Martino ne *Il mondo magico*; il raffronto non è condotto sulla base di una comune modalità comportamentale, quanto piuttosto sul presupposto che al fondo dei due fenomeni sia rintracciabile una stessa condizione psichica: la perdita della presenza (DE MARTINO E. 1991[1948]: 93-94) [24]. Anche questo fenomeno viene considerato come assimilabile al *latah* malese, per la presenza di diverse modalità di comportamento imitativo. Questi cenni mostrano l'interesse di uno studio congiunto di *amok* e *latah* in relazione alla comune matrice culturale.

In tempi più recenti, alcuni autori contemporanei hanno sostenuto l'esistenza di una serie di disturbi che rappresenterebbero dei sottotipi dell'*amok* o sindromi ad esso analoghe. Tra queste: *pseudonite* (Sahara), *imu* (Giappone), *myriachit* (Siberia), *pibloktoq* (Eschimesi), *stato di ansietà frenetica* (Kenya), *sindrome di Whitman* [26] (Stati Uniti) (LEVINE R.E. - GAW A.C. 1995: 527). Levine e Gaw evidenziano che alcuni di questi fenomeni sono stati anche paragonati al *latah* e che il *pibloktoq* si discosta dall'*amok* per la grande frequenza con cui si presenta in soggetti di sesso femminile e per la sporadicità dei comportamenti violenti, estremamente rari nei casi di *pibloktoq* (LEVINE R.E. - GAW A.C. 1995: 527).

Per quanto riguarda le comparazioni che fanno riferimento ad ambienti storici remoti, l'antropologo Raymond Firth (FIRTH R. 1967: 198), ha accostato *amok* e *berserk* (o *bersek*) [27], identificandoli come sinonimi, ma Georges Devereux nota:

> «Un Malese non diventa *bersek*, né un Vikingo corridore di *amok*... Bisogna dunque che un dato disturbo sia conforme, anche *nei minimi dettagli*» (DEVEREUX G. 1978a[1956]: 61).

Ciò che Devereux vuole sottolineare è l'importanza ricoperta dalla elaborazione e dalla strutturazione culturali di un fenomeno, che vanno tenute nella giusta considerazione quando si utilizzano termini come *amok* o *bersek*.

5.1. I casi americani di amok e quelli del Laos

Tornando al panorama storico contemporaneo, hanno ricevuto grande eco i casi di furia omicida che si sono verificati con frequenza crescente negli Stati Uniti, spesso definiti come forme occidentali di *amok*. Secondo l'interpretazione di diversi psichiatri, casi di *amok* sarebbero tuttora riscontrabili in diverse parti del mondo. Questa posizione fu criticata già

nel 1956 da Georges Devereux il quale, riferendosi ad un caso avvenuto in quegli anni nel New Jersey, sottolineava le caratteristiche che impedivano di considerare accettabile l'equiparazione:

> «[...] la sua crisi rimaneva puramente idiosincratica, sia riguardo alle sue manifestazioni sia riguardo alle sue motivazioni [...] contrariamente a quanto accade in numerosi casi di vero amok, non vi fu alcun preparativo culturale» (Devereux G. 1978a [1956]: 53).

La critica si appunta chiaramente anche sull'uso disinvolto di scambiare termini, di provenienza culturale diversa e lontanissima, per caratterizzare un fenomeno estraneo all'ambiente culturale che ha fornito la terminologia. Michael G. Kenny ha rilevato l'importanza dell'influenza culturale come causa di questi fenomeni, non solo come modellameto esteriore delle *culture-bound syndromes* (Kenny M.G. 1988: 517).

Gli antropologi R.H. Lucas e R.J. Barrett, dopo aver passato in rassegna diversi lavori che analizzano l'*amok* dal punto di vista culturale, affermano che la peculiarità più volte citata dell'*amok* è stata ignorata, trasformando il fenomeno in una categoria psichiatrica adatta a descrivere episodi occidentali (Lucas R.H. - Barrett R.J. 1995: 301).

Tra i maggiori sostenitori della presenza di casi di *amok* in Occidente ricordiamo Pow Meng Yap (Yap P.M. 1951: 319) e B.G. Burton-Bradley (Burton-Bradley B.G. 1968: 255). Alcuni antropologi hanno combattuto decisamente questa posizione, affermando la peculiarità del fenomeno in relazione esclusiva al contesto malese:

> «Un comportamento simile al fenomeno *amok* si ritroverà pure in altre culture, ma esso verrà chiamato con altri nomi e concettualizzato e valutato in altri modi» (Carr J.E. 1978: 290).

Quando i termini vengono utilizzati al di fuori del proprio contesto sono, per Erika Bourguignon, delle «spezzature di complessi sistemi medici tradizionali» (Bourguignon E. 1983 [1979]: 367).

Fatta questa breve premessa sulla diversità delle posizioni sostenute dagli studiosi sul tema, passiamo ad analizzare da vicino uno degli esempi di utilizzazione del termine *amok* in contesto statunitense. Lo studio da cui partiamo porta la firma di Julio Arboleda-Florez, psichiatra. Egli analizza tre casi; di questi, due non avevano mai ricevuto in precedenza l'etichetta di *amok*, dell'ultimo lui stesso fornisce la prima interpretazione. Il caso analizzato direttamente da Arboleda-Florez, in veste di medico dell'ospedale di Calgary, viene denominato *Calgary Mall Sniper* ed ha avuto luogo il 16 giugno 1977 alle ore 20.40. L'individuo è un giovane uomo di 25 anni che comincia il suo massacro subito dopo essere uscito da casa, sparando

per le strade e dirigendosi verso il centro commerciale; una volta giunto sul posto attraversa l'edificio correndo e continuando a sparare, finché viene catturato dopo essere stato ferito seriamente (Arboleda-Florez J. 1985 [1979]: 251-252). Lo psichiatra riconosce una possibile volontà di morire nell'azione, poiché J. (così viene indicato il pluriomicida) aveva lasciato due lettere; dopo l'accaduto J. afferma di non ricordare nulla (Arboleda-Florez J. 1985 [1979]: 253). Quest'ultima condizione induce lo psichiatra a identificare pienamente il caso canadese con quelli di *amok* presenti nella copiosa letteratura sull'argomento. La diagnosi di Arboleda-Florez tratteggia il ritratto di un individuo con personalità schizoide, con caratteristiche paranoidi, inoltre ricostruisce la storia personale del paziente individuando diversi elementi scatenanti e caratteristiche di isolamento sociale che potrebbero aver svolto il ruolo di aggravanti (Arboleda-Florez J. 1985 [1979]: 252-253). Gli altri due casi considerati sono denominati *The Madman in the Tower* e *The Memorial Day Man*; il primo avvenne nel 1966: Charles Whitman si asserragliò sulla torre del campus dell'università del Texas ad Austin e uccise 13 persone, ferendone altre 31; il secondo episodio ebbe luogo nel 1972, in un centro commerciale del North Carolina: l'assassino uccise 5 persone e ne ferì altre 7, infine si sparò un colpo alla testa (Arboleda-Florez J. 1985[1979]: 255). Arboleda-Florez confronta questi casi evidenziando le caratteristiche comuni: l'età (22-25 anni), un periodo antecedente di depressione, una storia familiare comprendente disturbi psichiatrici ed episodi di violenza.

Ci sono tuttavia alcuni elementi che differenziano immediatamente questi casi da quelli malesi:

1. l'età degli assassini è notevolmente più bassa di quella riscontrata nei casi malesi, per i quali si parla essenzialmente di uomini di 35-40 anni;

2. il caso di Charles Whitman non è calzante con la descrizione di un *pengamok*: chiudersi in cima ad una torre e fare fuoco come un vero cecchino non ha nulla della disperata corsa descritta in Malesia;

3. l'elemento della storia familiare precedente non ha mai ricevuto un particolare rilievo nella trattazione dei casi malesi, non essendo considerato un tratto determinante;

4. il suicidio volontario non è presente in nessun caso registrato in Malesia;

5. a differenza di quanto è stato registrato in Malesia, le attribuzioni del termine *amok* ai casi statunitensi sono state fatte esclusivamente da psichiatri, professionisti e studiosi della devianza mentale dal punto di vista medico; in Malesia il modello comportamentale che accompagna il fenome-

no è riconosciuto e condiviso in maniera sufficientemente diffusa, tanto da produrre l'identificazione dei casi come attacchi di *amok* anche da parte del personale di polizia, presumibilmente privo di un tirocinio medico. Questo indica che in Malesia, anche a livello popolare, il fenomeno acquista un significato ed uno spessore che gli derivano dall'appartenere a quel contesto culturale, permettendo un riconoscimento che difficilmente riscontreremmo nella società americana.

Devereux aveva evidenziato come l'evoluzione degli strumenti offensivi e l'utilizzazione di armi da fuoco non incidessero in modo considerevole sul riconoscimento di casi di *amok*. Joseph Westermeyer analizza una serie di casi avvenuti nel Laos, avvicinandosi così al luogo originario del fenomeno. Essi includono tutti l'uso di granate, e molti si concludono con la morte dello stesso "presunto *pengamok*" nell'esplosione. Secondo questo psichiatra la scelta di tale strumento offensivo dagli effetti dirompenti è da collegare alla fede buddista dei Laotiani; secondo questa ipotesi, «gli ordigni a frammentazione diminuiscono il loro senso morale di responsabilità personale per l'uccisione di un'altra persona» (Westermeyer J. 1985: 226).

Ricorre la scelta di luoghi molto affollati per compiere l'azione, soprattutto templi. Spesso l'assassino sceglie accuratamente la vittima "principale" del suo attacco dinamitardo (Westermeyer J. 1985: 231), discostandosi così dalla prevalente casualità del *mengamok*. In questi casi si riscontra una scelta più risoluta nella direzione del suicidio; dei 17 casi studiati, 9 si concludono con la morte istantanea dell'aggressore, degli 8 sopravvissuti 4 sono stati arrestati ed imprigionati e 4 sono riusciti a fuggire (Westermeyer J. 1985: 230). Nel considerare gli esempi dal punto di vista del *taxon* proposto da Simons per i fenomeni che lui considera tipo-*amok* (*The Sudden Mass Assault Taxon*), Westermeyer è ben consapevole della forzatura rappresentata dall'inclusione dei casi laotiani, ed è propenso a fornire una variazione di denominazione: *Smash Syndrome* (*Sudden Mass Assault-Suicide-Homicide*). Egli avverte qui l'esigenza di sottolineare la priorità del tentativo autodistruttivo, evidentemente più forte che nei classici casi di *amok*. Si giunge però ad una proliferazione di sigle e categorie che complica artificiosamente le classificazioni già esistenti. Ma i tentativi di Westermeyer di includere nuovi casi vanno ben oltre, fino a interpretare un'incursione aerea come caso di *amok*. L'episodio vede come protagonista il generale Ma, capo delle forze aeree Laotiane: dopo aver perso la sua prestigiosa posizione in seguito a ordini superiori, egli avrebbe ordinato ai suoi piloti di bombardare e distruggere Vientiane, la capitale (Westermeyer J. 1985: 233).

Si resta perplessi davanti alla forzatura interpretativa di questo avvenimento, quasi che ogni atto di violenza gratuita che abbia grande coinvolgimento di vittime, quale che sia il mezzo impiegato, fosse un esempio soddisfacente della furia dell'*amok*. Westermeyer non sostiene le sue conclusioni con sufficienti spiegazioni.

6. Osservazioni conclusive

Il fenomeno *amok* ha suscitato nel corso del tempo un costante interesse negli studiosi legati alle discipline antropologiche e a quelle mediche. In relazione a questi differenti settori di studio sono state formulate molteplici ipotesi per spiegare la natura del fenomeno malese, considerato prevalentemente come disturbo di origine psicopatologica. Uno degli ambiti più interessanti per seguire le trasformazioni di questo modo di considerare il fenomeno è quello propriamente giuridico-legale; assistiamo ad una progressiva modificazione della valutazione in sede di giudizio: dalla considerazione dell'*amok* come atto criminoso volontario alla definizione di esso come fenomeno essenzialmente psichiatrico, per recuperare infine la valutazione esclusivamente penale negli ultimi casi censiti.

L'*amok* è registrato nelle cronache più antiche come uno strumento utilizzato consapevolmente da alcuni governanti; in questi casi si usa parlare di *amok* collettivo. Ancora in tempi recenti l'*amok* poteva essere usato come categoria per descrivere rivolte di tipo socio-politico, come nel caso delle rivolte malesi del 13 maggio 1969, così interpretate da Mahathir Bin Mohamad (Mahathir bin M. 1982 [1970]: 103).

John C. Spores ritiene possibile distinguere due tipi precisi di *amok* in Malesia, nel loro sviluppo come atti individuali: 1) l'uno viene chiamato "Amok solitario reattivo motivato", è un atto tendente a dimostrare il proprio valore, ad incutere timore e rispetto e può includere un desiderio di morte (Spores J.C. 1988: 107); 2) l'altro è chiamato "Amok solitario spontaneo immotivato" e può accompagnarsi a disturbi organici e a patologie psichiatriche (Spores J.C. 1988: 108-109). Entrambe queste categorie si contrappongono all'*amok* collettivo e rappresenterebbero il peculiare sviluppo del fenomeno in Malesia. Esempi di *amok* collettivo sarebbero invece quelli registrati da Clifford Geertz durante i riti di Rangda e Barong a Bali, nei quali parte del pubblico cade in trance e in questa condizione corre attraverso la folla brandendo il *kris* (Geertz C. 1973 [1966]: 174). Il contesto rituale e teatrale è stato associato più volte all'*amok* e alle *culture-bound syndromes* in genere (Littlewood R. - Lipsedge M. 1987: 313, Karp I.

1985: 222), che sembrano presentarsi prevalentemente in persone di status marginale (Fabrega H. jr. 1982: 52).

In contrasto con le letture psichiatriche, l'antropologo Raymond Lee ritiene l'*amok* un comportamento consapevole, previsto dalla cultura malese.

> «Gli uomini malesi che corrono l'*amok* esagerano la loro aggressività in un preludio drammatico per riscattare il loro onore maschile... [questo] comportamento violento è percepito come una forma di pazzia temporanea causata da spiriti maligni» (Lee R. 1981: 239, 240).

Nel periodo in cui i *pengamok* venivano condannati all'internamento in ospedale psichiatrico c'è stato un avvicinamento alle posizioni tradizionali malesi circa la considerazione della volontarietà dell'episodio. Tuttavia le scelte sulla sorte del *pengamok* erano radicalmente diverse, a meno che il tribunale si pronunciasse per una condanna capitale, pena prevista anche in alcuni casi dalle leggi tradizionali malesi. Nell'uso giuridico malese era contemplata la possibilità di una compensazione di tipo materiale a carico del gruppo familiare dell'assassino. A dispetto della sua apparenza totalmente antisociale, «l'Amok può affermare i confini a dispetto della loro violazione. Sembra essere uno strumento per la rivendicazione dell'autonomia» (Karp I. 1985: 225).

Ma se l'*amok* è previsto dalla cultura malese come codice di azione violenta, lo stesso discorso è valido anche per l'Occidente? L'utilizzazione del termine nella nosologia psichiatrica presta il fianco a diverse critiche: viene naturalizzato un termine che denota un fenomeno sentito originariamente come totalmente "altro", per descrivere ed etichettare comportamenti sentiti come fortemente estranei, ma che presentano motivazioni e radici riconducibili nell'alveo della società statunitense (come l'estrema facilità di procurarsi armi da fuoco); se i casi registrati recentemente negli Stati Uniti vengono invariabilmente riconosciuti come esempi di gravi disturbi psichici, non c'è motivo valido per proiettare la stessa interpretazione su un fenomeno che offre in Malesia molteplici agganci con un mondo culturale ricchissimo. E se anche nella tradizione malese l'*amok* era considerato una forma di *gila* (cioè pazzia), bisogna studiare quali erano ritenute le sue cause, e perché si cantavano gloriosamente le gesta di un pazzo.

Un altro problema che si presenta quando il termine *amok* viene utilizzato per descrivere fenomeni occidentali, o comunque in un contesto differente da quello malese di origine, riguarda la sua caratterizzazione come *sindrome* [28]. La scelta prevalentemente psichiatrica di riportare numerose manifestazioni culturali sotto denominazioni comprendenti questo termine testimonia l'interesse iniziale nella ricerca di un modello fisso o costan-

te, di una precisa sequenza comportamentale. Nel caso dell'*amok* il modello è stato successivamente modificato nel tentativo di potervi includere manifestazioni ritenute solo apparentemente differenti; l'*amok* è diventato un paradigma al quale sono state ricondotte le più diverse azioni, vanificando di fatto il concetto stesso di sindrome, e soprattutto di sindrome culturalmente determinata.

La profondità storica dell'*amok* non può essere condensata nelle poche righe ad esso riservate dal DSM-IV; se l'*amok* è un fenomeno che agisce parzialmente come "antistruttura" [29] è necessario ricostruire il quadro ordinario al quale si è opposto con così impressionante violenza, senza per questo distruggerlo.

Note

[1] Sovrintendente dell'Ospedale governativo di Singapore.

[2] Il termine malese *keris*, indica generalmente un pugnale o spada corta. La forma dell'arma può variare dando luogo a specificazioni del termine: *keris alang*, con lama diritta e di media lunghezza, *keris berlok* o *keris berkeluk*, con lama ondulata, *keris cerita*, con lama lunga e con più di nove onde, *keris pandak* o *pendek*, con lama corta, *keris sempena*, il modello più usuale con curve in numero uguale o minore di sette. Il termine è anche trascritto talvolta *kris*, o *creese* (KM 2000: 273).

[3] Il testo di Murphy a cui si fa riferimento è del 1973, il titolo: *History and evolution of syndromes: the striking case of Latah and Amok*, in Hammer M. et al. (curatori), *Psychopathology*, Wiley, New York. Non ci è stato possibile consultare direttamente questo saggio.

[4] Il termine *sakit hati* è traducibile con "malattia (*sakit*) del fegato (*hati*)", ma diversi autori contendono sulla possibile traduzione di *hati* anche con cuore (Ellis W.G. 1893: 336). Noi preferiamo la prima spiegazione perché il fegato è considerato la sede delle emozioni nel sistema medico tradizionale malese e la caratteristica delle persone che cedono alle emozioni violente e all'ira è di avere il fegato caldo (*panas hati*) (Laderman C. 1987 [1983]: 51).

[5] Il Malayalim è una lingua dravidica dell'India Sudoccidentale.

[6] Questo è il testo cui Spores fa riferimento per trarre tutte le testimonianze dei secoli XVI-XVII; i dati completi sono: Yule Henry - Burnell A.C. (1903), *Hobson-Jobson*, John Murray, London.

[7] Nato a Roma nel 1586 da un'illustre famiglia, lasciò testimonianze del suo lungo viaggio in Medio Oriente (54 lettere) e manoscritti orientali conservati nella Biblioteca vaticana. Morì nel 1652.

[8] I Nayar sono particolarmente famosi nella letteratura antropologica per essere il massimo esempio di natolocalità, raro modello residenziale secondo il quale maschi e femmine non abbandonano dopo il matrimonio il loro gruppo di riferimento; le donne sono sposate a mariti rituali che le vanno a trovare durante la notte (Signorini I. 1992 [1998]: 90-91, Harris M. 1990 [1987]: 132-133).

[9] Si tratta di un testo che raccoglie diversi resoconti di viaggio, pubblicato a Londra nel 1704, i cui dati per esteso sono: Churchill (curatore), *A collection of voyages and travels*, London.

[10] La parola *adat* è traducibile genericamente con "costume" o "usanza" e si riferisce ad un codice che raccoglie regole di comportamento e forme di cerimonia (Mahathir bin M. 1982 [1970]: 155).

[11] Palembang è la più antica città dell'isola di Sumatra.

[12] Il riferimento ad un cammello, come fa notare giustamente Rigby, testimonia dell'origine non Malese del contenuto del codice.

(13) Wallace Alfred Russel (1869), *The Malay Archipelago*, Harper and Brothers, New York.

(14) Fu funzionario della Compagnia delle Indie e Governatore coloniale inglese (Port Morant, Giamaica 1781 - Londra 1826). La relazione del suo viaggio nella penisola Malese convinse la Corona dell'importanza di quei territori. Fu grazie alla sua opera che fu possibile alla Gran Bretagna acquistare l'isola di Singapore nel 1819.

(15) Ricoprì la carica di Residente Generale degli Stati Malesi.

(16) Day Clive (1966 [1904]), *The Dutch in Java*, Oxford University Press, Kuala Lumpur.

(17) Cercando nel passato è possibile rinvenire testimonianze di pene ben diverse utilizzate dal governo olandese; è il caso del resoconto del tedesco Wouter Schouten, del 1659, riportato da Spores: «In questo mese di febbraio vidi a Batavia un carnefice lacerare con pinze arroventate il petto a un Indiano nero, dopo questo gli furono spezzate le ossa dal basso verso l'alto e poi fu posto sulla ruota. Ciò avvenne perché attraverso la cattiva abitudine di mangiare oppio [...] egli era diventato pazzo e levava il grido di *Amocle* [...] » (Schouten W. 1659 in Yule H. - Burnell A.C. 1903: 21 cit. in Spores 1988: 33).

(18) Il *latah* è l'altro fenomeno malese che ha rappresentato uno dei fuochi della ricerca etnopsichiatrica fin dalle origini della disciplina antropologica. In contrasto evidente con l'*amok*, il *latah* è un fenomeno quasi esclusivamente femminile, caratterizzato da comportamenti identificati dal prefisso eco (ecoprassia, ecolalia, ecomimia, etc.) e da manifestazioni verbali oscene o di tipo scatologico (considerate estremamente sconvenienti in relazione all'etichetta malese). Il fattore immediatamente scatenante per un soggetto *latah* è il trasalimento, provocato spesso intenzionalmente da terzi con lo scopo di creare un intrattenimento divertente per un pubblico. Il fenomeno ha ricevuto diverse letture; nel dibattito più recente si contrappongono principalmente due ipotesi: la prima tende a spiegare il *latah* facendo riferimento soprattutto alla cultura e alle pressioni sociali (la posizione è rappresentata da M.G. Kenny, R.L. Winzeler, R.E. Bartholomew); la seconda rinviene in questo comportamento un comune meccanismo neurologico (il riflesso sussultorio) riscontrabile in tutti i mammiferi (posizione sostenuta principalmente da R. C. Simons). La prima preferisce una lettura che lega il fenomeno *latah* alla cultura malese, la seconda tende a riscontrare il fenomeno anche in aree del mondo diverse.

(19) Redattore della rivista che pubblicò l'articolo nel luglio del 1849; il riferimento completo è il seguente: Logan J.R. (1849), *Malay Amoks and Piracies*, "Journal of the Indian Archipelago", n. 3, 1849, pp. 463-467. L'articolo è citato varie volte nel testo di Spores.

(20) Tra queste anche una bambina Kling colpita tra le braccia del padre, sulla cui età esistono pareri discordanti: secondo Ellis aveva 8 anni (Ellis W. G. 1893: 327), secondo Logan solo 3 (cit. in Spores J.C. 1988: 41).

(21) Alcuni brevi cenni sulle caratteristiche di questa sostanza: essa è un composto eterociclico usato in veterinaria come vermifugo per il trattamento delle ossiurasi; ha proprietà neuroplegiche e ganglioplegiche. Il suo uso nella terapia farmacologica dei pazienti affetti da turbe psichiche è stato criticato da Julian Silverman in due articoli: *A paradigm for the study of altered states of consciousness*, "British Journal of Psychiatry", n. 114, 1968, pp. 1201-1218; *When schizophrenia helps*, "Psychology Today", n. 4, fasc. 4, 1970, pp. 63-65. In questi studi, utilizzati da Kennedy J.G. 1973: 1151, viene rilevata l'interferenza dei farmaci a base di fenotiazina nel processo ricostruttivo del malato.

(22) Per una esauriente rassegna del recente dibattito sull'argomento rimandiamo a Ciminelli M.L. 1997, 1998, e alle ricche bibliografie presentate nei due saggi.

(23) Tratteremo diffusamente di questi presunti casi americani nel paragrafo successivo.

(24) Il testo è intitolato *The North Pole*, ma non vengono fornite ulteriori indicazioni.

(25) Anche nell'ultimo lavoro demartiniano ritorna l'accenno ai fenomeni malesi *amok* e *latah* (de Martino E. 1977).

(26) Il termine fa riferimento a Charles Whitman, protagonista di una vicenda tragica passata alle cronache come *The madman in the tower*, e considerata da alcuni come un esempio di *amok* negli Stati Uniti. Analizzeremo più dettagliatamente questo caso nel paragrafo 5.1.

(27) Celebre fenomeno che veniva manifestato dai temuti guerrieri scandinavi, delle cui gesta troviamo numerosi esempi nelle saghe islandesi. Erano ritenuti capaci di trasformarsi in belve ed

agire conseguentemente (Eliade M. 1974 [1951]: 411), in una sorta di furore incontrollabile e incontenibile (Dumézil G. 1990 [1985]: 174, Ginzburg C. 1986 [1984]: 222). Il termine significa "guerrieri dalla pelle d'orso" (Ginzburg C. 1986 [1984]: 212), o "guaina d'orso" (Ginzburg C. 1995 [1989]: 172).

(28) Problema che si estende automaticamente a tutte le manifestazioni culturali che ricadono nella capiente categoria delle *culture-bound syndromes*.

(29) Il termine è mutuato dalla terminologia di Victor Turner e viene utilizzato esplicitamente da Lee per descrivere la possibile funzione delle *culture-bound syndromes* (Lee R. 1981).

Riferimenti bibliografici

Abraham J. Johnston (1912), *Lâtah and Âmok*, "The British Medical Journal", n. 1, 1912, pp. 438-440.

Alarcon Renato D. (1995), *Culture and psychiatric diagnosis: impact on DSM-IV and ICD-10*, pp. 449-465, in Alarcon Renato D. (curatore), *Cultural psychiatry*, "The Psychiatric Clinics of North America", vol. 18, fasc. 3, 1995.

Alatas Syed Hussein (1977), *The myth of the lazy native*, Frank Cass, London.

Apa (American psychiatric association) (1996 [1994]), *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano [ediz. orig.: *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, APA, Washington, 1994].

Arboleda-Florez Julio (1985 [1979]), *Amok*, pp. 251-262, in Simons Ronald C. - Hughes Charles C. (curatori), *The culture-bound syndromes. Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*, D. Reidel Publisher, Dordrecht, 1985 [ediz. orig. del saggio: *Amok*, "Bullettin of the American Academy of Psychiatry and Law", vol. 7, 1979, pp. 286-295].

Barth Fredrik (1990), *The guru and the conjurer: transactions in knowledge and the shaping of culture in Southeast Asia and Melanesia*, "Man", n. s. vol. 25, n. 4, 1990, pp. 640-653.

Beiser Morton (1987), *Commentary on 'Culture-bound syndromes and international disease classifications'*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 11, n. 1, 1987, pp. 29-33.

Bourguignon Erika (1983 [1979]), *Antropologia psicologica*, Laterza, Roma-Bari [ediz. orig.: *Psychological anthropology. An introduction to human nature and cultural differences*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1979].

Burton-Bradley B.G. (1968), *The amok syndrome in Papua and New Guinea*, "The Medical Journal of Australia", vol. 1, 1968, pp. 252-256.

Cameron John (1965 [1865]), *Our tropical possessions in Malayan India*, Oxford University Press, Kuala Lumpur [ediz. orig.: Smith, Elder & Co., London, 1865).

Carr John E. (1978), *Ethno-behaviorism and the culture-bound syndromes: the case of* Amok, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 2, 1978, pp. 269-293.

Ciminelli Maria Luisa (1997), *Culture-bound syndromes: un concetto vago e di dubbia utilità*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 3-4, 1997, pp. 247-280.

Ciminelli Maria Luisa (1998), *La decostruzione del concetto di "culture-bound syndrome"*, pp. 85-108, in Lanternari Vittorio - Ciminelli Maria Luisa (curatori), *Medicina, magia, religione, valori. II. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori, Napoli.

Cole Fay-Cooper (1945), *The peoples of Malaysia*, D. van Nostrand, Princeton.

Connor Linda (1982), *The unbounded self: Balinese therapy in theory and practice*, pp. 251-267, in Marsella Anthony J. - White Jeoffrey M. (curatori), *Cultural conceptions of mental health and therapy*, D. Reidel Publisher, Dordrecht.

Coppo Piero (1996), *Etnopsichiatria*, il Saggiatore - Flammarion, Milano.

de Martino Ernesto (1991 [1948]), *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Boringhieri, Torino [ediz. orig.: Einaudi, Torino, 1948].

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

Devereux Georges (1978a [1956]), *Normale e anormale*, pp. 23-89, in Devereux Georges, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma, 1978 [ediz. orig. del saggio: *Normal and abnormal*, in Casagrande J. - Gladwin T. (curatori), *Some uses of anthropology, theoretical and applied*, Washington, 1956].

Devereux Georges (1978b [1963]), *La diagnosi in psichiatria primitiva: teoria generale della diagnosi*, pp. 258-284, in Devereux Georges, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma [ediz. orig. del saggio: *Primitive psychiatric diagnosis*, in Galdston I. (curatore), *Man's image in medicine and anthropology*, International University Press, New York, 1963].

Dhunjibhoy Jal Edulji (1930), *A brief* résumé *of the types of insanity commonly met with in India, with a full description of "Indian hemp insanity" peculiar to the country*, "The Journal of Mental Science", vol. 76, 1930, pp. 254-264.

Draguns Juris G. - Triandis H. C. *et al.* (curatori) (1980), *Handbook of cross-cultural psychology*, 6 voll., Allyn and Bacon, Boston.

Dumézil Georges (1990 [1985]), *Le sorti del guerriero. Aspetti della funzione guerriera presso gli Indoeuropei*, Adelphi, Milano [ediz. orig.: *Heur et Malheur du guerrier*, Flammarion, Paris, 1985].

Encyclopaedia Britannica (1960), vol. I, William Benton Publ., Chicago-London-Toronto.

Ellis W. Gilmore (1893), *The Amok of the Malays*, "The Journal of Mental Science", vol. 39, 1893, pp. 325-338.

Ellis W. Gilmore (1897), *Latah. A mental malady of the Malays*, "The Journal of Mental Science", vol. 43, 1897, pp. 32-40.

Eliade Mircea (1974 [1951]), *Lo sciamanismo e le tecniche arcaiche dell'estasi*, Edizioni Mediterranee, Roma [ediz. orig.: *Le chamanisme et les techniques archaiques de l'extase*, Payot, Paris, 1951].

Fabrega Horacio Jr. (1982), *Culture and psychiatric illness: biomedical and ethnomedical aspects*, pp. 39-68, in Marsella Anthony J. - White Geoffrey M. (curatori), *Cultural conceptions of mental health and therapy*, D. Reidel Publisher, Dordrecht.

Firth Raymond (1967), *Ritual and drama in Malay spirit mediumship*, "Comparative Studies in Society and History", n. 9, 1967, pp. 190-207.

Fletcher W. (1908), *Latah and crime*, "The Lancet", vol. 2, 1908, pp. 254-255.

Geertz Clifford (1960), *The Religion of Java*, The Free Press, Glencoe.

Geertz Clifford (1973 [1966]), *La religione come sistema culturale*, pp. 139-185, in Geertz Clifford, *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig. del saggio: *Religions as a cultural system*, pp. 1-46, in Banton M. (curatore), *Anthropological approaches to the study of religion*, Tavistock Publications, London, 1966].

Gimlette John D. (1897), *Remarks on the etiology, symptoms, and treatment of Latah, with a report of two cases*, "The British Medical Journal", n. 2, 1897, pp. 455-457.

Ginzburg Carlo (1986 [1984]), *Mitologia germanica e nazismo. Su un vecchio libro di Georges Dumézil*, pp. 210-238, in Ginzburg Carlo, *Miti emblemi spie. Morfologia e storia*, Einaudi, Torino [ediz. orig. del saggio: "Quaderni Storici", n. 57, 1984, pp. 857-882].

Ginzburg Carlo (1995 [1989]), *Storia notturna. Una decifrazione del sabba*, Einaudi, Torino [I ediz.: 1989].

Good Byron J. (1996), *Culture and DSM-IV: diagnosis, knowledge and power*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 20, n. 2, 1996, pp. 127-132.

Hahn Robert A. (1985), *Culture-bound syndromes unbound*, "Social Science and Medicine", vol. 21, n. 2, 1985, pp. 165-171.

Harris Marvin (1990 [1987]), *Antropologia culturale*, Zanichelli, Bologna [ediz. orig.: *Cultural anthropology*, Harper & Row, New York, 1987].

Heinze Ruth-Inge (1988), *Trance and healing in Southeast Asia*, White Lotus, Bangkok.

Hufford David J. (1988), *Inclusionism versus reductionism in the dtudy of culture-bound syndromes*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 12, n. 4, 1988, pp. 503-512.

Hughes Charles C. (1985), *Culture-bound or construct-bound? The syndromes and DSM-III*, pp. 3-24, in Simons Ronald C. - Hughes Charles C. (curatori), *The culture-bound syndromes. Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*, D. Reidel Publisher, Dordrecht.

Hughes Charles C. (1996), *Ethnopsychiatry*, pp. 131-150, in Sargent Carolyn F. - Johnson Thomas M. (curatori), *Medical anthropology. Contemporary theory and method. Revised Edition*, Praeger, Westport [I ediz.: 1990].

Hurley Vic (1997 [1936]), *Swish of the Kris. The story of the Moros*, Bakbakan International, (http://www.bakbakan.com/swishkb.html) [ediz. orig.: E.P. Dutton & Co., New York, 1936].

Kapur R.L. (1987), *Commentary on culture bound syndromes and international disease classification*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 11, n. 1, 1987, pp. 43-48.

Karp Ivan (1985), *Deconstructing culture-bound syndromes*, "Social Science and Medicine", vol. 21, n. 2, 1985, pp. 221-228.

Kennedy John G. (1973), *Cultural psychiatry*, pp. 1119-1198, in Honigman John J. (curatore), *Handbook of social and cultural anthropology*, Rand Mc Nally, Chicago.

Kenny Michael G. (1988), *Primitive classification and the culture-bound syndromes*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 12, n. 4, 1988, pp. 513-524.

Kessler Clive S. (1984 [1977]), *Conflict and sovereignity in Kelantanese Malay spirit seances*, pp. 295-331, in Crapanzano Vincent - Garrison Vivian (curatori), *Case studies in spirit possession*, (facsimile autorizzato) University Microfilms International, Ann Arbor [ediz. orig.: John Wiley & Sons, New York, 1977].

Kleinman Arthur (1987), *Culture and clinical reality: commentary on culture-bound syndromes and international disease classifications*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 11, n. 1, 1987, pp. 49-52.

Kloss C. Boden (1923), *Arctic Amok*, "Journal of the Malayan Branch of the Royal Asiatic Society", vol. 1, 1923, p. 254.

KM (Kamus Minerva. Malay - English Dictionary) (2000), Minerva Publications, Seremban.

Laderman Carol (1987 [1983]), *Wives and midwives. Childbirth and nutrition in Rural Malaysia*, University of California Press, Berkeley.

Laderman Carol (1992), *A welcoming soil: Islamic humoralism on the Malay Peninsula*, pp. 272-288, in Leslie Charles - Young Allan (curatori), *Paths to Asian medical knowledge*, University of California Press, Berkeley.

Laderman Carol (1993 [1991]), *Taming the wind of desire: psychology, medicine, and aesthetics in Malay shamanistic performance*, University of California Press, Berkeley.

Lanternari Vittorio - Ciminelli Maria Luisa (curatori) (1998), *Medicina, magia, religione, valori. II. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori, Napoli.

Lee Raymond L. M. (1981), *Structure and anti-structure in the culture-bound syndromes. The Malay case*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 5, n. 3, 1981, pp. 233-248.

Levine Ruth E. - Gaw Albert C. (1995), *Culture-bound syndromes*, pp. 523-536, in Alarcon Renato D. (curatore), *Cultural psychiatry*, "The Psychiatric Clinics of North America", vol. 18, n. 3, 1995.

Lewis-Fernández Roberto - Kleinman Arthur (1995), *Cultural psychiatry. Theoretical, clinical, and research issues*, pp. 433-448, in Alarcon Renato D. (curatore), *Cultural psychiatry*, "The Psychiatric Clinics of North America", vol. 18, n. 3, 1995.

Littlewood Roland - Lipsedge Maurice (1987), *The butterfly and the serpent: culture, psychopathology and biomedicine*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 11, n. 3, 1987, pp. 289-335.

Lock Margaret (1987), *DSM-III as a culture-bound construct: commentary on culture-bound syndromes and international disease classifications*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 11, n. 1, pp. 35-42.

Lucas R.H. - Barrett R. J. (1995), *Interpreting culture and psychopathology: primitivist themes in cross-cultural debate*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 19, n. 3, 1995, pp. 287-326.

Mahathir bin Mohamad (1982 [1970]), *The Malay dilemma*, Federal Publications, Kuala Lumpur - Singapore - Hong Kong.

Marsella Anthony J. (1982), *Culture and mental health: an overview*, pp. 359-388, in Marsella Anthony J. - White Geoffrey M. (curatori), *Cultural conceptions of mental health and therapy*, D. Reidel Publisher, Dordrecht.

Marsella Anthony J. (1985), *Culture, self, and mental disorder*, pp. 281-307, in Hsu F.L.K. (curatore), *Culture and self: Asian and western perspectives*, Tavistock Publications, New York - London.

Marsella Anthony J. - White Jeoffrey M. (curatori) (1982), *Cultural conceptions of mental health and therapy*, D. Reidel Publisher, Dordrecht.

Morinis Alan (1985), *Sanctified madness: the god-intoxicated saint of Bengal*, "Social Science and Medicine", vol. 21, n. 2, 1985, pp. 211-220.

Murphy Henry Brian Megget (1982), *Comparative psychiatry. The international and intercultural distribution of mental illness*, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

O'Brien H.A. (1883), *Latah*, "Journal of the Straits Branch of the Royal Asiatic Society", vol. 11, 1883, pp. 143-153.

Prince Raymond (1985), *The concept of culture-bound syndromes: anorexia nervosa and brain-fag*, "Social Science and Medicine", vol. 21, n. 2, 1985, pp. 197-203.

Prince Raymond - Tcheng-Laroche Françoise (1987), *Culture-bound syndromes and International disease classifications*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 11, n. 1, 1987, pp. 3-19.

Rassers W.H. (1959), *Pañji, the culture hero. A structural study of religion in Java*, Martinus Nijhoff, The Hague.

Rigby J. (1908), *Law. Part II: the ninety-nine laws of Perak*, in Wilkinson R.J. (curatore), *Papers on Malay subjects*, J. Russell at The F.M.S. Government Press, Kuala Lumpur.

Signorini Italo (1988), *Spavento e sindromi culture-bound. Sindrome?*, "L'Uomo", vol. 1, n. s., n. 1-2, 1988, pp. 25-49.

Signorini Italo (1998 [1992]), *La società*, pp. 63-115, in Signorini Italo (curatore), *I modi della cultura. Manuale di etnologia*, Carocci, Roma.

Simons Ronald C. (1985a), *Sorting the culture-bound syndromes*, pp. 25-38, in Simons Ronald C. - Hughes Charles C. (curatori), *The culture-bound syndromes. Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*, D. Reidel Publisher, Dordrecht.

Simons Ronald C. (1985b), *Introduction to the Sudden mass assault taxon*, p. 197, in Simons Ronald C. - Hughes Charles C. (curatori), *The culture-bound syndromes. Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*, D. Reidel Publisher, Dordrecht.

Simons Ronald C. (1987), *A feasible and timely enterprise: commentary on "culture-bound syndromes and International disease classifications" by Raymond Prince and Françoise Tcheng-Laroche*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 11, n. 1, 1987, pp. 21-28.

Simons Ronald C. - Hughes Charles C. (curatori) (1985), *The culture-bound syndromes. Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*, D. Reidel Publ., Dordrecht.

Skeat W.W. (1901), *Notes on the ethnography of the Malay Peninsula*, "Man", n. 1, 1901, pp. 177-180.

Spores John C. (1988), *Running amok: an historical inquiry*, Ohio University Center for International Studies, Athens Ohio.

Tan E.K. - Carr John E. (1977), *Psychiatric sequelae of* amok, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 1, 1977, pp. 59-67.

Tseng Wen-Shing - Hsu Jing (1980), *Minor psychological disturbances of everyday life*, pp. 61-97, in Draguns Juris G. - Triandis H.C. *et al.* (curatori), *Handbook of cross-cultural psychology*, Allyn and Bacon, Boston, vol. 6.

Tyler Stephen (1997 [1986]), *L'etnografia post-moderna: dal documento dell'occulto al documento occulto*, pp. 163-180, in Clifford James - Marcus George E. (curatori), *Scrivere le culture. Poetiche e politiche in etnografia*, Meltemi, Roma [ediz. orig. del saggio*: Post-modern ethnography: from document of the occult to occult document*, pp. 122-140, in Clifford James - Marcus George E. (curatori), *Writing cultures. The poetics and politics of ethnography*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London, 1986].

Westermeyer Joseph (1985), *Sudden mass assault with grenade: an epidemic* amok *form from Laos*, pp. 225-235, in Simons Ronald C. - Hughes Charles C. (curatori), *The culture-bound syndromes. Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*, D. Reidel Publisher, Dordrecht.

Wilkinson R.J. (1908a), *Law. Part I: introductory sketch*, in Wilkinson R. J. (curatore), *Papers on Malay subjects,* J. Russell at the F. M. S. Government Press, Kuala Lumpur.

Wilkinson R.J. (1908b), *Life and customs. Part I: the incidents of Malay life*, in Wilkinson R.J. (curatore), *Papers on Malay subjects*, J. Russell at the F. M. S. Government Press, Kuala Lumpur.

Winstedt Richard (1909), *Life and customs. Part II: the circumstances of Malay Life*, in Wilkinson R.J. (curatore), *Papers on Malay subjects*, J. Russell at the F. M. S. Government Press, Kuala Lumpur.

Winstedt Richard (1951 [1925]), *The Malay magician being shaman, saiva and sufi*, Routledge and Kegan Paul, London.

Winstedt Richard (1950 [1947]), *The Malays. A cultural history*, Routledge and Kegan Paul, London.

Wolff Robert J. (1965), *Modern medicine and traditional culture: confrontation on the Malay Peninsula*, "Human Organization", vol. 24, n. 4, 1965, pp. 339-345.

Yap Pow Meng (1951), *Mental disorders peculiar to certain cultures: a survey of comparative psychiatry*, "The Journal of Mental Science", vol. 97, 1951, pp. 313-327.

Yap Pow Meng (1952), *The Latah reaction: its pathodynamics and nosological position*, "The Journal of Mental Science", vol. 98, 1952, pp. 515-564.

Yap Pow Meng (1974), *Comparative psychiatry: a theoretical framework*, a cura di M.P. Lau - A.B. Stokes, University of Toronto Press, Toronto.

Zweig Stefan (1992 [1922]), *Amok e altri racconti di lucida follia*, traduz. dal tedesco, Frassinelli, Milano [ediz. orig.: *Der Amokläufer (Erzälungen)*, Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1984].

Scheda sull'Autore

Claudia Merli è nata a Roma il 29 gennaio 1967. Dopo aver completato la sua formazione musicale presso il Conservatorio di Perugia si è laureata in lettere con tesi di Antropologia culturale presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza", relatore Pietro Luigi Clemente. Si occupa di antropologia medica con particolare riferimento ai fenomeni studiati dall'etnopsichiatria, soprattutto quelli rilevati nell'area del Sud-est asiatico. Uno dei suoi interessi di ricerca è orientato verso l'indagine storico-antropologica delle categorie malesi *amok* e *latah*, sia come espressioni peculiari di una determinata area culturale, che come momenti di riflessione per seguire lo sviluppo dello sguardo occidentale su questi fenomeni comportamentali devianti.

Riassunto

Il corridore di Amok: dall'eroico guerriero al folle internato. Mutamenti nella visione di un fenomeno culturale malese trasformato in sindrome psichiatrica

L'articolo ripercorre la storia dell'atteggiamento occidentale nei confronti di una delle più studiate *culture-bound syndromes*: l'*amok* malese, descritto come una sorta di furia omicida cui sarebbero soggetti esclusivamente gli individui di sesso maschile. Dalle prime testimonianze occasionali del XVI secolo allo studio sistematico del fenomeno da parte degli psichiatri e degli antropologi, si assiste ad un cambiamento nella interpretazione del fenomeno che coincide con il periodo di massima incidenza del potere britannico sulla penisola. C'è un mutamento nella considerazione dell'uomo che manifesta l'*amok*: se in contesto tradizionale questo comportamento estremamente violento poteva ricevere una valutazione di tipo positivo (riconducendolo all'interno dell'*ethos* militare), nel contatto con l'Occidente il corridore di *amok* viene in un primo periodo (fino al XIX secolo) imprigionato o giustiziato, e a cavallo del XX secolo invariabilmente internato in ospedale psichiatrico. Nell'analizzare il fenomeno, gli studiosi di formazione medico-psichiatrica cercano spiegazioni di tipo neurofisiologico, mentre alcuni antropologi preferiscono ricorrere a spiegazioni di tipo esclusivamente culturale. Il destino più curioso dell'*amok* è infine quello di essere stato utilizzato per definire e identificare anche fenomeni verificatisi in Occidente, trasformando l'iniziale "sindrome legata alla cultura" in "sindrome riscontrabile universalmente".

Résumé

Le coureur d'Amok: de l'heroïque guerrier au fou interné. Revirements dans l'interprétation d'un phénomène culturel malais transformé en syndrome psychiatrique

L'auteur reconstruit l'histoire de l'attitude occidentale face à l'un des plus étudiés *culture-bound syndromes*: l'*amok* malais, décrit comme une sorte de fureur homicide auquel seraient exclusivement sujets les individus de sexe masculin. Depuis les premiers témoignages occasionnels datant du XVI^{ème} siècle, jusqu'à l'étude systématique du phénomène par les psychiatres et les anthropologues, on remarque des changements dans son interprétation, qui coïncident avec la période de plus forte influence du pouvoir britannique sur la péninsule. Si, en contexte traditionnel, le coureur d'*amok* pouvait faire l'objet d'un jugement de valeur positif, ramenant son comportement violent à l'interieur de l'*ethos* militaire, après le contact avec l'Occident et jusqu'au XIX^{ème} siècle, il est emprisonné ou justicié. Ensuite, au tournant du siècle, il est invariablement interné dans un hôpital psychiatrique. Confrontés à ce phénomène, les savants de formation médico-psychiatrique en proposent des explications neurophysiologiques, alors que certains anthropologues préfèrent avoir recours à des explications de type culturel. Le destin le plus curieux de l'*amok* est enfin celui d'avoir été utilisé pour définir et identifier des phénomènes observés en Occident, une évolution qui l'a transformé de "syndrome lié à la culture" en "syndrome contrôlable universellement".

Resumen

El corredor de Amok: desde el heroico guerrero al loco internado. Cambios en la visión de un fenómeno cultural malayo transformado en síndrome psiquiátrico

El artículo transita la historia de la actitud occidental con respecto a una de las más estudiadas culture-bound *syndromes*: el *amok* malayo, descripto como una especie de furia homicida a la que estarían sujetos exclusivamente los individuos de sexo masculino. De los primeros testimonios ocasionales del siglo XVI al estudio sistemático del fenómeno por parte de los psiquiatras y de los antropólogos, se asiste a un cambio en la interpretación del fenómeno que coincide con el período de máxima incidencia del poder británico en la península. Hay una mutación en la consideración del hombre que manifiesta el *amok*: si en contexto tradicional este comportamiento extremamente violento podía recibir una valoración de tipo positivo (manteniéndoselo dentro del *ethos* militar), al entrar en contacto con el Occidente el corredor de *amok* fue, en un primer período (hasta el siglo XIX), hecho prisionero o ajusticiado, y al inicio del siglo XX, invariablemente internado en un hospital psiquiátrico. Al analizar el fenómeno, los estudiosos con formación médico-psiquiátrica buscan explicaciones de tipo neurofisiológico, mientras algunos antropólogos prefieren recurrir a explicaciones de tipo exclusivamente cultural. El destino más curioso del *amok* es, finalmente, el de haber sido utilizado para definir e identificar fenómenos que se han verificado también en Occidente, transformando el inicial "síndrome ligado a la cultura" en "síndrome detectado universalmente".

Abstract

The Amok Runner: from the gallant warrior to the hospitalised madman. Changes in the view of a Malay cultural phenomenon transformed in a psychiatric syndrome.

This article runs over the history of the western attitude toward one of the most studied *culture-bound syndromes*: the Malay *amok*, described as a sort of homicidal rage to whom only the males would be subject. Since the XVI century's first occasional testimonies until the systematic study conducted by psychiatrists and anthropologists, we witness a change in the phenomenon's interpretation that clash with the period of maximum impact of the British influence on the peninsula. There is a variation in the vision of the man who shows *amok*: if in traditional context this extremely violent behaviour could receive a positive evaluation (bringing it back to the military *ethos*), during the contact with the West the *amok* runner is at first (until the XIX century) imprisoned or executed, and on the turn of the XX century he was invariably interned in a lunatic asylum. Analysing the phenomenon physicians and psychiatrists look for neurophisiological explanations, whereas few anthropologists prefer to resort to totally cultural ones. At the end, the most curious destiny of *amok* is that it has been used to define and identify also phenomena occurred in the West, transforming the original "culture-bound syndrome" in "universally verifiable syndrome".

AM 7-8, ottobre 1999
Rivista della Società italiana di antropologia medica

Osservatorio

■ *01. Panorami* 253

Tarantismi oggi: un panorama critico sulle letterature contemporanee del tarantismo (1994-1999) [Giovanni Pizza], 253.

■ *02. Istituzioni* 275

Istituto per le ricerche e gli studi sull'emarginazione sociale e culturale (Irsesc). L'isola di San Servolo, il suo ospedale e una fondazione per la storia della follia [Giampaolo Storti], 275 / *Il Central Council for research in Unani medicine, Delhi (Ccrum, Ministry of health and family welfare, Government of India)* [Fabrizio Speziale], 285.

■ *03. Resoconti* 287

X Conferenza internazionale della Associazione internazionale di politiche per la salute (Iahp) "Equità e salute nel mondo: neoliberismo o nuovo welfare? (Perugia, 23-26 settembre 1998) [Giovanni Barro - Paola Casacci], 287 / *"Sciamani, medici, guaritori. Sistemi terapeutici e contesti sociali" (Firenze,14-15 novembre 1998). Terza annualità del programma triennale 1996-1998 "L'Umano e il Divino. Il rapporto con il soprannaturale fra tradizione e modernità". Sezione antropologica della XXXIX edizione del Festival dei popoli, Firenze 13-19 novembre 1998* [Tullio Seppilli], 300 / *Tavola rotonda "Ciak, si muore. Moralità e immoralità della morte al cinema"(Firenze,15 novembre 1998) nel quadro della XXXIX edizione del Festival dei popoli, Firenze, 13-19 novembre 1998* [Sabrina Flamini], 306.

■ *04. Segnalazioni* 311

■ *05. Lavori in corso* 327

Donne e infezione da Hiv: dall'analisi dei determinanti dei comportamenti preventivi in gruppi eterogenei di giovani donne (20-25 anni) alla sperimentazione di una metodologia di intervento per la modifica dei comportamenti a rischio [María José Caldés - César Zúniga Valle], 327.

■ *06. Recensioni* 333

Giuseppe Cardamone, *L'etnopsichiatria in Italia: una nuova stagione di studi* [Roberto Beneduce, *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*], 333 / Giovanni Pizza, *Un classico dell'antropologia romena: il "folclore medico comparato" di Ion Aurel Candrea* [Ion Aurel Candrea, *Folclorul medical român comparat. Privire generală. Medicina magică*], 336 / Giovanni Pizza, *Figure della possessione nel culto calabrese di san Bruno* [Tonino Cerasolo, *Gli spirdàti. Possessione e purificazione nel culto calabrese di san Bruno di Colonia*], 341 / Fabio Dei, *Come tradurre una sindrome culturale* [Maria Luisa Ciminelli, *Follia del sapere e saperi della follia. Percorsi etnopsichiatrici tra i Bamanan del Mali*], 344 / Donatella Cozzi, *Dalla mal'aria alla malasanità: una storia della medicina e della sanità in Italia* [Giorgio Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale 1348-1918* - Giorgio Cosmacini, *Medicina e sanità in Italia nel Ventesimo secolo. Dalla "spagnola" alla II guerra mondiale* - Giorgio Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*], 349 / Salvatore Inglese, *La mediazione interculturale in contesto etnopsichiatrico* [Sybille de Pury, *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*], 353 / Paolo Bartoli, *Un'etnologa a Lourdes* [Clara Gallini, *Il miracolo e la sua prova. Un etnologo a Lourdes*], 356 / Fabio Dei, *Il destino dei rituali terapeutici nella modernità* [Vittorio Lanternari - Maria Luisa Ciminelli (curatori), *Medicina, magia, religione, valori. Volume secondo: dall'antropologia all'etnopsichiatria*], 363 / Alessandro Lupo, *Corpi, significati e pratiche sociali: percorsi storico-antropologici in Europa* [Giovanni Pizza (curatore), *Figure della corporeità in Europa*], 374 / Giovanni Pizza, *Sistemi di comunicazione con l'aldilà: una lettura della stregoneria nell'Europa centro-sud-orientale* [Éva Pócs, *Between the Living and the Dead. A perspective on witches and seers in the early Modern Age*], 382 / Giovanni Pizza, *Cocullo rivisitata: sul dialogo fra Giuseppe Profeta e Alfonso Maria Di Nola* [Giuseppe Profeta, *Il serpente sull'altare. Il patronato antifebbrile di San Domenico di Cocullo e la sua metamorfosi antimorso. Ecologia e demopsicologia di un culto*], 390.

■ *07. Schede di lettura* 393

■ *08. Spoglio dei periodici* 411

■ *09. Tesi universitarie* 461

■ *10. Documenti audiovisuali*

Hanno contribuito alla redazione delle varie sezioni dell'Osservatorio, in questo fascicolo di *AM*, i seguenti collaboratori:
Gianni Barro [GBa], Paolo Bartoli [PBa], María José Caldés (MJC), Giuseppe Cardamone [GCa], Paola Casacci [PCa], Donatella Cozzi [DCo], Fabio Dei [FDe], Sabrina Flamini [SFl], Salvatore Inglese [SIn], Marinella Lörinczi [MLö], Alessandro Lupo [ALu], Martino Nicoletti [MNi], Maya Pellicciari [MPe], Enrico Petrangeli [EPe], Giovanni Pizza [GPi], Pino Schirripa [PSch], Tullio Seppilli [TS], Valeria Siniscalchi [VSi], Fabrizio Speziale [FSp], Giampaolo Storti [GSt], César Zúniga Valle [CZV].

01. Panorami

In questa sezione dell'Osservatorio vengono pubblicati brevi quadri informativi su filoni scientifici nazionali, scuole o indirizzi teorici o aree tematiche di ricerca o intervento, che pur diversamente "affermate" nella letteratura corrente convergono tuttavia in varia forma e in modo significativo a comporre il variegato ambito di lavoro della antropologia medica.

Tarantismi oggi: un panorama critico sulle letterature contemporanee del tarantismo (1994-1999)

Giovanni Pizza

ricercatore, docente affidatario di metodologia e tecniche della rilevazione e della documentazione antropologica, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia

Un "panorama" è un punto di vista

"Un anno di tarantole e serpenti", così Eugenio Imbriani definiva il 1994, nel sottotitolo di un suo intervento, acuto e ironico come sempre, dal titolo significativo: *Ancora sul tarantismo* (Imbriani E. 1993). Quell'anno, infatti, erano apparsi diversi volumi, accademici e "locali", sul tema del tarantismo salentino. E questo forse per un motivo ben preciso. Era accaduto che nel 1994 – dopo diciotto anni di irreperibilità dovuta a complesse vicende di diritti d'autore, che forse una antropologia dell'antropologia, una vera "etno-antropologia" o anche un'antropologia del "noi", dovrebbe ricostruire – era stato ripubblicato dal Saggiatore il volume di Ernesto de Martino *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, in una edizione economica in brossura, che riproduceva la stessa impaginazione delle edizioni del 1961, del 1968 e del 1976, eliminando l'*Introduzione* di Giuseppe Galasso che apriva quest'ultima. E, per la precisione, non riprendendo, come già nella edizione 1968 e in quella Galasso, l'aggiuntina incollata – quasi *errata corrige* – in calce alla *Bibliografia* (visibile nella prima edizione a p. 431), che recitava *Fotografie 1-41 di Franco Pinna*: intervento visibilmente tardivo per restituire autorialità al contributo visuale del libro e per rimediare a una dimenticanza forse non troppo casuale, stando ad autorevoli riflessioni recenti sul rapporto fra de Martino e il suo fotografo (Gallini C. - Faeta F. curr. 1999).

Anche se la scelta del Saggiatore poteva apparire un po' *kitsch*, con quella copertina gialla e la tarantolona nera in bella vista, quel volume ha avuto un successo straordinario ed è stato accolto con sospiri di sollievo da generazioni diverse di docenti e

ricercatori universitari di antropologia: dopo quasi vent'anni *La terra del rimorso* tornava in libreria e ben presto migliaia di studenti avrebbero potuto nuovamente accedere a uno dei più belli fra i classici della antropologia italiana. Fra i più "adottati" nei programmi universitari delle discipline antropologiche, quel libro di lì a poco avrebbe avuto una eccezionale diffusione anche in Salento, acquistato e letto dai cittadini della "Terra del rimorso", e qui avrebbe ispirato a sua volta una serie di volumi a opera di studiosi locali, un buon numero di libri *tarantistici*, destinato certo ad aumentare.

Nel 1994 fu per me una consolazione un po' magra acquistare *La terra del rimorso* in quella edizione: studente entusiasta nel 1981 ai corsi di Alfonso Maria Di Nola, maestro indimenticato, e alle lezioni di Clara Gallini, che allora teneva corsi e seminari specifici sulle opere di de Martino, all'Istituto Universitario Orientale di Napoli, avevo inseguito per anni l'acquisto della prima o almeno della terza edizione de *La terra del rimorso*, quella verde, per intenderci, con la lunga introduzione di Giuseppe Galasso, ma invano, nonostante la frequentazione delle bancarelle napoletane a Port'Alba e la consultazione periodica dei cataloghi di libri esauriti e di antiquariato. Ci sarei riuscito solo molto più tardi, quando, proprio all'inizio di quest'anno, in un fondino antropologico ceduto a una libreria di usato a Roma, ne avrei acquistata una copia di prima edizione (purtroppo senza lo splendido disco quarantacinque giri che l'accompagnava nell'agosto del 1961). Non sono un bibliofilo, ma la "passione" per *La terra del rimorso* ha accompagnato i miei studi universitari e postuniversitari di antropologia, ha segnato, insieme a quella per altri classici dell'antropologia italiana, una fase decisiva della mia formazione, quando ormai avevo deciso di scegliere quella disciplina come mia occupazione principale con la speranza che potesse diventare una professione. Intendiamoci: se introduco questo "panorama" raccontando alcuni momenti iniziali del mio avvicinamento all'antropologia e della passione per questo mestiere non è per un rigurgito di minimalismo narcisista o di memorialismo autoreferenziale: sarebbe pessima letteratura, *pulp fiction*. Piuttosto lo faccio perché nel caso de *La terra del rimorso* credo che le varie fasi della fortuna di questo libro – dalla prima edizione, che in una foto de Martino tiene orgogliosamente sottobraccio, alla edizione *rossa* del 1968, a quella *verde* Galasso, fino al volume *giallo* e a una annunciata nuova edizione economica del Saggiatore – si intreccino in qualche modo con la storia della formazione di generazioni di studenti e studiosi di antropologia, tra cui appunto la mia. Al tempo stesso penso che tali vicende possano contribuire a spiegare la progressiva popolarizzazione di questo classico nel campo intellettuale salentino contemporaneo: la formazione degli antropologi accademici italiani, la loro produzione scientifica ma anche la loro *identità* di antropologi, e la produzione culturale e identitaria degli studiosi locali in Salento, possono essere osservate in parallelo. Sarebbe sbagliato separare, a esempio, nel dibattito sull'opera demartiniana, la parte scientifica, considerandola come unico dominio dell'accademia, e la parte per così dire "passionale", dominio invece del contesto locale salentino. Per questo motivo, mi pare utile chiarire il *punto di vista* di questo "panorama", svelando, per così dire, una "passione", con una introduzione personale, ma non troppo.

Passioni svelate

La terra del rimorso è in fondo quasi una mia coetanea (sono nato nel 1963) e quando la lessi per la prima volta vivevo ancora dove sono nato, in un'area del Mezzo-

giorno italiano poco studiata, nella provincia vesuviana di Napoli, nei primi anni Ottanta, l'epoca del dopo-terremoto, quando la città e l'intera regione, già colpite dal sisma, erano anche attraversate dalle guerre di camorra per la gestione degli appalti della ricostruzione. Il senso politico complesso di quel libro colpiva noi studenti, calati in quella realtà soffocante e degradata, eppure bella e struggente, quale era Napoli allora (così diversa dalla città di oggi), emblema di un Sud poco vivibile, ma ricco di fermenti culturali vivissimi e di persone giuste e *resistenti*. E allora alcuni di noi venivano contaminati dalla passione per l'antropologia, per un sapere critico il cui imperativo era quello di una ricerca sperimentale che si cala nel cuore della esperienza umana concreta e che può innescare dialoghi profondi e trasformativi tra soggetti diversi, ma accomunati da un desiderio di conoscenza e di trasformazione di se stessi e della realtà. Vi era dunque un significato politico forte che motivava la scelta per l'antropologia, soprattutto per una formazione antropologica italiana e italianista come fu la mia. All'università finalmente potei scoprire il senso di quelle tesine scolastiche del liceo scientifico sulla *Questione meridionale* di Antonio Gramsci (Gramsci A. 1991 [1930]) e per la prima volta andare un po' oltre una lettura riduttiva ed esclusivamente letteraria del *Cristo si è fermato a Eboli* (Levi C. 1945) e dell'*Uva puttanella e i contadini del Sud* (Scotellaro R. 1964) proprio grazie allo studio della antropologia italiana meridionalista. Per miei limiti o per lo scolasticismo un po' arido di alcuni docenti, le letture liceali non avevano saputo colpirmi allo stesso modo. Frammenti demartiniani erano seppelliti come brevi brani nelle "antologie" allora in uso nella mia scuola dal titolo in fondo sincero: *Materiali per gli anni Ottanta*, materiali destinati a essere presto dimenticati. Certo, una volta all'università, per comprendere de Martino dovevamo colmare le lacune filosofiche su Marx, Gramsci, Croce, la fenomenologia, l'esistenzialismo, la psicoanalisi, e allora tutto andava bene, anche i manuali liceali che tornavano ad animarsi di una vita nuova. Ma in quel libro ritrovavamo, noi studenti diciottenni, quelle lezioni precedenti e molto di più: ci veniva insegnato dai nostri docenti come de Martino si fosse sottratto al meridionalismo positivista e anche a quello idealista, proponendo un modo nuovo di guardare al Sud, lontano dagli schemi astratti delle analisi economiciste e vicino alle dinamiche dell'interiorità e della esperienza culturale soggettiva; ma noi percepivamo istintivamente questo insegnamento, nella immediatezza della lettura di un testo fortemente comunicativo, che si apriva con un attacco formidabile e accattivante, critico, etnografico e insieme letterario, che è ancora oggi tra le cose più belle prodotte dalla scrittura antropologica non solo italiana:

> «Un tempo – nell'epoca dell'etnografia positivista – chi si accingeva a scrivere un rapporto etnografico metteva una cura particolare nel celare al pubblico le proprie passioni, voglio dire quelle passioni che lo avevano spinto a diventare etnografo, a intraprendere quel particolare viaggio e a scegliere come oggetto di ricerca quel particolare fenomeno etnografico» (de Martino E. 1961: 19).

E poi a seguire il dialogo serrato con i *Tristi Tropici* (Lévi-Strauss C. 1960 [1955]), motivato dalla necessità di mettere in discussione «il sistema nel quale siamo nati e cresciuti»; e le considerazioni sul fatto che

> «l'oggettività per l'etnografo non consiste nel fingersi sin dall'inizio della ricerca al riparo da qualsiasi passione, col rischio di restar preda di passioni mediocri e volgari e di lasciarle inconsapevolmente operare nel discorso etnografico, quasi vermi pullulanti nell'interno di un decoroso sepolcro di marmo» (de Martino E. 1961: 20).

Non celare le passioni, un imperativo etico, politico e sentimentale, che rievocava l'idea gramsciana della passione intellettuale, della conoscenza come unione del sentire e del comprendere, come crollo della divisione corpo-mente. Allora scoprivo questo intreccio tra comprensione e passione nell'insegnamento di Alfonso Di Nola, o nel senso profondo di una delle mie letture preferite, il Pasolini che ripensa a Gramsci nelle *Ceneri* (Pasolini P.P. 1957), ma anche nella musica che amavo, in particolare le cantate *blues* degli anni Venti, di Reverend Gary Davis o di Blind Boy Fuller. Sentire e conoscere, emozione della lettura, ma anche comprensione emotiva. Che il volume di de Martino fosse uscito con allegato un disco – che avevo visto nella casa-biblioteca di Di Nola – non faceva che aumentare l'intensità della suggestione. La lettura della *Terra* fu per me più appassionante di quella dei *Tristi Tropici*. Forse perché in qualche altro libro avevo letto che Claude Lévi-Strauss i *Tristi Tropici* in fondo li aveva scritti quando ormai, bocciato la prima volta al *Collège*, si sentiva fuori dall'accademia, e quindi gli era più facile scegliere un taglio critico e riflessivo. O forse anche perché il nostro Alfonso Di Nola con la sua ironia, esaltando la ricerca *at home*, ci metteva in guardia da esotismi di maniera – «Ma dove andate, se non conoscete neanche Luco dei Marsi» – o perché le connessioni mondiali, allora non ancora definite come "globalizzazione", erano meglio percepite se partivi da lì, dai problemi del Sud periferico e asfissiante in cui vivevo, e dalle risposte culturali critiche che venivano, a esempio, dal teatro napoletano di ricerca e dalla musica *resistenti* al degrado. D'altra parte le reti di potere "globali" che davano senso al fenomeno indagato nell'antropologia politica e religiosa di de Martino, egli le aveva già rese visibili nel suo libro, nei riferimenti all'Africa e all'America Latina, riferimenti motivati non solo da una metodologia comparativa, ma anche dalla capacità di guardare in un'ottica translocale al problema della sofferenza sociale, secondo una indimenticata lezione gramsciana. E se la lettura non fosse bastata a cogliere il senso politico del volume e le sue ramificazioni transculturali, c'erano, da un lato, l'insegnamento di Clara Gallini, che metteva in programma *La terra del rimorso* con la *Storia della follia* di Foucault, apparsa anch'essa nel 1961 (Foucault M. 1963 [1961]), dall'altro gli straordinari quadri storico-religiosi delle lezioni di Alfonso Di Nola sui rituali di possessione e sulle diverse etnografie dello sciamanismo.

Appartenenze: un libro cult

Non me ne voglia il lettore per queste divagazioni, ma *La terra del rimorso* è qualcosa di più che un momento della nostra formazione scientifica e professionale, essa *appartiene* un po'anche a noi, antropologi italiani di terza o quarta generazione, o almeno a quegli antropologi meridionali "nipotini" di de Martino, poiché la sua lettura ha colto in pieno l'obiettivo riflessivo che il libro si proponeva fin dalle prime righe. E se appartiene anche a noi non ci si deve meravigliare se oggi il grande successo del libro corrisponde a una sua ampia diffusione parallela: sia in molti programmi accademici di formazione antropologica, sia in Salento, tra quanti sentono non solo il bisogno di leggerlo, ma spesso di parlarne e di scriverne, anche facendo uso di internet e dei forum di posta elettronica. Da qualche anno le librerie di Lecce vendono pile del volume *giallo*, ne espongono serie di copie nelle vetrine: il libro sta diventando nel Salento di oggi un vero e proprio *best seller*. Per questo il lettore, come dicevo, può cogliere forse qualche elemento utile in questa vicenda formativa personale e periferica se è interessato a comprendere perché questo volume, che già negli anni Ottanta,

per noi studenti universitari napoletani di antropologia, era un *cult*, la cui ricerca era resa più febbrile dalla sua assenza nelle librerie, sia poi negli ultimi anni diventato un vero e proprio fenomeno sociale, economico, politico e culturale nell'area da cui il suo racconto si era generato: la penisola salentina. Qui le "passioni" che fioriscono intorno alla lettura de *La terra del rimorso*, dibattuta vivacemente e quasi sempre con emozione e conflitti, non sono per nulla "celate", ma anzi esplodono vivissime e sopravanzano, nel dibattito, le motivazioni interpretative e scientifiche a vantaggio di quelle legate a un sentimento di appartenenza, a una forte passione identitaria e a complesse tattiche, strategie e interessi politico-culturali.

Come interpretare questa intensificazione della scrittura accademica e locale negli anni successivi alla riedizione de *La terra del rimorso*? E come orientarsi in una produzione libraria da parte di diversi gruppi o singoli intellettuali, che appare lanciata verso una vera e propria "guerra di libri" – e non solo, ma anche di dischi e di video – intorno al tarantismo?

Intanto non considerandolo un fatto isolato, né privo di spessore e di profondità storica, come a dire uno dei tanti fenomeni della cosiddetta post-modernità. La ricchezza della produzione di scrittura intorno al tarantismo è un dato evidente che emerge già dal mirabile commentario storico del volume demartiniano. Il tarantismo è un campo retorico fin dalla sua comparsa sulla scena intellettuale europea. La sua storia è anche, e forse soprattutto, storia di conflitti e di alleanze fra istituzioni potenti – la chiesa e la medicina –, a fronte di soggetti più deboli, i cui possibili discorsi antagonisti, critici, appaiono incorporati, come è appunto nel caso dei corpi delle tarantate possedute dal ragno. E anche la conflittualità che oggi nel campo intellettuale e politico salentino si sprigiona a partire dalle iniziative connesse in qualche modo alla memoria del tarantismo studiato da de Martino, è rintracciabile nei contrasti discorsivi che hanno visto fronteggiarsi nel corso dei secoli diverse figure di intellettuali: medici, ecclesiastici, folcloristi, viaggiatori, antropologi e studiosi locali. Nei loro scritti il tarantismo è sempre una retorica di costruzione e negoziazione del luogo, e quindi di una identità, che sia rivendicata o negata, esaltata o derisa.

Nel caso specifico di questo ultimo decennio, a partire dagli anni Novanta, si è assistito a una decisa ripresa del dibattito demartiniano nelle accademie italiane ma anche internazionali segnato anch'esso da momenti e tappe importanti: i saggi di Ioan Lewis su "Man" del 1991 (Lewis I.M. 1991) e di George Saunders su "American Anthropologist" nel 1993 (Saunders G. 1993), quest'ultimo prontamente tradotto in italiano con commenti sulla rivista "Ossimori"; il convegno del 1995 nel trentesimo della scomparsa di de Martino, con numerosi interventi di studiosi internazionali (cfr. Gallini C. - Massenzio M. curr. 1995); le riprese di "dialogo"con de Martino di Vittorio Lanternari (Lanternari V. 1995, 1997) e Luigi M. Lombardi Satriani (Lombardi Satriani L.M. 1996); le riletture demartiniane e lo sguardo critico sulle pratiche del tarantismo contemporaneo di Tullio Seppilli (Seppilli T. 1995, 1999) e Amalia Signorelli (Signorelli A. 1996; a Tullio Seppilli si deve anche l'aver ispirato la traduzione spagnola de *La terra del rimorso*, cfr. de Martino E. 1999 [1994, 1976, 1968, 1961]); l'avvio a cura di Clara Gallini di una importante opera di ordinamento degli archivi di de Martino, raccolti e custoditi dalla sua compagna Vittoria de Palma, che porterà alla pubblicazione di molti inediti; la produzione di complesse operazioni culturali, letterarie, cinematografiche, artistiche e antropologiche locali connesse a precise scelte di politica culturale da parte dei comuni salentini e di istituzioni quali la Provincia di Lecce e la Regione Puglia, che hanno portato alla fondazione di un "Istituto Diego Carpitella" che a sua volta pro-

muove un importante festival musicale di immediato successo denominato *La notte della taranta,* nel 1999 alla sua seconda edizione.

Questa ripresa di studio, passione e interesse ha prodotto dunque fino a oggi, dal punto di vista delle scritture, nuove edizioni dell'opera di de Martino, una ampia bibliografia accademica e molti contributi di studiosi locali salentini. Da segnalare ancora il dibattito, fra antropologia e psicoanalisi, motivato dalla pubblicazione del saggio di rilettura de *La terra del rimorso* di Mila Busoni (Busoni M. 1998), organizzato a Poggibonsi (provincia di Siena) da Fabio Dei e da lui curato e pubblicato su "Ossimori" (Dei F. 1998; cfr. anche Pizza G. 1998 e De Micco V. 1998). Nel quadro di un ampliamento della ricerca storica e antropologico-religiosa, già a suo tempo avviato da Alfonso Di Nola (Di Nola A.M. 1984a, 1984b) e da Angelo Turchini (Turchini A. 1987), condotto ora con nuove esplorazioni delle fonti storiche e mediche italiane ed europee sul tarantismo, sono apparsi numerosi saggi di diversi autori: i lavori di Gabriele Mina sul tarantismo medioevale e le sue interessanti connessioni con la melanconia (Mina G. 1997, 1998); le ricerche di Gino Di Mitri sul tarantismo e il pensiero medico in età moderna (Di Mitri G.L. 1994, 1995, 1996, 1998); un nuovo studio di Brizio Montinaro sulla genesi del culto di san Paolo a Malta (Montinaro B. 1996), con una interessante prefazione di Alfonso Di Nola (Di Nola A.M. 1996); la ripubblicazione della dissertazione del medico seicentesco Giorgio Baglivi (Baglivi G. 1999 [1695]), curata da Maurizio Merico, che vi antepone una sua introduzione con un tentativo di analisi della realtà contemporanea (Merico M. 1999). Al tema della *transe* e alla comparazione fra tarantismo e altri culti di possessione, è dedicato un volume collettaneo curato da Davide Ferrari De Nigris che pubblica gli atti del convegno organizzato a Genova nel 1995 nell'ambito del "Festival Musicale del Mediterraneo", il cui tema centrale è stato proprio un confronto comparativo sugli aspetti terapeutici della danza e della musica nei rituali di possessione (Ferrari De Nigris D. cur. 1997; per una riflessione critica su possessione e aspetti terapeutici nel tarantismo cfr. Pizza G. 1996, 1998). Altri editori salentini hanno in cantiere numerose nuove iniziative. Le edizioni Amaltea di Castrignano di Lecce annunciano un *E-book* su Cd-Rom di Caterina Ardillo su *Tarantismo tarantella etnorap. Metamorfosi e sincretismi nella cultura del Salento*, di cui è già apparso un estratto (Ardillo C. 1999). Si tratta di una tesi di laurea portata a termine presso il Dams di Bologna sotto la direzione di Gino Stefani. Le edizioni Besa di Nardò hanno inaugurato una nuova collana di testi diretta da Eugenio Imbriani e patrocinata dall'"Istituto Diego Carpitella" (l'istituzione che promuove il festival annuale *La notte della taranta*) denominata "Biblioteca di studi storici sul tarantismo", con un primo volume curato da Gino Di Mitri e dedicato alla riproposta di alcuni testi filosofici svedesi del Settecento sul tarantismo (Vallerius H. - Swedenborg E. - Kähler M. 1999). Un altro importante editore leccese, Piero Manni, ha pubblicato un volume di Maria Antonietta Epifani, musicista e studiosa di filosofia che vive e lavora a Ceglie Messapica: *Ematoritmi. La donna nella tradizione e nei canti dell'area messapica* (Epifani M.A. 1997), e un vero e proprio romanzo storico, tratto da una corrispondenza epistolare ottocentesca intorno al tarantismo, di Annibale Paloscia: *Storia saffica di Lucistella, di una giornalista inglese, di un ufficiale evirato e di una tarantola* (Paloscia A. 1998). Gino Bleve, editore di Tricase, ha ristampato un saggio del 1874 del medico di San Pietro in Lama (provincia di Lecce) Giuseppe De Masi (1835-1887), per la cura di Luigi Chiriatti (De Masi G. 1997 [1874]). Anche altri editori pugliesi fuori dal Salento hanno contribuito in questi anni ad arricchire la bibliografia sul tarantismo: Piero Lacaita Editore, che pubblica una commedia in dialetto di Manduria (provincia di Taranto), dal titolo *La tarantata*, di Leon Lacaita (1894-1969) (Lacaita L. 1998 [1936]), fratello del fondatore della

omonima tipografia, con un ampio saggio introduttivo di Rosario Jurlaro. Ancora a Manduria, le Edizioni AltaMarea ristampano il saggio del medico di Grottaglie (provincia di Taranto) Ignazio Carrieri (1862-1926), *Il tarantolismo pugliese* (Carrieri I. 1998 [1893]). Infine, al tarantismo osservato da un medico catalano in Spagna, a Estremadura, nell'estate del 1790, dedica uno di quei preziosi volumetti della collana "Il Divano", l'editore Sellerio di Palermo (Doménech y Amaya D.P.F. 1998 [1798]).

Dunque una produzione di scritti, ricca e ancora in crescita, si sviluppa sia nella filiera accademica sia in quella locale. Seguendo per interesse e per dovere professionale la produzione accademica e interessato alla lettura etnografica delle opere locali apparse negli ultimi cinque anni in Salento, mi è sembrato che queste due linee di sviluppo e di ripresa demartiniana non fossero del tutto autonome, cioè che la produzione accademica e quella locale fossero più intrecciate di quanto potesse sembrare. Il superamento di quella che Clara Gallini definì «una sorta di silenziosa *damnatio memoriae*» (Gallini C. 1977: XXIV) rispetto a de Martino e il riavvio del dibattito sul suo pensiero nell'ambito universitario italiano ed euroamericano, hanno coinciso, non casualmente, con la celebrazione della memoria etnografica di *Salento 1959* sulla scena locale: la produzione salentina di testi sul tarantismo, che proprio da una rilettura del classico demartiniano prendono le mosse, ne è una vivace testimonianza. D'altronde i libri "locali" non sono più chiusi nei confini del territorio, anzi essi, anche quando non pubblicati da editrici nazionali, sono ben visibili nelle librerie delle principali città italiane. Ma un'ulteriore avvertenza va data al lettore. I libri "locali" di cui parlo sono oggetti complessi, sono atti di produzione culturale attraverso i quali i loro autori si posizionano nel campo intellettuale e politico-culturale locale. Spesso si tratta di scrittori che sono anche artisti, musicisti, suonatori di tamburelli, nonché studiosi del territorio, o impegnati in organismi e istituzioni preposti alla promozione e conservazione dei beni culturali locali. Le forme espressive che essi scelgono, le loro "poetiche", sono fortemente intrise di un sentimento identitario che va oltre le questioni scientifiche e sopravanza la stessa forza autoetnografica dei testi, suscitando emozioni e passioni secondo dinamiche peraltro non estranee allo stesso dibattito scientifico e accademico intorno al ricordo e all'opera di Ernesto de Martino. Si tratta, in generale, di un fenomeno di produzione culturale che appare direttamente connesso all'effetto che la monografia demartiniana ha determinato sul suo stesso terreno di ricerca. Ma il lettore non troverà in questa rubrica un simile approfondimento analitico. Affronterò le necessarie esigenze di contestualizzazione etnografica di tali scritture in un prossimo contributo di ricerca, frutto di una inchiesta sulle retoriche del tarantismo e le politiche della cultura nel Salento contemporaneo che ho avviato nel 1998. In questo "panorama", invece, fedele allo spirito della rubrica, intendo solo fornire un sintetico resoconto critico di alcune opere sul tarantismo storico e contemporaneo apparse, o riapparse, negli ultimi cinque anni.

1994: tarantismo storico e retoriche identitarie

È l'anno, come dicevo, della ripubblicazione de *La terra del rimorso*. Una ripubblicazione salutata sul territorio salentino dal direttore della Biblioteca Provinciale di Lecce, Alessandro Laporta, come l'atteso ritorno della «"Bibbia" del tarantismo», come il segnale di avvio di un «fenomeno di forte incremento bibliografico» dovuto al «fatto [...] che la tarantola è una delle componenti più radicalmente attaccate all'anima salentina e fra le più indecifrabili: lo confermano quattro secoli di tradizione lettera-

ria, lo conferma l'apparente stato di sonno del ragno, interrotto da rapide ma significative pause, come dimostra questo libro» (Laporta A. 1997: 6-7). Il riferimento all' "anima salentina" già ci introduce nel cuore della questione identitaria, su cui si fonda la crescente fioritura di testi locali.

Nello stesso anno 1994 appaiono almeno altri cinque testi importanti: la riedizione del *Tarantolismo* di Francesco De Raho, per l'editore Sensibili alle Foglie (De Raho F. 1994 [1908]); il volume di Giorgio di Lecce, *La danza della piccola taranta. Cronache da Galatina 1908-1993. A memoria d'uomo*, per lo stesso editore (Di Lecce G. 1994); una nuova edizione a cura di Paolo Apolito delle *Lettere da una tarantata*, di Annabella Rossi, pubblicata da Argo, editrice di Lecce (Rossi A. 1994 [1970]; nel 1991 erano già apparsi gli scritti inediti di Rossi sul tarantismo campano cfr. Rossi A. 1991); l'*Intervista sul tarantismo* a Georges Lapassade, per le edizioni Madona Oriente di Maglie, in provincia di Lecce (Lapassade G. 1994ab); il volume *Tre santi e una campagna* di Giulietta Livraghi Verdesca Zain per Laterza, un saggio di memorie storiche ed etnografiche relative alla infanzia e alla giovinezza vissuta in Salento dall'Autrice; di particolare interesse e rilevanza per il tarantismo il capitolo dedicato a *Li carmàti ti Santu Paulu*, che offre molte informazioni sui saperi e le pratiche di incantamento dei serpenti da parte dei *Sampaulàri* (Livraghi Verdesca Zain G. 1994). Il 1994 è anche l'anno di uscita del film *Pizzicata* di Edoardo Winspeare, liberamente tratto da *La terra del rimorso*, da cui riprende alcuni tratti salienti usandoli per costruire uno stereotipo immaginario del mondo contadino salentino. Ma l'analisi di questo e altri film, documentari e di finzione, richiede una trattazione a parte che qui non svilupperò.

Si tratta di testi tra loro molto diversi, ma accomunati dal medesimo argomento e da alcune analogie nelle scelte editoriali. Innanzitutto l'attenzione che la casa editrice Sensibili alle Foglie mostra per i temi della *transe* e della possessione nasce dalla motivazione dichiarata di valorizzare, attraverso l'editoria, le scritture difficilmente commercializzabili, quelle di «manicomializzati, di ex manicomializzati, di carcerati, di ex carcerieri, di reclusi in universi, asylums, ospizi, istituzioni totali», come recita la terza di copertina. Tra i fondatori della cooperativa vi è Renato Curcio, che già si era interessato alla tematica della *transe* durante il periodo della sua carcerazione, con un saggio sulla possessione di Loudun (Curcio R. 1987). Una attenzione non casuale al tema del corpo in estasi che appare decisamente connessa alla esperienza fisica della detenzione e alla riflessione soggettiva su di essa. Non a caso la stessa casa editrice ha pubblicato nel 1998 un volume che fornisce documenti di ricerca sul confronto fra tarantismo e stati alterati di coscienza (Ampolo V. - Zappatore G. curr. 1998). Diversa invece la motivazione delle edizioni Argo di Lecce, editrice di livello nazionale ma che riserva una attenzione alla dimensione locale salentina e alle sue connessioni interculturali con il mondo balcanico. Il volume curato da Apolito si inserisce nella collana *Mnemosyne* diretta dall'antropologo napoletano Stefano de Matteis, collana a carattere prevalentemente antropologico che si affianca all'altra collana di cui Argo è titolare, quella dell'*Opera di Ernesto de Martino*, diretta da Clara Gallini, che nel 1995 ha avviato la pubblicazione in più volumi degli inediti demartiniani e di saggi su di essi (de Martino E. 1995a, 1995b, 1996; cfr anche de Martino E. 1997 [1941]). Darò ora, a conclusione di questo paragrafo, una lettura più approfondita di alcuni dei testi menzionati: De Raho, Lapassade e Di Lecce.

Il *Tarantolismo* di Francesco De Raho, il cui titolo completo è *Il tarantolismo nella superstizione e nella scienza,* è un volumetto di poco più di cento pagine, introdotto da una prefazione di Georges Lapassade e seguito da una intervista di Piero Fumarola,

Giorgio Di Lecce e Georges Lapassade alla Famiglia De Raho. All'interno la riedizione reca un esergo che recita *Omaggio a Francesco De Raho*, seguito nella pagina successiva da un ritratto fotografico del medico leccese. Qui la mente del lettore de *La terra del rimorso* non può non andare proprio alle parole di "omaggio" con cui de Martino chiudeva la prefazione del suo libro:

> «A Lecce rendemmo visita al barone Francesco de Raho, che nel lontano 1908 aveva battuto come medico le campagne del Salento studiando il tarantismo e meritando dalla gente l'appellativo di "medico dei tarantati". Questo vecchio gentiluomo, che mezzo secolo fa in questo estremo lembo di terra aveva cercato di mettere a profitto dei tarantati il sapere appreso sui libri di Charcot, di Gilles de la Tourette e di Pierre Janet, ci accolse amabilmente nella sua dimora patrizia, così piena di cose d'altri tempi: e la nostra visita volle essere un omaggio della nuova generazione alla vecchia, che coi mezzi di cui disponeva e con i problemi che furono suoi, aveva anch'essa onorevolmente lavorato sul campo» (DE MARTINO E. 1961: 15).

L'opera del De Raho rappresenta infatti per de Martino un esempio della tradizione di studi medici che si era distinta per aver ridotto il tarantismo a malattia, in particolare all'isteria, ma è anche un utile riferimento etnografico per avere un quadro del fenomeno nella provincia di Lecce tra la fine dell'Ottocento e i primi dieci anni del Novecento. La monografia di De Raho gli consente inoltre di elaborare, accanto alle opere dei medici dei secoli precedenti, e in base ai dati della spedizione del 1959, una tabella sulla prevalenza femminile: tra i venticinque casi descritti da De Raho solo uno è relativo a un maschio. Una prevalenza confermata dal campione di analisi demartiniano e assunta da de Martino quale indice della autonomia simbolica del tarantismo e della sua non riducibilità a malattia. Il volume di De Raho è inoltre preso come esempio dell'ultima testimonianza diretta della pratica rituale di tenersi sospesi a una fune pendente dal soffitto.

Come altre opere mediche precedenti, per de Martino la monografia del De Raho aveva avuto il merito di sottrarre il tarantismo ai temi della magia naturale, ma conservava il limite di inquadrarlo unicamente in una casistica clinica considerandolo riduttivamente come isteria, nel quadro delle teorie di Charcot. Una interpretazione che comunque aveva il merito di individuare nel morso del ragno una motivazione esclusivamente simbolica confermando quindi l'autonomia del tarantismo dal morso reale della tarantola. L'opera di De Raho assume importanza per de Martino nel momento in cui il medico leccese critica le interpretazioni del tarantismo come latrodectismo, in certo senso scagionando il ragno e il suo veleno che non sono più considerati come cause reali della malattia. Attraverso esperimenti condotti in laboratorio facendo morsicare da tarantole le cavie, De Raho non rilevò infatti conseguenze gravi e pertanto, quando la sua inchiesta si spostò sul terreno a osservare i casi reali, la sua interpretazione propese verso una teoria del carattere isterico del comportamento delle tarantate. Tuttavia, anche se la teoria dell'isteria è centrale nella parte teorica dell'opera di De Raho, le descrizioni dei "casi clinici" spesso si avvicinano per stile al rapporto etnografico e in qualche caso a una sensibilità interpretativa di tipo antropologico. Si può decisamente concordare con Eugenio Imbriani (IMBRIANI E. 1993: 312), il quale ha giustamente sottolineato l'originalità della posizione di De Raho in relazione allo scagionamento del ragno e al carattere socio-culturale, rituale e mimetico, del dispositivo terapeutico. Come scrive lo stesso De Raho:

> «Un individuo crede o pure effettivamente è morso dalla tarantola, è già convinto di quello che soffrirà, perché ha visto molti altri *compagni di sventura*, sa anche quello che *solo* gli resta a fare per guarire. Quindi idee preconcette, suggestione,

> credenze religiose, imitazione sono tutti equivalenti che favoriscono l'insorgere di fatti isterici» (De Raho F. 1994 [1908]: 81).

La ripubblicazione dell'opera di De Raho dunque consente di chiarire meglio l'omaggio, la critica e l'utilizzazione documentaria che de Martino fa di quel lavoro. Ma il volume di De Raho recentemente ripubblicato presenta, come dicevo, anche una introduzione di Georges Lapassade e, in appendice, un'intervista agli eredi del medico leccese che costituiscono scritti interessanti anche da altri punti di vista. L'intervista-conversazione fra Georges Lapassade, Piero Fumarola, Giorgio di Lecce, Maurizio Nocera, la figlia, il genero e i nipoti di De Raho, appare interessante per vari motivi. Intanto per la storia dei singoli intervistatori: l'antropologo francese Georges Lapassade, che negli anni Ottanta aveva agito sulla scena locale salentina attraverso un lavoro di cosiddetta "ricerca-azione", a carattere sperimentale e laboratoriale, con scelte di tipo teatrale e musicale, determinando una sorta di rilancio degli aspetti coreutico-musicali del tarantismo in chiave spettacolare; il sociologo Piero Fumarola, attento alle esperienze della *transe*, che aveva affiancato Lapassade in quella operazione culturale e di ricerca; Giorgio Di Lecce, a sua volta musicista, attore, studioso locale e autore del volume di cui parleremo fra poco; Maurizio Nocera, poeta e studioso del Salento. Gli intervistatori insistono molto sulla raccolta di elementi che consentano un confronto fra De Raho e de Martino, chiedono alla famiglia di De Raho notizie sull'incontro che il medico ebbe con l'etnologo, evocando la coincidenza della morte di De Raho con l'uscita de *La terra del rimorso* nell'estate del 1961, e il fatto che De Raho avesse bruciato tutti i suoi scritti. Se ad esempio Fumarola chiede alla figlia: «Ricorda quando bruciò i suoi lavori?», alla risposta «Verso il '59-'60», Giorgio di Lecce rilancia una domanda: «Prima o dopo l'incontro con de Martino?». E Fumarola aggiunge:«La sua fine è quasi coincidente con la venuta qui in Salento di de Martino, per cui sarebbe interessante sapere se i suoi appunti li bruciò in quel periodo». La risposta di Giovanna De Raho è «Sì, credo che furono bruciati dopo l'incontro». (De Raho F. 1994 [1908]: 115). Le carte bruciate di De Raho, diventano così il luogo ormai scomparso di un quadro di riferimento teorico predemartiniano, che sta molto a cuore agli intervistatori (Lapassade, Fumarola e Di Lecce in particolare), già impegnati in un'opera che si potrebbe definire di "de-demartinizzazione" del tarantismo salentino, da perseguire rivalutando uno studioso pre-demartiniano locale e autorevole, anche a costo di un certo revisionismo acritico che riabilita il riduzionismo medico contestualizzandolo nel periodo storico, secondo una *pietas* che, per rispetto e attenzione, anche lo stesso de Martino aveva adottato, nei toni cortesi della sua critica.

Georges Lapassade è anche il protagonista di un libro a più voci, *Intervista sul tarantismo*, che si apre con una introduzione di Cosimo Colazzo, il cui titolo della prima parte è tutto un programma: *Il ragno psichedelico di Lapassade*. Lo scritto di Colazzo è molto interessante per comprendere quella sorta di "inversione della tradizione" che Lapassade e il gruppo di operatori e studiosi che lo affiancarono, perseguirono nei primi anni Ottanta. A suo modo il saggio di Colazzo è un piccolo manifesto di un approccio allo studio del tarantismo e alla sua messa in azione pratica nella politica culturale salentina. Un approccio che potremmo definire essenzialista, antistorico e neoirrazionalista, che punta cioè a reificare il concetto di "cultura salentina", trasformando il tarantismo in una sorta di teoria mistica militante che accomuna la danza delle tarantate alla musica-danza *rap* contemporanea e al *rock* psichedelico degli anni Settanta. Secondo Colazzo «Georges Lapassade vede nel tarantismo la chiave d'accesso principale alla cultura salentina» (Colazzo C. 1994: 7). Una frase significativa che fa di questo libro uno dei primi prodotti culturali che negli anni Novanta tendono a

tradurre decisamente il discorso tarantistico in retorica della "salentinità" e costruzione ideologica di una "cultura del tarantismo". Come ogni poetica delle "origini" che si rispetti, ovviamente la strategia retorica che caratterizza questo discorso di costruzione della cultura del tarantismo è il *primordialismo*:

> «Bisogna apprendere e riconoscere, nelle figure della modernità, questa cultura ancestrale, e così riannodare i fili laddove si sono strappati, riaprire la strada dove si è interrotta, per poter continuare a parlare della salentinità come di una cultura autonoma, con sue peculiarità» (Colazzo C. 1994: 8).

Il programma è evidente, anche se appare piuttosto inquietante, poiché mostra i tratti più oscuri e integralisti di una certa finzione identitaria. Colazzo estremizza l'opera di Lapassade, radicalizzando in chiave essenzialista la sua esperienza salentina e il suo discorso su di essa, costruendo cioè una entità, o meglio una "cosa", quale appunto una presunta "cultura autonoma del tarantismo", secondo una dinamica che le antropologie delle politiche culturali definiscono con l'espressione: "oggettivazione culturale". In realtà i lavori di Lapassade si sono prestati a simili riletture essenzialiste tese a reificare il concetto di cultura e a proporre una identità salentina intesa come essenza intima, quasi un'"anima" astoricamente definita. Tale essenza intima sarebbe percepibile solo attraverso la *transe*, che diventa il fulcro di un'esperienza identitaria vissuta come mistica, perdendo ogni suo carattere critico di denuncia di uno stato di sofferenza e di rischio. Il capovolgimento dell'impostazione gramsciana demartiniana consiste appunto nel rovesciare la crisi della presenza in una agognata ricerca mistica di perdita della presenza stessa. La citazione che Colazzo sceglie dalla intervista a Lapassade è significativa:

> «Per Lapassade la transe non è isteria nel senso occidentale, medico e psichiatrico, del termine. È "trasmissione di un comportamento religioso che viene dalla Grecia o dagli arabi, è quindi un'etnocultura, è un fenomeno prettamente culturale, non programmato, o programmato dalla storia culturale"» (Colazzo C. 1994: 8-9; Lapassade G. 1994b: 158).

A parte la definizione di *transe*, qui si fa strada l'interpretazione *adorcistica* del tarantismo e la negazione del suo carattere *esorcistico*: l'interpretazione adorcistica, capovolgendo quella demartiniana, sottrae al rituale ogni connessione con la sofferenza sociale, ma anche esistenziale, e lo prepara non solo a essere assunto come tratto identitario positivo, ma anche come "gioiosa catarsi estatica", a forte valore estetico. Così, unificando interpretazione adorcistica e retorica identitaria, si gettano le basi perché la *transe* venga considerata una «importante figura simbolica che marca l'identità salentina in quanto aperta, fluttuante» (Colazzo C. 1994: 11). La reificazione in chiave culturale del tarantismo produrrebbe, secondo Colazzo, una identità "autonoma" ma, bontà sua, "aperta", perché sincretica e quindi plurale. In realtà l'antropologia oggi sa bene come da discorsi fondati su logiche essenzialiste scaturiscano sempre azioni escludenti, quand'anche essi si autodefiniscano, retoricamente, aperti e tolleranti. Non a caso tutto ciò si fonda su un curioso elogio del "non rigore" scientifico: Colazzo esalta Lapassade – per la verità non così colpevole – per la sua «metodologia non rigorosa, a maglie molto larghe, dove possono entrare molti stimoli e molte suggestioni» (Colazzo C. 1994: 18) contro la ricerca storica ed etnografica che non sarebbero in grado di andare oltre la rappresentazione del tarantismo, e quindi sarebbero incapaci di riproporlo come elemento vitale. Al contrario, una metodologia performativa, una ricerca-azione di tipo teatrale è in grado maggiormente, secondo Colazzo, di resuscitare il tarantismo, associando, a esempio, il sogno di una tarantata alla musica pop e psichedelica dei Pink

Floyd e rifiutando, per scelta consapevole, ogni riferimento realistico al tarantismo (Colazzo C. 1994: 32-33). Le ricerche storiche e antropologiche secondo Colazzo non servono più, perché seppelliscono il tarantismo, che a suo avviso deve invece essere rivitalizzato e risvegliato. Come? Ecco la ricetta:

> «Il tarantismo si risveglia così, non restaurandolo o conservandolo, bensì rivitalizzandolo nello shock di associazioni inattese e significative. Bisogna danzare col tarantismo, "farsi tarantati", entrare in una dimensione di transe, il che significa, poi, in una dimensione creativa e artistica» (Colazzo C. 1994: 19).

Fuori dalla storia e *Fuori dalla rappresentazione* sono i titoli di questi paragrafi, quasi a evocare una vulgata davvero minima di Nietzsche. Ma a ben vedere il programma pratico e teorico di questi intellettuali non potrebbe essere più chiaro. E la seconda parte del saggio di Colazzo è piuttosto interessante in quanto svela quali fossero le procedure di quelle iniziative di politica culturale tese a "rivitalizzare" le pratiche tarantistiche, considerandole tratti identitari da reiniettare sul territorio, avviate nei primi anni Ottanta. Il progetto del *Ragno del dio che danza* – una sorta di *ricerca del tarantismo perduto* – con le sue sfortunate vicende di finanziamenti mai arrivati, di cause in tribunale e in pretura, di conflitti intellettuali, artistici e politici intorno alle politiche culturali fra le varie istituzioni, e anche fra singoli individui, segnò profondamente sia le storie personali di alcuni protagonisti, sia più in generale il campo intellettuale locale. Osservata oggi, quella vicenda indica una nuova pista etnografica che mostra come le passioni e gli interessi che stanno dietro a concetti altisonanti, divini e misticheggianti siano in realtà sempre umani, a volte fin troppo.

Se l'introduzione di Colazzo e la conversazione con Lapassade danno al libro l'impronta appena descritta, altri contributi non mancano di fornire interessanti quadri storico-critici. Esempio brillante da questo punto di vista è il saggio di Eugenio Imbriani *Secoli di terapia* (Imbriani E. 1994). Con la consueta competenza e raffinatezza di ricerca e di scrittura, anche in questo breve saggio Imbriani offre spunti e suggestioni di notevole interesse: l'appassionata difesa della "innocenza del ragno" fa tutt'uno con l'esplorazione della questione dell'efficacia simbolica del tarantismo. Il focus su questo punto non manca di illuminare il duplice aspetto dell'"autonomia simbolica" del tarantismo così come fu intesa da de Martino: autonomia del simbolo "taranta" dalla zoologia e dalla medicina. Imbriani ripercorre la storia del simbolismo del ragno – questione peraltro non approfondita nel classico demartiniano – e ricostruisce le difficoltà tassonomiche contro le quali gli autori classici (medici e folcloristi e spesso medici-folcloristi) si scontrarono. E il quadro appare completo e particolarmente aggiornato, fino a confrontare la questione del simbolo della taranta con le teorie più recenti della corporeità, del sé e della persona che animano l'antropologia contemporanea. A Eugenio Imbriani dobbiamo inoltre anche un primo saggio del 1992 su *Ernesto De Martino nei pressi del rimorso* che riflette suggestivamente sui "rimorsi" teorici di de Martino, dal suo rapporto con Croce a quello con Pavese (Imbriani E. 1992). Più recentemente Imbriani ha curato una edizione critica di un'opera di folklore di un giudice leccese, Luigi Giuseppe De Simone (1835-1902), integrata con documenti inediti: *La vita della Terra d'Otranto con capitoli inediti* (De Simone L.G. 1997 [1876]). L'opera contiene, nel capitolo intitolato *Il ballo*, importanti informazioni sulla terapia coreutica domiciliare del tarantismo nell'Ottocento, solo in parte utilizzate da Ernesto de Martino. Questo libro consente inoltre di chiarire l'atteggiamento del giudice etnografo nei confronti delle tarantate così come traspare dalle sue scelte descrittive: atteggiamento molto più "indulgente", rileva Imbriani, di quello dei medici-folcloristi, che spesso cedevano a stigmatizzazioni forti e a volte insultanti.

Restando al volume *Intervista sul tarantismo*, oltre al saggio di Imbriani, e a quelli precedentemente descritti, il libro presenta uno scritto di Salvatore Colazzo su *Rap e tarantelle* (Colazzo S. 1994), un breve contributo di Gino Di Mitri sul tema spigoloso e controverso del rapporto fra orfismo e tarantismo (Di Mitri G.L. 1994), un confronto, fornito da Mario Blasi (Blasi M. 1994), con le teorie teatrali di Antonin Artaud, Jerzi Grotowski, Peter Brook ed Eugenio Barba, che hanno avuto una certa influenza nelle *élites* intellettuali salentine nei primi anni Ottanta. Un'appendice di *Letture*, chiusa da una intervista di Luigi Chiriatti al violinista-barbiere-terapeuta Luigi Stifani (Stifani L. 1994), e una serie di *Documenti* relativi ai progetti dell'operazione teatrale *Il ragno del dio che danza*, concludono il volume.

Il libro di Giorgio di Lecce *La danza della piccola taranta* raccoglie una ampia serie di saggi, articoli e interviste, legate dal filo comune dei riferimenti al tarantismo, sia a quello storico, sia alla memoria della spedizione demartiniana. Quello che colpisce maggiormente del libro però è questo secondo aspetto, la rappresentazione cioè della memoria etnografica di *Salento 1959*. La scena etnografica di *Salento 1959* figura nel volume di Di Lecce come mito fondante della stessa sua scrittura e come evento cui relazionarsi in chiave mimetica, *ripetendo*, in certo senso, o comunque *imitando* alcuni tratti salienti della ricerca e dell'opera demartiniana. Nel libro, infatti, figurano centralmente le due *dramatis personae* de *La terra del rimorso*, vale a dire Maria di Nardò e Luigi Stifani, la tarantata protagonista della monografia demartiniana, e del cinema successivo – qui intervistata da Di Lecce – , e il suo doppio: il violinista-barbiere-terapeuta, suo partner negli stessi documenti, che qui parla a lungo e in prima persona in una interessante intervista di Patrizia Caione (Caione P. 1994; ma cfr. anche Caione P. 1993). Una "coppia", quella Stifani - Maria, che Di Lecce cerca di ricongiungere nella economia del suo libro riservando loro due interviste che, alla mia lettura, appaiono centrali. Ma a trentacinque anni da quel 1959 le cose sono cambiate, e di molto, nonostante l'Autore pensi il contrario. È cambiato molto per Maria di Nardò, che aveva già subito negli anni successivi alla prima edizione de *La terra del rimorso* e alle divulgazioni nazionali, una sorta di stigmatizzazione pubblica. La sua figura, la sua foto di "tarantata" danzante vestita di bianco fece irruzione sulla scena nazionale, apparve nel cinema documentario, stampata sui rotocalchi come l'"Espresso" e sui quotidiani. Presa in una retorica giornalistica e divulgativa bramosa di esotismi prossimi all'eroticità dei corpi danzanti posseduti dal ritmo, Maria di Nardò vive una sorta di ribellione interiore che esplode quando nel 1978, a circa vent'anni dalla ricerca demartiniana, una équipe della Rai composta da Annabella Rossi, dal giornalista Claudio Barbati e dal regista Gianfranco Mingozzi, si mette di nuovo sulle sue tracce volendola intervistare in un programma destinato alla diffusione televisiva dal titolo *Profondo sud. Viaggio nei luoghi di Ernesto de Martino a vent'anni da Sud e magia* (Barbati C. - Mingozzi G. - Rossi A. 1978). In quel programma, grazie alla mediazione del suo medico, Rossi e Mingozzi intervistano Maria, che, come è visibile in immagini decisamente angoscianti, soffre visibilmente, fino a scappare via dalla scena lasciando l'obiettivo puntato nel vuoto e gridando, all'indirizzo di de Martino e dei suoi collaboratori:

> «Quelli erano tutti infami, per me. Per me sì, erano tutti infami!» (Barbati C. - Mingozzi G. - Rossi A. 1978: 143).

Non sappiamo se Maria abbia mai visto quel programma, ma il suo resta un *j'accuse* formidabile che capovolge la caricaturale intervista "etnografica" – che tale non era essendo destinata unicamente alla divulgazione televisiva e alla rappresentazione

della memoria etnografica dei suoi autori – e segnala il reale impatto della monografia demartiniana sui soggetti cui in fondo era dedicata, non senza gettare una nuova sfumatura, forse inaspettata, sul senso del termine "rimorso": sì, quella reazione di difesa, di silenzio, di protesta e di rifiuto di Maria di Nardò segnala il rimorso dell'antropologia italiana. A trentacinque anni dalla spedizione demartiniana e a sedici anni dal pellegrinaggio di Annabella Rossi per conto della Rai sulle tracce di de Martino, Giorgio di Lecce ancora cerca Maria di Nardò per intervistarla ed è come se egli, come accade in un film di Woody Allen (*La rosa purpurea del Cairo*), volesse entrare, personaggio reale, nella scena di un "mitico" film. Intervistare Maria di Nardò è come fare un salto indietro nel tempo, penetrare nella scena etnografica di *Salento 1959*, seguire le tracce di una propria identità, di un "farsi antropologo" sulle orme dell'antenato Ernesto de Martino. Ma stavolta Maria di Nardò non lo riceve, non gli apre neanche la porta. Solo risponde ai suoi tentativi con frasi brevi e distanti «*Ci sinti!? Ce buei!?*» [Chi sei? Cosa vuoi?!], «*Ma ci buliti? L'acqua te la pasta bolle. Aggiu scire*» [Ma cosa volete? L'acqua della pasta bolle, devo andare] (Di Lecce G. 1994: 244). E chiude la porta.

"Demartiniani" e "antidemartiniani" nella "Terra del rimorso"

Il testo di de Martino diventa nella letteratura locale un punto di riferimento, sia che lo si "imiti" sia che si cerchi di prenderne le distanze. In ogni caso esso resta un modello costante in tutte le forme locali di produzione del discorso sul tarantismo. Un esempio di un opposto atteggiamento nei confronti del classico demartiniano è dato da due testi apparsi rispettivamente nel 1995 e nel 1999. Il primo, di Luigi Chiriatti (Chiriatti L. 1995), ha avuto in questi anni uno straordinario successo di vendite e più ristampe da parte dell'editore. Il secondo, di Pierpaolo De Giorgi (De Giorgi P. 1999), appena pubblicato, è anch'esso destinato al successo di vendite, sia in libreria sia sulle "bancarelle" presenti in tutte le feste dell'estate salentina e in occasione delle numerose presentazioni organizzate in Salento e in altre città italiane. Assumo qui questi due testi come esempi opposti del confronto fra studiosi locali rispetto alla memoria della ricerca di Ernesto de Martino.

Il lavoro di Luigi Chiriatti *Morso d'amore* nasce da una tesi di laurea che egli decise di svolgere sui temi del tarantismo anche su suggerimento di Georges Lapassade e Maurizio Nocera. Nel quadro dell'operazione condotta in Salento nei primi anni Ottanta da Lapassade, la figura di Luigi Chiriatti si ritaglia uno spazio intellettuale originale. Il libro è un dialogo continuo con de Martino e con quanto la spedizione demartiniana ha rappresentato nel Salento. Il lavoro di Chiriatti, infatti, segue in maniera ispirata e a tratti mimetica la vicenda demartiniana, quasi rivivendola sulla propria persona, in una sorta di continua oggettivazione della propria esperienza e della propria memoria culturale che trova nei concetti, nei racconti, nei luoghi, nei personaggi e nelle figure de *La terra del rimorso*, degli ancoraggi per il trattamento narrativo della propria biografia. Il volume si apre con ricordi di infanzia, incentrati sulla figura di san Paolo presente nei giochi dei bambini. Un bestiario fantastico infantile, vissuto da tanti bambini in aree rurali come occasione ludica, viene a coincidere con il bestiario mitico e ambivalente del tarantismo: ragni, scorpioni, *scursuni* e altre serpi punteggiano un racconto che fonde la propria memoria di vita ai simboli del "morso" rituale della taranta. I suoi percorsi di esploratore e antropologo della propria cultura sono

narrati seguendo la forma espressiva di un suggestivo dialogo-sfida con san Paolo, giocato su una forte passione quotidiana, su un problematico sentimento di appartenenza che amplia a temi identitari l'enigma del "morso" e a tratti tocca i toni espressivi sofferenti di una sorta di possessione latente, ordinaria, dispersa nella quotidianità. La sua ricerca sul tarantismo viene autorappresentata come il tentativo di sfuggire al male del tarantismo, un esorcismo "scrittorio" sostituisce alla danza la produzione di un testo. È interessante questo aspetto, narrato da Chiriatti senza alcuna ritrosia. Così come appare sincera e gradita al lettore la cautela, diremmo la delicatezza, quasi il pudore, che Chiriatti mostra nell'attraversare i luoghi demartiniani, animato da un desiderio non solo di rispetto verso le persone sofferenti, già tormentate troppo dagli antropologi "del rimorso", ma anche verso Ernesto de Martino e la memoria di una scena etnografica che lo vide protagonista. Questo atteggiamento è evidente nel suo rapporto con Cristina, la tarantata con cui Chiriatti stabilisce un dialogo stretto e che sarà la protagonista di un suo film documentario prodotto nei primi anni Ottanta. Il libro di Chiriatti appare come un esempio di scrittura autoetnografica, un prodotto di antropologia locale nel quale operare una rievocazione della propria memoria culturale anche attraverso le suggestioni dell'opera demartiniana. Fra i lavori più recenti di Chiriatti si vedano la cura del già citato contributo di De Masi (De Masi A. 1997 [1874]) con una appendice in cui Chiriatti sceglie di pubblicare un interessante dossier sul caso del contadino di Uggiano La Chiesa (provincia di Lecce), morso da una tarantola nell'estate del 1996 e trovatosi suo malgrado al centro di un rinnovato dibattito fra medici, antropologi, studiosi locali e giornalisti. Il volume si chiude con un articolo di Sergio Torsello su san Paolo e il tema dell'immunità territoriale (Torsello S. 1997). Va ricordato, inoltre, che lo scorso anno 1998, Chiriatti ha dato alle stampe un nuovo libro nel quale tenta una rassegna storica dei gruppi musicali che hanno riproposto la musica del tarantismo e più in generale altri generi di musica popolare salentina dal 1970 al 1998 (Chiriatti L. 1998).

Il volume di Pierpaolo De Giorgi *Tarantismo e rinascita* è anch'esso a suo modo un testo autobiografico, nel senso che l'Autore ha dato alla espressione «Questo libro sono io», usata in apertura della presentazione del volume nella città di Perugia. Egli intendeva esplicitare così l'intima motivazione del volume, quella di una riscoperta delle proprie "origini" e della propria "identità" attraverso l'esplorazione di una "essenza intima" del tarantismo, nella quale riflettere se stesso. È da tale punto di vista che prendiamo in considerazione questo volume, cui dedicheremo in un prossimo scritto un più ampio spazio di riflessione, data la complessa manipolazione di simboli che ne caratterizza l'impianto. Il libro si dichiara decisamente "antidemartiniano", sostanzialmente negando l'approccio metodologico storicista, politico ed etnografico, de *La terra del rimorso*. Quella di De Giorgi è una ribellione alla connotazione di "Terra del rimorso", che egli intende sovvertire ridefinendo il Salento come "Terra della rinascita", espressione questa che tende verso una vera e propria retorica dell'esperienza mistica del tarantismo. In questa chiave il volume è in certo senso "cavalcato" da una introduzione del filosofo leccese Paolo Pellegrino (Pellegrino P. 1999) che sottrae la figura di de Martino all'antropologia contemporanea per ricollocare la querelle antidemartiniana in un vecchio dibattito sul mito fra storicisti e irrazionalisti. Una foga critica che fa incorrere il filosofo Pellegrino in una curiosa svista: volendo rimarcare, forse più del dovuto, l'influenza di Vittorio Macchioro su Ernesto de Martino – tema peraltro già più volte battuto da altri studiosi (Di Donato R. 1999) –, e volendo al tempo stesso criticare de Martino per aver negato tale influenza, Pellegrino scrive nella nota 4 a pagina 37 della sua introduzione «il nome e l'opera di Macchioro – che

pure è suocero di de Martino – risultano stranamente assenti ne *La terra del rimorso* che riduce l'orfismo alla mitica leggenda di Orfeo e Euridice [...]» (Pellegrino P. 1999: 37n.), il che è falso, poiché il nome e l'opera di Vittorio Macchioro sull'orfismo (Macchioro V. 1922) sono regolarmente citati da de Martino nella nota 62 alla pagina 277 de *La terra del rimorso* (de Martino E. 1961: 277n.).

Chiriatti e De Giorgi si pongono dunque su fronti diversi, una linea demartiniana e una linea antidemartiniana, che non corrispondono unicamente a scelte teoriche, metodologiche, scientifiche, ma anche a un differente modo di sentire e rappresentare l'emozione identitaria, il sentimento di appartenenza: se Chiriatti conserva nella rappresentazione del tarantismo l'intreccio con la sofferenza individuale, esistenziale, sociale ed economica che caratterizzava l'approccio gramsciano di de Martino, De Giorgi intende capovolgere tale interpretazione proponendo una identità fondata su origini mitiche, esplorate secondo le teorie delle corrispondenze simboliche e astrali di Marius Schneider (Schneider M. 1999 [1948]), un autore da lui preso a modello. È per questo che nei confronti dello stesso De Giorgi possono valere ancora oggi le parole che de Martino usava proprio nel criticare Schneider:

> «La verifica delle ipotesi di lavoro, la metodica esclusione delle altre ipotesi possibili, il paziente e minuto processo di oggettivazione che difende dal privato sentire e dalle immediate proiezioni dell'inconscio personale, non stanno per lo Schneider al centro della ricerca: sembra anzi che l'autore ingaggi addirittura una sorta di gara mitopoietica col tarantismo storico, continuandone la produttività simbolica, e integrandola con un sistema di corrispondenze cosmiche tratte dal fondo insindacabile della propria anima» (de Martino E. 1961: 268).

D'altronde, come ricorda ancora de Martino, Schneider non ebbe mai occasione di osservare il tarantismo "sul campo".

Come si vede già dall'analisi "panoramica" di questi volumi, il campo intellettuale salentino promette per i prossimi anni confronti e conflitti complessi che, espressi attraverso una pubblicistica locale, trovano punti di contatto con la ricerca accademica, sia nei termini della riflessione concettuale sia in quelli della passione identitaria – locale e accademica – connessa al ricordo di de Martino. Ad esempio la rivalutazione estetica del tarantismo, il suo sganciamento dalle tematiche sociali della sofferenza e della subalternità, oltre a svilupparsi nella reinterpretazione della *transe* o addirittura nel capovolgimento neoirrazionalistico del significato del rituale, si fonda, come esplicitamente fa De Giorgi, anche su reinterpretazioni scientifiche accademiche tra cui, a esempio, quella di Paolo Apolito che, introducendo la nuova edizione delle *Lettere da una tarantata* di Annabella Rossi, considera gli aspetti della sofferenza e della miseria come tratti di una costruzione dell'incontro etnografico che avrebbe caratterizzato l'opera di de Martino, e che le *Lettere* invece consentirebbero di smascherare, offrendo spunti per una rilettura della dimensione estetica e ludica del fenomeno, ingiustamente considerata irrilevante dall'etnografia demartiniana. Apolito sottolinea:

> «un aspetto di gara, di competizione, di piacere di primeggiare, infine di dimensione estetica, che pur c'è, ma che non viene sufficientemente richiamato, perché considerato irrilevante, rispetto alle dimensioni della malattia e della sofferenza, e che invece renderebbe più ampio l'orizzonte di interpretazione del tarantismo. [...] Non è ingiustificato supporre che questa versione rispondesse perfettamente al modello interpretativo generale di de Martino dei fenomeni di religiosità popolare meridionale e cioè al "dramma della presenza". Non sarà un caso che de Martino non ha ritenuto granché degno di attenzione scientifica il Carnevale [...]. La "tran-

> sazione costruttiva" dell'incontro etnografico ha forse finito col costruire un "effetto di realtà" del tarantismo come esclusivo mondo di miseria e sofferenza» (Apolito P. 1994: 52-53).

Una riflessione che viene riletta e interpretata da Pierpaolo De Giorgi, il quale raccoglie la critica antropologica di Apolito a de Martino per sottolineare la dimensione artistica del tarantismo, negando del tutto l'aspetto di sofferenza di cui esso è intriso e giungendo infine a valutare positivamente, in chiave metafisica, il carattere "sacro" della malattia:

> «Forse anche a causa del suo grande amore per le classi povere e oppresse, e del suo altrettanto forte desiderio di intervenire per operare un mutamento sociale, Ernesto De Martino non ha valutato a sufficienza la grande portata positiva del fenomeno. [...] La malattia è sacra perché soltanto con l'apertura della porta del cielo, cioè con l'irruzione del sacro nella quotidianità e con la compresenza degli opposti, e quindi con la comunione di mondo fisico e mondo metafisico, di mondo dei vivi e mondo dei morti, è possibile ottenere la guarigione, la rinascita, il trionfo sistematico della vita» (De Giorgi P. 1999: 204).

È, in fondo, quello che accade *when they read what we write*, come recita il titolo di un libro statunitense del 1993 (Brettel C.B. cur. 1993) in cui vari autori si interrogano sulle reazioni prodotte dalla lettura delle proprie monografie nei luoghi in cui l'etnografia è stata condotta.

La terra del rimorso continua a scatenare passioni sia nel campo scientifico dell'antropologia italiana – tutti i maestri dell'antropologia italiana si sono cimentati nella riflessione sul tarantismo, e tutte le generazioni di studiosi e studenti hanno lavorato intorno a questo "classico" – sia sul terreno salentino. In un prossimo lavoro su questa rivista cercherò di confrontare gli usi della memoria del nostro "padre fondatore" nell'ambito della cultura accademica e in quella locale.

Riferimenti bibliografici

Ampolo Vincenzo - Zappatore Guglielmo (curatori) (1999), *Musica, droga & trance. Materiali di ricerca*, presentazione di Piero Fumarola, Sensibili alle Foglie, Roma.

Apolito Paolo (1994), *«E sono rimasta come lisolo a mezzo a mare»*, pp. 7-76, in Rossi Annabella, *Lettere da una tarantata*, con una nota linguistica di Tullio De Mauro, nuova edizione a cura di Paolo Apolito, Argo, Lecce. n

Ardillo Caterina (1999), *Tarantismo tarantella etnorap. Metamorfosi e sincretismi nella cultura del Salento,* estratto da E-book, Cd-rom, Amaltea Edizioni, Castrignano dei Greci (Provincia di Lecce).

Baglivi Giorgio (1999 [1695]), *De tarantula. Dissertatio VI. De anatome, morsu & effectibus tarantulae.1695. Nella traduzione di Raimondo Pellegrini,* a cura di Maurizio Merico, Edizioni Aramirè, Calimera (provincia di Lecce).

Barbati Claudio - Mingozzi Gianfranco - Rossi Annabella (1978), *Profondo Sud. Viaggio nei luoghi di Ernesto de Martino a vent'anni da Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.

Blasi Mario (1994), *Il teatro del sogno*, pp. 185-205, in Lapassade Georges, *Intervista sul tarantismo*, con interventi di Cosimo Colazzo, Eugenio Imbriani, Salvatore Colazzo, Gino L. Di Mitri, Mario Blasi, Madona Oriente, Maglie (provincia di Lecce).

Brettel Caroline B. (1993), *When they read what we write. The politics of ethnography*, Bergin & Garvey, Weaport (Connecticut) - London.

Busoni Mila (1998), *Tarantismo: "fenomeno religioso minore" o orizzonte culturale di riscatto della presenza? Note a margine su La terra del rimorso di E. de Martino,* "Ossimori. Periodico di antropologia e scienze umane", n. 9-10, luglio-dicembre 1997- gennaio-giugno 1998, pp. 15-22.

Caione Patrizia (candidata), Papa Cristina (relatore) (1993), *Saperi naturalistici locali sugli animali "velenosi" in Salento*, 2 voll., tesi di laurea, Dipartimento di studi glottoantropologici, Università degli studi di Roma "La Sapienza", 1993 [non pubblicata].

Caione Patrizia (1994), *Addhu te pizzicau la tarantella. Sutta lu giru giru de la gunnella* [intervista a Luigi Stifani] , pp. 161-177, in Di Lecce Giorgio, *La danza della piccola taranta. Cronache da Galatina (1908-1997). A memoria d'uomo*, Sensibili alle Foglie, Roma.

Carrieri Ignazio (1998 [1893]), *Il tarantolismo pugliese*, a cura di Rosario Quaranta, presentazione di Ciro De Roma, Edizioni AltaMarea, Manduria (provincia di Taranto) [ediz. orig.: estratto dal giornale medico "Gl'Incurabili", anno VIII, Stabilimento Tipografico dell'Ancora, Napoli, 1893].

Chiriatti Luigi (1995), *Morso d'amore. Viaggio nel tarantismo salentino*, Capone Editore, Lecce.

Chiriatti Luigi (1998), *Opillopillopiopillopillopà. Viaggio nella musica popolare salentina 1970-1998*, Edizioni Aramirè, Calimera (provincia di Lecce).

Colazzo Cosimo (1994), *Introduzione*, pp. 7-77, in Lapassade Georges, *Intervista sul tarantismo*, con interventi di Cosimo Colazzo, Eugenio Imbriani, Salvatore Colazzo, Gino L. Di Mitri, Mario Blasi, Madona Oriente, Maglie (provincia di Lecce).

Colazzo Salvatore (1994), *Rap e tarantelle*, pp. 163-173, in Lapassade Georges, *Intervista sul tarantismo*, con interventi di Cosimo Colazzo, Eugenio Imbriani, Salvatore Colazzo, Gino L. Di Mitri, Mario Blasi, Madona Oriente, Maglie (provincia di Lecce).

Curcio Renato (1987), *Il diavolo scrivente*, pp. 65-93, in Pasquinelli Carla (curatore), *Il corpo tra natura e cultura*, "Problemi del Socialismo", n. 11, 1987.

De Giorgi Pierpaolo (1999), *Tarantismo e rinascita. I riti musicali e coreutici della pizzica-pizzica e della tarantella*, Argo, Lecce.

Dei Fabio (1998), *Il tarantismo fra antropologia e psicoanalisi*, "Ossimori. Periodico di antropologia e scienze umane", n. 9-10, luglio-dicembre 1997 - gennaio-giugno 1998, pp. 22-30.

De Martino Ernesto (1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano [II ediz.: Il Saggiatore di Alberto Mondadori Editore, Milano, 1968; III ediz.: con una introduzione di Giuseppe Galasso, Il Saggiatore, Milano, 1976; IV ediz.: Il Saggiatore, Milano, 1994].

De Martino Ernesto (1995a), *Storia e metastoria. I fondamenti di una teoria del sacro*, introduzione (*La problematica storico-religiosa di Ernesto de Martino: il rimosso e l'inedito*) e cura di Marcello Massenzio, Argo, Lecce (L'opera di Ernesto de Martino, 1).

De Martino Ernesto (1995b), *Note di campo. Spedizione in Lucania, 30 Sett. - 31 Ott. 1952*, edizione critica a cura di Clara Gallini, Argo, Lecce (L'opera di Ernesto de Martino, 2).

De Martino Ernesto (1996), *L'opera a cui lavoro. Apparato critico e documentario alla "Spedizione etnologica" in Lucania*, edizione critica a cura di Clara Gallini, Argo, Lecce (L'opera di Ernesto de Martino, 3).

De Martino Ernesto (1997 [1941]), *Naturalismo e storicismo nell'etnologia*, introduzione (*La tradizione dell'Occidente e il paradosso del primitivo: dall'etnologia storicista ai poteri magici*) e cura di Stefano De Matteis, Argo, Lecce (L'opera di Ernesto de Martino, 4) [ediz. orig.: Laterza, Bari, 1941].

De Martino Ernesto (1999 [1994, 1976, 1968, 1961]), *La tierra del remordimiento*, traduz. dall'italiano di Juan Vivanco, ediz. rivista e coordinata da Rosario Otegui Pascual, Edicions Bellaterra, Barcelona [tradotta dalla ediz. italiana: *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano, 1994 / ediz. orig.: Il Saggiatore, Milano, 1961].

De Masi Giuseppe (1997 [1874]), *Tarantismo. Un saggio di Giuseppe De Masi - 1874*, a cura di Luigi Chiriatti, Gino Bleve Editore, Tricase (provincia di Lecce) [ediz. orig.: *Sul tarantolismo. Lettera ad un amico*, "Gazzetta Medica delle Puglie" [Bari], anno V, gennaio-maggio 1874, pp. 25-40].

De Micco Virginia (1998), *Ripensare il tarantismo o l'isteria? Note sull'articolo di Mila Busoni*, "Ossimori. Periodico di antropologia e scienze umane", n. 9 -10, luglio-dicembre 1997 - gennaio-giugno 1998, pp. 39-43.

De Raho Francesco (1994 [1908]), *Il tarantolismo nella superstizione e nella scienza*, introduzione di Georges Lapassade, Sensibili alle Foglie, Roma [ediz. orig.: Lecce, 1908].

De Simone Luigi Giuseppe (1997 [1876]), *La vita della Terra d'Otranto con capitoli inediti*, a cura di Eugenio Imbriani, Edizioni del Grifo, Lecce [ediz. orig.: "Rivista Europea", anno VII, vol. II, pp. 67-86, pp. 559-572; anno VII, vol. III, pp. 341-352; anno VII, vol. IV, pp. 507-528].

Di Donato Riccardo (1999), *I Greci selvaggi. Antropologia storica di Ernesto de Martino*, Manifestolibri, Roma.

Di Lecce Giorgio (1994), *La danza della piccola taranta. Cronache da Galatina (1908-1997). A memoria d'uomo*, Sensibili alle Foglie, Roma.

Di Mitri Gino L. (1994), *Orfani di Orfeo*, pp. 175-184, in Lapassade Georges, *Intervista sul tarantismo*, con interventi di Cosimo Colazzo, Eugenio Imbriani, Salvatore Colazzo, Gino L. Di Mitri, Mario Blasi, Madona Oriente, Maglie (provincia di Lecce).

Di Mitri Gino L. (1995), *La terra del rimosso. Tarantismo e medicina nell'area galatinese in età moderna*, "Bollettino Storico di Terra d'Otranto" [Congedo Editore, Galatina (provincia di Lecce)], n. 5, 1995, pp. 221-229.

Di Mitri Gino L. (1996), *Le radici orfiche e l'innesto paolino sul tronco del tarantismo. Ipotesi e indizi per un'archeologia del sapere*, pp. 87-96, in *Studi in onore di Feliciano Argentina*, Congedo Editore, Galatina (provincia di Lecce).

Di Mitri Gino L. (1998), *Il bacio dell'uomo ragno. Contributi per una decifrazione del tarantismo*, "Lu Lampiune. Quadrimestrale di Cultura Salentina", anno XIV, n. 3, 1998, pp. 97-100.

Di Nola Alfonso Maria (1984a), *Tradizioni popolari religiose in Puglia* (I parte), "SudPuglia. Rassegna trimestrale della Banca Popolare Sud Puglia" (Matino, provincia di Lecce), anno X, n. 2, giugno 1984, pp. 107-116.

Di Nola Alfonso Maria (1984b), *Tradizioni popolari religiose in Puglia* (II parte), "SudPuglia. Rassegna trimestrale della Banca Popolare Sud Puglia" (Matino, provincia di Lecce), anno X, n. 3, settembre 1984, pp. 103-110 [con una rilettura del tarantismo al paragrafo *La rivisitazione dei luoghi demartiniani*, pp. 105-107].

Di Nola Alfonso Maria (1996), *Prefazione*, pp. 11-14, in Montinaro Brizio, *San Paolo dei serpenti. Analisi di una tradizione*, Sellerio, Palermo.

Doménech y Amaya don Pedro Francisco (1998 [1798]), *Indagine su un uomo morso dalla tarantola*, traduz. dallo spagnolo di Livia Apa, introduzione di Loretta Frattale, Sellerio Editore, Palermo [ediz. orig.: *Observación de un picado por la tarántula*, Memorias de la Real Accademia Médico Práctica de la Ciudad de Barcelona, Imprenta Real, Madrid, 1798].

Epifani Maria Antonietta (1997), *Ematoritmi. La donna nella tradizione e nei canti dell'area messapica*, Piero Manni Editore, Lecce.

Ferrari De Nigris Davide (curatore) (1997), *Musica, rito e aspetti terapeutici nella cultura mediterranea*, Erga Edizioni, Genova [atti del Convegno "Musica, rito e aspetti terapeutici nella cultura mediterranea", nel quadro del "Festival musicale del Mediterraneo", Genova, 1995].

Foucault Michel (1963 [1961]), *Storia della follia*, traduz. dal francese di Franco Ferrucci, Rizzoli, Milano [ediz. orig.: *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris, 1961].

Gallini Clara (1977), *Introduzione*, pp. IX-XCIII, in de Martino Ernesto, *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, a cura di Clara Gallini, Einaudi, Torino.

Gallini Clara - Faeta Francesco (curatori) (1999), *I Viaggi nel Sud di Ernesto de Martino*, fotografie di Arturo Zavattini - Franco Pinna - Ando Gilardi, Bollati Boringhieri Editore, Torino.

Gallini Clara - Massenzio Marcello (curatori) (1997), *Ernesto De Martino nella cultura europea* [atti del Convegno "Ernesto De Martino nella cultura europea", Roma, 29 novembre - Napoli, 2 dicembre 1995], Liguori, Napoli.

Gramsci Antonio (1991 [1930]), *La questione meridionale*, Editori Riuniti, Roma [ediz. orig.: *Alcuni temi della quistione meridionale*, "Stato Operaio", anno IV, n. 1, gennaio 1930].

Imbriani Eugenio (1992), *Ernesto De Martino nei pressi del rimorso*, pp. 25-65, in Imbriani Eugenio, *Notizie false strane guarigioni. Folklore e storia*, Madona Oriente, Maglie (provincia di Lecce).

Imbriani Eugenio (1993), *Ancora sul tarantismo. Un anno di tarantole e serpenti*, "Annali della Facoltà di Lettere e Filosofia. Università degli Studi di Lecce", anno accademico 1992-1993, Edizioni Ermes, Lecce.

Imbriani Eugenio (1994), *Secoli di terapia*, pp. 79-100, in Lapassade Georges, *Intervista sul tarantismo*, con interventi di Cosimo Colazzo, Eugenio Imbriani, Salvatore Colazzo, Gino L. Di Mitri, Mario Blasi, Madona Oriente, Maglie (provincia di Lecce).

Lacaita Leon (1998 [1936]), *La tarantata. Commedia in tre atti in dialetto manduriano*, a cura di Rosario Jurlaro, con due saggi introduttivi di Rosario Jurlaro sull'autore, l'opera, il tarantolismo, Piero Lacaita Editore, Manduria (provincia di Taranto) [ediz. orig.: Manduria, 1936].

Lanternari Vittorio (1995), *Tarantismo: dal medico neopositivista all'antropologo, alla etnopsichiatria di oggi*, "Storia, Antropologia e Scienze del Linguaggio", anno X, fascicolo 3, settembre-dicembre 1995, pp. 67-92 [nuova ediz.: pp. 141-161, in Lanternari Vittorio, *Antropologia religiosa. Etnologia, Storia, Folklore*, Dedalo, Bari, 1997].

Lanternari Vittorio (1997), *Tarantismo rivisitato e ripensato. Dalla psicosi collettiva all'antropologia simbolica, all'etnopsichiatria,* pp. 217-235, in Lanternari Vittorio, *La mia alleanza con Ernesto de Martino e altri saggi post-demartiniani,* Liguori, Napoli.

Lapassade Georges (1994a), *Intervista sul tarantismo*, con interventi di Cosimo Colazzo, Eugenio Imbriani, Salvatore Colazzo, Gino L. Di Mitri, Mario Blasi, Madona Oriente, Maglie (provincia di Lecce).

Lapassade Georges (1994b), *L'incubo della tarantata. Conversazione con Georges Lapassade*, casa di Salvatore Colazzo, alla presenza di Salvatore Colazzo, Mario Blasi, Fulvio Palese, Vito D'Armento, Mimma Muci e Georges Lapassade, Melpignano (provincia di Lecce) 27 aprile 1994, pp. 101-161, in Lapassade Georges, *Intervista sul tarantismo*, con interventi di Cosimo Colazzo, Eugenio Imbriani, Salvatore Colazzo, Gino L. Di Mitri, Mario Blasi, Madona Oriente, Maglie (provincia di Lecce).

Laporta Alessandro (1997), *Presentazione*, pp. 5-7, in De Masi Giuseppe, *Tarantismo. Un saggio di Giuseppe De Masi - 1874*, a cura di Luigi Chiriatti, Gino Bleve Editore, Tricase (provincia di Lecce).

Levi Carlo (1945), *Cristo si è fermato a Eboli,* Einaudi, Torino.

Lévi-Strauss Claude (1960 [1955]), *Tristi Tropici*, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Tristes Tropiques*, Plon, Paris, 1955].

Lewis Ioan M. (1991), *The spider and the pangolin*, "Man. The Journal of the Royal Anthropological Institute", nuova serie, vol. 26, n. 3, settembre 1991, pp. 513-525.

Livraghi Verdesca Zain Giulietta (1994), *Tre santi e una campagna. Culti magico-religiosi nel Salento fine Ottocento*, Laterza, Roma - Bari.

Lombardi Satriani Luigi Maria (1996), *Rimorsi demartiniani*, "Studi e Materiali di Storia delle Religioni", vol. 62, n. XX, 1-2, 1996, pp. 279-286.

Macchioro Vittorio (1922), *Zagreus*, Vallecchi, Firenze.

Merico Maurizio (1999), *Tarantula, tarantella. Gli studi sul tarantismo e il rinnovato interesse per la musica popolare nel Salento,* pp. 3-27, in Baglivi Giorgio, *De tarantola. Dissertatio VI. De anatome, Morsu & effectibus tarantulae. 1695. Nella traduzione di Raimondo Pellegrini,* a cura di Maurizio Merico, Edizioni Aramirè, Calimera (provincia di Lecce).

Mina Gabriele (1997), *Se la taranta è sorda. Un aspetto inconsueto del tarantismo pugliese,* pp. 119-126, in Ferrari De Nigris Davide (curatore), *Musica, rito e aspetti terapeutici nella cultura mediterranea,* Erga Edizioni, Genova.

Mina Gabriele (1998), *Veleno e melanconia. Un'inedita testimonianza trecentesca sul tarantismo mediterraneo*, "Soma. Interazioni terapeutiche e antropologia medica", n. 3, 1998, pp. 8-20.

Montinaro Brizio (1996), *San Paolo dei serpenti. Analisi di una tradizione*, prefazione di Alfonso Maria Di Nola, Sellerio, Palermo.

Paloscia Annibale (1998), *Storia saffica di Lucistella, di una giornalista inglese, di un ufficiale evirato e di una tarantola*, Piero Manni Editore, Lecce.

Pasolini Pier Paolo (1957), *Le ceneri di Gramsci*, Garzanti, Milano.

Pellegrino Paolo (1999), *Saggio introduttivo. Dopo Schneider e De Martino: le nuove prospettive di ricerca sul mito e sul tarantismo*, pp. 7-44, in De Giorgi Pierpaolo, *Tarantismo e rinascita. I riti musicali e coreutici della pizzica-pizzica e della tarantella*, Argo, Lecce.

Pizza Giovanni (1996), *Sulla "possessione europea"*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 261-284.

Pizza Giovanni (1998), *Ancora de Martino*, "Ossimori. Periodico di antropologia e scienze umane", n. 9-10, luglio-dicembre 1997 - gennaio-giugno 1998, pp. 38-39.

Rossi Annabella (1991), *E il mondo si fece giallo. Il tarantismo in Campania*, introduzione (*Mezzogiorno come un amore*) di Luigi M. Lombardi Satriani, con saggi di Patrizia Ciambelli, Aurora Milillo, Elisabetta Di Marino, Qualecultura, Vibo Valentia - Jaca Book, Milano.

Rossi Annabella (1994 [1970]), *Lettere da una tarantata*, con una nota linguistica di Tullio De Mauro, nuova edizione a cura di Paolo Apolito, Argo, Lecce [ediz. orig.: De Donato Editore, Bari, 1970].

Saunders George R. (1993), *"Critical ethnocentrism" and the ethnology of Ernesto De Martino*, "American Anthropologist", vol. 95, n. 4, dicembre 1993, pp. 875-893 [ediz. italiana: *L'etnocentrismo critico e l'etnologia di Ernesto de Martino*, traduz. dall'inglese, "Ossimori. Periodico di antropologia e scienze umane", n. 7, 1995, pp. 59-92].

Schneider Marius (1999 [1948]), *La danza delle spade e la tarantella. Saggio musicologico, etnografico e archeologico sui riti di medicina*, traduzione e cura di Pierpaolo De Giorgi, Argo, Lecce [ediz. orig.: *La danza de espadas y la tarantela. Ensayo musicológico, etnográfico y arqueológico sobre los ritos medicinales*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Instituto Español de Musicología, Barcelona, 1948].

Scotellaro Rocco (1964), *L'uva puttanella. Contadini del Sud*, introduzione di Carlo Levi, Laterza, Bari.

Seppilli Tullio (1995), *Ernesto de Martino e la nascita dell'etnopsichiatria italiana*, "Storia, Antropologia e Scienze del Linguaggio", anno X, fascicolo 3, settembre-dicembre 1995, pp. 147-156.

Seppilli Tullio (1999), *La terra del rimorso. Il tarantismo e le sue terapie coreutico-musicali tradizionali in terra di Puglia*, conferenza tenuta all'Università degli studi di Perugia, 26 febbraio 1999, nel quadro di "Etnica 99. Musica popolare internazionale a confronto", Perugia - Bastia Umbra, 26 febbraio - 22 aprile 1999.

Signorelli Amalia (1996), *Il tarantismo... che purtroppo non c'è più*, "Studi e Materiali di Storia delle Religioni", vol. 62, n. XX, 1-2, 1996, pp. 591-598.

Stifani Luigi (1994), *Intervista a Luigi Stifani, barbiere, suonatore di Nardò* [intervista raccolta da Luigi Chiriatti], pp. 235-247, in Lapassade Georges, *Intervista sul tarantismo*, con interventi di Cosimo Colazzo, Eugenio Imbriani, Salvatore Colazzo, Gino L. Di Mitri, Mario Blasi, Madona Oriente, Maglie (provincia di Lecce) [ediz. orig. dell'intervista: "Caffè Greco" [Lecce], maggio 1981, pp. 20-26].

Torsello Sergio (1997), *Alessano: La leggenda di San Paolo*, pp. 60-70, in De Masi Giuseppe, *Tarantismo. Un saggio di Giuseppe De Masi - 1874*, a cura di Luigi Chiriatti, Gino Bleve Editore, Tricase (provincia di Lecce) [ediz. orig. del volume: De Masi Giuseppe, *Sul tarantolismo. Lettera ad un amico*, "Gazzetta Medica delle Puglie" [Bari], anno V, gennaio-maggio 1874, pp. 25-40].

Turchini Angelo (1987), *Morso, morbo, morte. La tarantola fra cultura medica e terapia popolare*, Franco Angeli, Milano.

Vallerius Harald - Swedenborg Emanuel - Kähler Mårten (1999), *La tarantola iperborea. Scrittori del Settecento svedese sul tarantismo*, con un saggio introduttivo di Gino L. Di Mitri, Besa, Nardò (provincia di Lecce) (Biblioteca di studi storici sul tarantismo, 1).

02. Istituzioni

In questa sezione dell'Osservatorio vengono pubblicate brevi schede informative sulle istituzioni che lavorano stabilmente nel campo dell'antropologia medica o in campi direttamente correlati: istituti, dipartimenti e altre strutture di ricerca, di formazione o di servizio, gruppi di lavoro e società scientifiche, musei, biblioteche e altri centri di documentazione, o anche periodici specializzati. Al termine di ciascuna scheda vengono forniti gli estremi dell'istituzione pesentata affinché il lettore possa eventualmente stabilire con essa un contatto diretto.

Istituto per le ricerche e gli studi sull'emarginazione sociale e culturale (Irsesc).

L'isola di San Servolo, il suo ospedale e una fondazione per la storia della follia

Giampaolo Storti

docente e coordinatore per il tirocinio presso i corsi biennali di formazione per operatori addetti all'assistenza, Ufficio formazione, Amministrazione degli istituti di ricovero ed educazione (Ire), Venezia.

Ospedali e povertà nell'Ancien Régime

Gli studi sull'organizzazione statuale dell'Ancien Régime ci informano che essa era articolata attorno a tre assi: l'amministrazione, il re e le famiglie [1]. Anche Venezia e la sua Serenissima Repubblica rispettano questa articolazione. Dall'inizio del Settecento gli spazi istituzionali per i pazzi nella organizzazione assistenziale della repubblica veneziana sono riservati ai nobili, i quali venivano ricoverati con il proprio servo [2]. Era evidente in tale forma di ricovero l'attenzione riservata al lato patrimoniale finanziario, il rischio di dilapidare i beni di famiglia, come pure l'attenzione alla distinzione sociale rappresentata dalla presenza del servo personale. In questo modo il gruppo familiare si garantiva un controllo sul comportamento economico del proprio congiunto, la Repubblica si premurava sul ruolo pubblico dei ceti dirigenti patrizi, rappresentato nel Gran Consiglio; contemporaneamente, tramite le magistrature e gli Avocadori, ci si premuniva contro ogni eventuale abuso. Questo equilibrio permetteva un reciproco controllo e armonizzazione di economie patrimoniali e commerciali, comportamenti sociali, ruoli dirigenti. Il disordine rappresentato dalla pazzia veniva quindi regolato come ogni altro disordine – ad esempio i comportamenti dissipativi rispetto il patrimonio – tramite un concertato rispetto di ruoli, competenze, privilegi.

La Serenissima Repubblica poneva particolare attenzione alle disegualianze sociali troppo marcate: essendo una repubblica aristocratica nata sulla base delle ricchezze com-

merciali dei traffici marittimi aveva cura che sia la fine dell'attività produttiva della marineria sia la disabilità dei soldati conseguenti alle guerre non dessero pubblico scandalo tramite la mendicità o tramite il vagabondaggio né si creassero le basi per possibili rivolte [3]. La particolarità dell'organizzazione assistenziale della Serenissima sta proprio in una finissima rete di ospizi, ospitali, scuole, rette da confraternite di laici patrizi che usufruendo di donazioni e lasciti, gestivano il destino sociale di vedove, vecchi marinai e soldati, orfani, prostitute, etc. In tale modo coloro che uscivano a vario titolo dal mondo produttivo delle marineria e dei commerci, come pure coloro che rischiavano di non entrarci (gli orfani maschi e le orfane femmine) venivano indirizzati, raccolti, istruiti, rieducati, disciplinati, ad un lavoro, ad una occupazione, ad una attività, in modo che le istituzioni ne guadagnassero prestigio – vedi il bel canto, o gli affreschi che adornano le sale delle confraternite o degli ospedali –, le botteghe ne ricavassero commissioni, e pure i medesimi ospitali traessero economie di gestione nell'organizzazione della vita quotidiana. Così, all'inizio della Controriforma, Girolamo Miani dell'Ordine dei Padri Somaschi si occuperà di formare i giovani "artigianelli" come di promuovere l' "ospedaletto"; Benedetto Palmio, amico e compagno di Ignazio di Loyola, invece istituirà per le ragazze, povere ma belle, e perciò a rischio di prostituzione, il Conservatorio delle Zitelle [4].

In cambio di alcuni lavori – lavare, spazzare, cucire, apprendere il merletto e il tombolo – le confraternite offrivano protezione e ospitalità, un pasto, un letto, un tetto, oppure la possibilità di formarsi una dote per sposarsi o monacarsi; ma soprattutto la Dominante ne traeva una dimensione di coesione sociale e di ordine pubblico, premunendosi dalla formazione indifferenziata di plebi pronte ad essere massa di manovra per fronde o ribellioni. Con questo apparato la Serenissima inaugurava un fine governo della popolazione, sui costumi coniugali (la prolificità o l'omosessualità), sugli atteggiamenti verso il lavoro o i commerci (il risparmio, l'industriosità o la dissipatezza), sui comportamenti religiosi e politici (vuoi ereticali, riformati o filogesuitici).

Il controllo della mobilità e della visibilità di strati di popolazione flottante era l'asse portante del governo delle popolazioni degli stati assoluti del XVII secolo; a Venezia la mobilità era relativa sia alla preziosa manodopera artigianale, come alle idee ereticali e scientifiche che spesso si importavano con la manodopera, sia ai flussi di contadini poveri o di questuanti dalla terraferma [5].

La particolarità geografica di Venezia permetteva la dislocazione dei suoi ospedali nelle isole della laguna: il Lazzareto, le Grazie, e San Servolo. Ciò garantiva molteplici possibilità: tra le quali di isolamento degli infettivi e quindi la protezione dalle epidemie.

Originariamente San Servolo era un ospedale riservato a soldati poveri e infermi, retto e governata da un particolare Ordine, quello di San Giovanni di Dio, noto come FateBeneFratelli. L'Ospedale di San Servolo era dunque un ospedale militare retto da religiosi.

È dal 1725 che esso inizia ad ospitare i primi pazzi. Questa graduale commistione di mozzi e pazzi non resta inosservata alla "Conferenza del Savio alla scrittura attuale ed uscito", unita ai "Deputati al Publico Ospital Militare di S. Servolo", che nel 1759 rimarca: «Sembra assai strano che due sorta di uomini si siano introdotti in questo Ospitale li quali né per l'istituzione sua, né per la natura loro certamente non dovrebbero dar ricovero: uno si è di quelli che sono privi di ragione e di mente, l'altro di quelli che si raccolgono per servire mozzi nelle pubbliche navi, spediti colà dal Magistrato de la Sanità» [6].

Ma ormai non solo i mozzi, non solo i pazzi, ma anche i "discoli" vengono internati. I primi pazzi, come ricordavamo sopra, sono di origine nobile, portati in Isola per ordine del Consiglio dei dieci. Ma c'è anche qualche "illustrissimo", dicitura che richiama a condizioni di agiatezza. Ma certamente è con i "discoli" che la funzione di custodia e di disciplina appare più chiara. Si comincia ad internare anche "con fede del medico", connettendosi tale procedura di internamento ad una pluralità di pareri e competenze. Questa competenza medica comincia ad apparire anche nei termini del Registro dell'Ospedale, ad esempio "ipocondriaco", "imbecille", "stolido".

La medicina nel Settecento è parte integrante del panorama costitutivo delle scienze dell'uomo, la medicina non ancora clinica, partecipa a pieno titolo al dibattito dei lumières. In questo caso oscilla tra una vocazione etico-pedagogica e una vocazione nosografica.

La distinzione di cui sopra sui pazzi definiti "privi di ragione e mente", colloca tale definizione in un ordine di doppia privazione, naturale e sociale. Si potrebbe osservare che l'isolamento è funzionale proprio alla creazione di un ambiente idoneo alla rieducazione, ma l'isolamento proposto dai lumières è a contatto con la natura, in campagna, lontano dalla città che eccita le passioni, finalizzato all'apprendimento attivo di comportamenti e atteggiamenti che la vita artificiale della città ha soppresso, pervertito, inibito. Determinante, inoltre nei lumières è la relazione con un pedagogo, una relazione duale, una sorta di affidamento morale. Ciò, d'altra parte, appare conforme ad una teoria irritativa della follia. Il medico appare ancora una professione intellettuale collegata con la filantropia, la pedagogia, cioè con i Lumi della Ragione [(7)].

Dalla Carità al Soccorso: lo sguardo medico sulla follia

Che tale dibattito impregni la cultura veneziana ed europea lo testimonia il testamento del Doge Manin, ultimo Doge veneziano, che devolve una parte del suo patrimonio ai poveri e mentecatti , con una finalità particolare, che siano curati con umanità e istruiti ad un lavoro. Umanità ed Istruzione al lavoro sono i pilastri del Trattamento morale della follia che Pinel ed Esquirol, perfezioneranno con acume e senso del governo istituzionale [(8)].

Certamente con la caduta della Serenissima l'Ospedale di San Servolo si definisce sempre più come luogo dove si accolgono solamente i "pazzi poveri", su ordine del Comitato di salute pubblica, che paga una retta giornaliera di 25 soldi. È allora che la patria giacobina, finanziando il ricovero per i pazzi poveri, si muove da un concetto indifferenziato di carità ad uno di soccorso sociale, specializzando così il proprio intervento. Con il primo governo austriaco tale prassi si consolida, divenendo San Servolo Istituto centrale per le province venete, con una procedura di intervento che affianca ed integra medicina, giustizia, polizia, con un ruolo sempre più determinante del medico, con quello peritale dell'alienista. All'alienista spetta risolvere il quesito relativo alla persona inviata dalla polizia – simulatore, scansafatiche o pazzo – ma verrà anche demandato il governo ospedaliero della follia. In questa direzione infatti si muoveranno i frati di San Giovanni di Dio, i cui membri diverranno medici, mantenendo così la direzione e la gestione dell'Ospedale .

Così nel 1820 il medico francese L. Valentin descrive San Servolo: «L'ospedale di *San Servolo* [...] contiene circa 800 malati: ce n'erano 100 colpiti da malattie chirurgiche e

110 insensati dei sue sessi [...]. È da notare che ci sono sempre più donne che uomini [...]». Ma osserva anche «30 congregazioni di parrocchie garantiscono assistenza a domicilio agli indegenti: ciascuna di queste confraternite ne paga il prezzo e stipendia un medico e un chirurgo per le loro rispettive parrocchie». E poi, con meraviglia, più avanti «Non c'è un solo mendicante a Venezia» (9).

La testimonianza di Valentin ci conferma della compresenza di una duplice prospettiva nell'assistenza alla follia e alla povertà in Venezia, una accentratrice, dirigista, statuale, e una invece decentrata, locale, fattiva. Spesso in conflitto, a volte complementari, queste due anime convivono nel panorama assistenziale veneziano: una prestigiosa, nuova, ricercante fondamenta scientifiche per il suo agire, l'altra spicciola, minuta, forse erede del circuito assistenziale della Serenissima. Infatti si hanno notizie di "pazzi tranquilli" cui venivano affidati locali di fronte a Palazzo Sceriman (10).

la trasformazione dell'Ospedale di San Servolo in Istituto centrale delle province venete muta il paesaggio di questa varia umanità sofferente e reclusa in punto di vista classificatorio-nosografico, mentre è conservato e preservato alla pratica del soccorso domiciliare delle confraternite il limitato territorio cittadino.

Certamente, soltanto da Istituto centrale, San Servolo può diventare il ricettacolo delle pazzie derivate dalla pellagra, dal rachitismo, dell'acoolismo, delle febbri intermittenti, di tutta quella "degenerazione" che il paradigma positivista, tramite i concetti di ereditarietà, atavismo, o sopravvivenza del più forte, vorrà definitiva, intrattabile e ineducabile, discorso che ridurrà la clinica a nosografia.

Solo nella provincia, alla fine dell'Ottocento a Mogliano Veneto, rimarrà una traccia visibile e organizzata del trattamento morale della pazzia pellagrosa, in quelle fattorie che il filantropo Costante Gris aveva organizzato per i contadini del territorio circostante (11).

Le osservazioni che il medico francese Joseph Guislain ci lascia di San Servolo nel 1840 delinea già quello che sarà l'angusto teatro kraepeliniano: «Ciò che manca, in questo Ospedale, è del terreno, dei cortili. Questa assenza dei provvedimenti più indispensabili, fa sì che gli alienati siano costretti a errare nelle sale e nei corridoi e che sia possibile farli accedere nei cortili solo a turno [...]. Il lavoro, questo potente strumento di distrazione e di guarigione, lì mi è sembrato totalmente trascurato [...]. Attualmente le alienate sono alloggiate all'Ospedale San Giovanni e Paolo [...]». E sugli effetti pratici della pratica classificatoria-nosografica così egli annota: «Si presta un'attenzione minuziosa alla *classificazione delle alienate*, che mi è sembrata essere al centro dell'attenzione degli impiegati subalterni. Cosicché, al fine di mettere bene in evidenza il sistema seguito, ogni alienata porta dei piccoli galloni a guisa di spalline, che indicano, per differenza di colore, il genere di follia di cui sono affette. Il *lacca* definisce la Mania, il *blu* la Monomania, il *verde* la Melancolia, e l'*arancio* l'Idiotismo, mentre il *blu pallido* appartiene alla Stupidità e il *giallo* alla Demenza. Osservando così queste malate ordinate in gruppi, invano si ricerca l'utilità scientifica di una tale pratica, e non è senza pena che si vedono gli impiegati e le stesse malate indicare con il dito e con sollecitudine il colore del delirio: "Queste sono furiose, quelle stupide"» (12).

Con l'avvento dello Stato unitario, all'Ospedale di San Servolo si affianca, in un'isola accanto, il progettato moderno Morocomio di San Clemente (1873), il primo per la popolazione maschile, il secondo per la popolazione femminile. Pochi anni dopo, nel 1879, anche l'assistenza veneziana viene centralizzata con la costituzione di una unica potente Congregazione di carità. Ma giunti a questo punto l'organizzazione manicomiale

e l'organizzazione assistenziale – il dentro istituzionale e il fuori sociale – hanno raggiunto il loro culmine gestionale.

Gli alienati e gli esposti saranno competenza della Provincia, gli adulti nei due Morocomi provinciali, i neonati alla Pietà; i vecchi poveri, i bambini e i giovani da istruire e avviare al lavoro, le famiglie da soccorrere domiciliarmente, saranno competenza rispettivamente della Casa di ricovero, dell'orfanatrofio, dell'Istituto Manin, o delle istituzioni elemosiniere, riuniti in un'unica Congregazione. L'Ospedale civile, invece, è autonomamente organizzato dal suo Consiglio d'amministrazione. Con la legge Crispi (1890), che dispone la pubblicizzazione di tutte le opere pie di assistenza e beneficenza, il cerchio è chiuso. È da qui che si costituisce quella particolare scacchiera istituzionale, differenziata per classi di età, comportamenti, condizioni sociali, che integra governo centrale e governo locale, il presidio amministrativo della miseria proletaria e della follia, la moderna cronicità psicosociale[13]. Così nelle multiformi carriere degli internati psichiatrici si troveranno le carte dei vari passaggi istituzionali: l'Istituto per gli esposti, l'orfanotrofio, i vari istituti di rieducazione, il maniconio...

Nel 1897 a San Clemente sono recluse 1.103 donne, mentre a San Servolo gli uomini sono 688.

L'introduzione delle tecnologie mediche negli anni '30 – l'elettrochoc, i vari tipi di coma indotti – non potranno che perfezionare tale ossessione nosografica, diventata manipolante/cronificante, cui farà da pendant la ricca e articolata gerarchia medica, infermieristica, religiosa e laboratoristica, in un tentativo di imitazione dell'*altra* medicina, quella *scientifica* delle università e degli ospedali civili. Il panorama di tale ordine medico-psichiatrico muterà con l'introduzione dei primi farmaci antipsicotici negli anni '60 e con il rinnovamento comunitario degli anni '70, eventi che ridurranno a poco a poco la popolazione ospitata in San Servolo, chiuso nel 1978, e in San Clemente, chiuso alla fine degli anni '80.

La nascita di una Fondazione per la storia della follia

È con la chiusura di San Servolo che si comincia a porre il problema storico-archivistico, relativo al ricco repertorio clinico, fotografico, librario, amministrativo, contenuto nell'isola.

«La storia dell'Assistenza Pubblica, a Venezia meglio che in altri stati italiani, corre in senso paradossale: tanto esalta l'autonomia di gestione degli ospedali e dei luoghi pii in periodo di orgoglio politico, quanto subisce l'accentramento nel periodo di subordinazione morale, aiutata in ciò dalla logica dell'evoluzione sociale. Comunque grazie a quell'antica autonomia i fondi archivistici si sono arricchiti e grazie al recente accentramento si sono conservati» [14].

Nel 1981 grazie all'interesse di un gruppo di studiosi – tra cui il prof. Mario Galzigna e il conpianto rettore dell'Ateneo veronese, il prof. Hrayr Terzian –, la collaborazione dell'allora Presidente della Provincia, dott. Lucio Strumendo, nasce l'idea di costituire una Fondazione per la storia della follia, fondazione il cui scopo è quello – a partire dall'ordinamento del materiale archivistico – di procedere ad una ricostruzione storica, epidemiologica ed epistemologica, di questa *parte di mondo storico* così determinante per la costituzione dell'idea e della pratica moderna di soggetto. Appare evidente la doppia anima che ispira questa impresa: da una parte la riflessione foucaultiana sulla

genesi disciplinare del "soggetto moderno", ossia l'intento genealogico, dall'altra quella epidemiologica ed epistemologica che tenta una ricostruzione critica del sapere e della prassi psichiatrica nelle sue multiformi connessioni con la medicina, la clinica, l'antropologia, la psicoanalisi, la sociologia, eccetera.

Nel 1980 il volume curato da Galzigna e Terzian, *L'Archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione*, presenta al pubblico degli studiosi sia la Fondazione San Servolo (IRSESC) [15] sia i primi sondaggi storici e biografici del materiale archivistico che in San Servolo è accumulato.

Ma forse la temperie storica, economica e politica degli anni Ottanta non è più così favorevole ad un ambizioso progetto come quello della Fondazione San Servolo: le morti di Basaglia, Terzian e Foucault segnano un emblematico punto di svolta. Così, gli atti del seminario "La follia, la norma sociale, l'archivio", effettuato nel 1981, saranno pubblicati solamente nel 1984 [16]. È con la metà degli anni Novanta che si riprende la riorganizzazione del repertorio archivistico in modo sistematico, catalogando, inventariando, informatizzando, riaprendo così allo sguardo degli studiosi il ricco patrimonio contenuto nell'Isola.

Ma diamo uno sguardo al materiale archivistico-bibliografico e alla sua catalogazione.

Archivi: il patrimonio dell'Ospedale di San Servolo consiste in 900 buste e 500 registri. Storicamente esso si colloca tra i primi anni del '700 fino al 1978, anno della chiusura dell'Ospedale psichiatrico provinciale.

Si prevedevano – come cita un documento dell'amministrazione provinciale –, a partire dal 1997, cinque anni di lavoro per ottenere indici e cataloghi, con supporto informatico, sufficientemente utilizzabili dai vari studiosi. Data la ricchezza documentaria (amministrativa, clinica, iconografica, ...) fu richiesta la supervisione del lavoro da parte della Soprintendenza ai beni archivistici.

Si prevedeva anche il medesimo lavoro, in San Servolo, per l'Archivio integrato dell'Ospedale di San Clemente, costituito da 850 buste e 400 registri; luogo in cui è particolarmente ricca la dotazione di riviste.

Biblioteche: il fondo è costituito da 8000 volumi italiani e stranieri relativi a vari campi: psichiatria, medicina, antropologia, trattatistica morale e religiosa, ... con pregevoli testi del '500, '600, '700. Per tale fondo, oltre la collaborazione con la Biblioteca nazionale Marciana, viene previsto l'accesso alla rete Internet.

Archivio fotografico: si sta procedendo alla trasformazione in supporto informatico delle oltre13.000 lastre aventi per soggetto i ricoverati dal 1921 al 1971. Nel frattempo si è proceduto all'abbinamento lastra / nome / periodo di degenza.

Sono state inoltre disposte dall'Amministrazione provinciale di Venezia talune ricerche e iniziative seminariali:

(a) la ricerca "Percorsi e contenitori del disagio psichiatrico dopo la Legge 180/78", affidata a docenti e ricercatori dell'Università degli studi di Venezia "Ca' Foscari" e della connessa Scuola superiore di servizio sociale (prof. Mauro Niero, prof. Lorenzo Bernardi, dott. Stefano Campostrini);

(b) la ricerca su "La storia del Manicomio di San Servolo", coordinata dal prof. Mario Galzigna;

(c) i seminari internazionali, a cadenza annuale, su "I linguaggi della follia": il 4 ottobre 1997 si è tenuto a Venezia il seminario internazionale "I linguaggi della follia. La

psichiatria e la sfida delle società multiculturali", organizzato appunto dalla Fondazione San Servolo Irsesc, con la partecipazione, fra gli altri, del prof. Tobie Nathan, i cui Atti sono in corso di stampa.

Attualmente la Fondazione ha fatto richiesta al Ministero di grazia e giustizia di essere riconosciuta come Ente no-profit, per cui i nuovi statuti fondazionali sono in fieri.

Note

(1) Pierre Goubert, *L'Ancien Régime*, traduz. dal francese, Jaca Book, Milano, 1985.

(2) Mario Galzigna - Hrayr Terzian (curatori), *L'Archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione. Antologia di testi e documenti*, contributi di Mirko Drazen Grmek e Vannina Fonte-Basso, Marsilio Editori, Venezia, 1980. Il destino, invece, degli eventuali *pazzi poveri* era nella *fusta*, sorta di navi-galera che stazionavano nella laguna, di fronte a San Marco: si veda in proposito N. Elena Vanzan Marchini, *La follia, una nave, una città. Storia di pazzi e di pazzie a Venezia nel '700*, Brenctani Editrice, Mira (provincia di Venezia), 1981; si veda anche, la voce *Fusta*, in Giuseppe Boerio, *Dizionario del dialetto veneziano*, II ediz. aumentata e corretta, Giovanni Cecchini Editore, Venezia, 1856.

(3) Francesca Semi, *Gli "Ospizi" di Venezia*, Helvetia Editore, Venezia, 1984; Gaetano Cozzi - Michael Knapton, *Storia della Repubblica di Venezia. Dalla guerra di Chioggia alla riconquista della terraferma*, Utet, Torino, 1985, vedi soprattutto la parte seconda, *La Dominante*; Gaetano Cozzi, *Paolo Sarpi tra Venezia e l'Europa*, Einaudi, Torino, 1979; Gino Benzoni, *Venezia nell'età della Controriforma*, Mursia, Milano, 1973; Peter Burke, *Venezia e Amsterdam*, traduz. dall'inglese, Transeuropa, Ancona, 1998; Franco Venturi, *Settecento riformatore*, *vol. V. L'Italia dei lumi*, tomo II. *La Repubblica di Venezia (1761-1797)*, Einaudi, Torino, 1990; Alberto Caracciolo (curatore), *Dalla città pre-industriale alla città del capitalismo*, Il Mulino, Bologna, 1975.

(4) Lionello Puppi (curatore), *Le Zitelle. Architettura, arte e storia di una istituzione veneziana*, Albrizzi, Venezia, 1992.

(5) Brian Pullan, *La nuova filantropia nella Venezia cinquecentesca*, pp. 19-34, in Bernard Aikema - Dulcia Meijers, *Nel regno dei poveri. Arte e storia dei grandi ospedali veneziani in età moderna. 1474-1797*, Ire, Venezia, 1989.

(6) Fonte: Afss [Archivio della Fondazione San Servolo], busta 116: il passo è riportato alla p. 124 in *Documenti. 4. Le procedure dell'internamento in San Servolo*, pp. 121-140, in Mario Galzigna - Hrayr Terzian (curatori), *L'Archivio della follia*, cit.

(7) Si veda in merito Sergio Moravia (curatore), *Il ragazzo selvaggio dell'Aveyron*, Laterza, Bari, 1972; del medesimo Autore si veda *La scienza dell'uomo nel Settecento*, Laterza, Bari, 1970; *Il tramonto dell'Illuminismo*, Laterza, Bari, 1968*; Il pensiero degli Ideologues. Scienza e filosofia in Francia. 1780-1815*, La Nuova Italia, Firenze, 1975. Si veda anche Jacques Roger*, Les sciences de la vie dans la pensée française du XVIII siècle*, Albin, Paris, 1963; Georges Gusdorf, *Introduzione alle scienze umane*, traduz. dal francese, Il Mulino, Bologna, 1972.

(8) Jean Étienne Dominique Esquirol, *Delle passioni: considerate come cause, sintomi e mezzi curativi dell'alienazione mentale*, traduz. dal francese, a cura di Mario Galzigna, Marsilio Editori, Venezia, 1982; Alberto De Bernardi - Francesco De Peri - Laura Panzeri, *Tempo e catene*, Franco Angeli, Milano, 1980.

(9) L. Valentin, *Voyage en Italie fait en l'année 1820*, Paris, 1826. Si veda *"Viaggio in Italia nel 1820" di L. Valentin*, pp. 144-152, in Mario Galzigna - Hrayr Terzian (curatori), *L'Archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione. Antologia di testi e documenti*, cit., in cui sono tradotte dal francese le pp. 5-12 e 244-250 del testo originale: cfr. pp. 150-151.

(10) Comunicazione personale del dottor Giuseppe Ellero, direttore dell'Archivio storico Ire, che ringrazio. Di Giuseppe Ellero, vedi *Introduzione* a *L'archivio Ire. Inventari dei fondi degli ospedali e luoghi pii di Venezia*, Ire, Venezia, 1986.

(11) Livio Vanzetto, *I ricchi e i pellagrosi*, Francisci Editore, Abano Terme (provincia di Padova), 1985.

(12) Joseph Guislain, *Lettres médicales sur l'Italie*, Paris, 1840. Si veda *"Lettere mediche sull'Italia" di Joseph Guislain*, pp. 156-162, in Mario Galzigna - Hrayr Terzian (curatori), *L'Archivio della follia. Il*

manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione. Antologia di testi e documenti, cit., in cui sono tradotte dal francese le pp. 3-6 e 244-252 del testo originale: cfr. pp. 158-159.

(13) Stefano Merli, *Proletariato di fabbrica e capitalismo industriale*, La Nuova Italia, Firenze, 1972.

(14) Giuseppe Ellero, *Introduzione* a *L'archivio Ire*, *cit.*, cfr. p. 26.

(15) Cioè, Istituto per le ricerche e gli studi sull'emarginazione sociale e culturale.

(16) Mario Galzigna (curatore), *La follia, la norma, l'archivio*, Marsilio Editori, Venezia, 1984.

Fondazione San Servolo. Istituto per le ricerche e gli studi sull'emarginazione sociale e culturale (Irsesc)
presidente: Luigino Busatto (presidente della Provincia di Venezia)
per informazioni: Paolo Pavan, coordinatore amministrativo / tf.: 041/5290511
sede della Fondazione: Isola di San Servolo, 30100 Venezia / tf.: 041/5261154, fax: 041/5266107, e mail: servilio@provincia.venezia.it
sede della Amministrazione Ire: Castello, 6695, 30122 Venezia / tf.: 041/5200633, fax: 041/5228298.

Il Central Council for research in Unani medicine, Delhi (Ccrum, Ministry of health and family welfare, Government of India).

Fabrizio Speziale

ricercatore presso il Centro di Medicina Tradizionale dell'IsIAO, Roma.

Nel Subcontinente Indiano *unani* (lett. 'greco') è il termine con il quale è noto il sistema medico di origine greco-latino-araba, introdotto in India dalla Persia a partire dal XIV sec. Il Central Council for research in Unani medicine (Ccrum) è una organizzazione autonoma che fa parte del Ministero della salute e della famiglia del Governo dell'India. Si occupa di sviluppare ricerche indipendenti e multidimensionali sui vari aspetti teorici e applicati del sistema medico unani. Il Council è interamente finanziato dal Governo dell'India. Il Ccrum come organismo indipendente è stato creato nel 1978, precedentemente, dal 1969, un dipartimento con funzioni analoghe ha fatto parte del Central Council for research in Indian medicine and homeopathy. Il Presidente del Ccrum è il Ministro della salute dell'India. Il Ccrum è responsabile della coordinazione delle ricerche condotte nei Regional research institutes of Unani medicine, Clincal research units, Drug standardisation units e Family welfare research units, presenti in tredici stati dell'India. Il Central research Institute of Unani medicine, dove sono condotte operativamente diverse delle più importanti ricerche programmate dal Ccrum, si trova a Hyderabad. L'attività di ricerca è guidata dal Scientific advisory committee.

Le ricerche condotte dal Council sono legate a due priorità: fornire uno studio critico dei concetti teorici e dei metodi tradizionali della medicina unani, che riguardano la teoria della patogenesi, la sintomatologia, i metodi clinici, di diagnosi e di prognosi, alla luce dei metodi di ricerca adottati nel mondo scientifico. Lo sviluppo di farmaci economici ed efficaci per malattie comuni e croniche diffuse in India, e per quelle la cui cura fa parte delle priorità del piano di sviluppo sanitario nazionale. È possibile suddividere e riassumere le ricerche e le attività condotte dal Ccrum come segue.

Nell'ambito della ricerca clinica e farmacologica lo scopo perseguito dal Council è di verificare scientificamente l'efficacia di varie medicine naturali descritte nella tradizione unani per la cura di diverse patologie. Il Ccrum ha intrapreso ricerche cliniche su farmaci naturali efficaci per le seguenti malattie: vitiligo (leucoderma), eczema, psoriasi, epatite infettiva, calcoli renali, ulcera gastrica e duodenale, diarrea infantile, malaria, dissenteria amebica, filiriasi, diabete mellito, artrite reumatoide, sinusite, asma bronchiale, leucorrea. Per molte di queste malattie sono stati individuati rimedi efficaci e privi di effetti collaterali. Complessivamente, ogni anno, il Ccrum, in collaborazione con i regional research Institutes e le Clinical research units, conduce ricerche cliniche su circa 11.000 casi per le dette patologie.

Una fondamentale ricerca condotta dal Ccrum è stata la standardizzazione delle sostanze singole e dei rimedi composti usati nella farmacopea unani. Il criterio di standardizzazione utilizzato è quello in uso nella documentazione scientifica. Fino ad ora sono stati standardizzati 385 farmaci composti e 185 sostanze semplici. Da questi studi il Council ha pubblicato due monografie, *Physiochemical standards of Unani formulations* (3 voll.), e *Standardisation of single drugs of Unani medicine* (2 voll.).

Il più importante progetto di ricerca teorica nel quale è impegnato il Council è il progetto *Akhlât* (lett.'Umori') (condotto operativamente al Central research istitute di Hyderabad). Obbiettivo del progetto è studiare da un punto di vista scientifico la teoria degli umori, uno dei basilari concetti teorici della tradizione unani. A questo fine sono utilizzati indici fisiologici, biochimici e patologici per confrontare le caratteristiche di soggetti sperimentali diagnosticati secondo il metodo tradizionale, con un certo umore e temperamento dominante. La prima fase della ricerca si è conclusa nel 1994; la seconda fase è in corso. Complessivamente fino ad oggi sono stati acquisiti i dati di circa 3.000 soggetti. Correlazioni positive rispetto alle aspettative, sono state trovate principalmente nell'ambito degli indici fisiologici.

Da un punto di vista operativo il Ccrum ha progettato e realizzato unità cliniche mobili capaci di raggiungere le aree rurali e sub-urbane dell'India, dove è più diffusa l'assenza di servizi sanitari adeguati. Al momento tredici Regional research institutes mantengono in funzione unita cliniche mobili che nell'insieme servono circa centoquaranta villaggi. I dottori delle unità mobili forniscono visite e medicine gratuite. Un aspetto prioritario del servizio è fornire assistenza ai gruppi sociali più deboli che soffrono maggiormente della mancanza di servizi sanitari (*sheduled castes*, *sheduled tribes*).

Un'altra importante attività condotta dal Ccrum è il rilievo delle piante medicinali. A questo fine sono condotte sistematiche esplorazioni etnobotaniche di aree forestali e montagnose del paese al fine di raccogliere piante medicinali in generale e in particolare quelle usate nel sistema unani. Fino ad oggi sono state raccolte circa 50.000 piante. Inoltre state raccolte 7.200 piante considerate medicamentose dalle comunità tribali delle aree esplorate. All'interno di questo programma di ricerca sono state intraprese anche le seguenti attività: la coltivazione sperimentale di alcune piante medicinali al fine di studiarne la crescita, l'adattabilità e la risposta a varie condizioni; la coltivazione sperimentale su larga scala di piante utili per le ricerche del Council e delle Clinical research units. Progressi considerevoli sono stati raggiunti nella coltivazione di alcune importanti piante medicinali come: *Ammi majus*, *Glycyrrhiza glabra*, *Punica granatum*, *Althea officinalis*, *Malva sylvestris*, *Cichorium intybus* (Linneo).

Il Counil conduce un School health programme all'interno del quale studenti sono sottoposti a checkups e vengono forniti kit medici per il trattamento di malattie comuni; oltre a ciò sono impartite lezioni di educazione sanitaria. L'uso del kit fornito agli studenti ha portato a risposte positive soprattutto nel trattamento del raffreddore, della congiuntivite, della diarrea, della costipazione e della scabbia. Il Family welfare research programme ha come obbiettivo lo sviluppo di un contraccettivo orale efficace, a basso costo, e privo di effetti collaterali, secondo le indicazioni presenti nella letteratura unani. La ricerca è in corso.

Il Literary research programme cura lo studio, la traduzione e l'edizione di opere classiche e rare del sistema medico unani. Tra gli altri, il Council, ha curato l'edizione dei seguenti titoli: *Kitâb al-Kulliyât* di Ibn Rushd (Averroè) (testo Arabo e trad. Urdu in volumi separati), *Kitâb al-Abdâl* di Zakariyâ Râzî (Arabo e Urdu), *Kitâb al-Jâmi' lil-Mufradât* Ibn Baîtar (Persiano e Urdu), *Kitâb al-Taîsîr* di Ibn Zohar (Avenzoar) (Urdu), *Kitâb al-Mansûri* di Râzî (Urdu). Il Council ha pubblicato complessivamente cinquantasei titoli; gli argomenti, oltre alla traduzione di testi classici, trattano: la standardizzazione dei farmaci composti e delle sostanze semplici, monografie dedicate ai singoli studi clinici delle patologie prima nominate, studi storici, il Ccrum Newsletter (bimestrale), un *Handbook of common remedies in Unani system of medicine* (tradotto in Arabo e nelle dieci lingue maggiori dell'India). *The concept of birth control*

in Unani Medicine; monografie su le piante medicinali di varie regioni dell'India. Inoltre il CCRUM pubblica un *Annual Report* che comprende le relazioni sullo stato delle ricerche condotte in collaborazione con gli altri istituti e centri regionali.

Un obbiettivo perseguito negli anni dal Central council for research in Unani Medicine è la collezione e la disseminazione di informazioni, attraverso l'organizzazione di convegni e seminari di studi sui diversi argomenti del sistema medico unani.

Si ringrazia il direttore del CCRUM, Hakîm Mohammad Khâlid Siddîquî, per le informazioni date.

Central Council for research in Unani medicine (CCRUM), Ministry of health and family welfare, Government of India
direttore: Hakîm Mohammad Khâlid Siddîquî.
indirizzo: CCRUM - Jawahar Bhawan, 61-65 Istitutional Area, Janakpuri, 110 058, New Delhi, India. Tel. 0091-11-5611981/2; Fax 0091-11-9111561.

03. Resoconti

In questa sezione dell'Osservatorio vengono pubblicati, sotto forma di resoconti, brevi quadri informativi su manifestazioni di diverso tipo che hanno avuto luogo recentemente in riferimento più o meno diretto a questioni di antropologia medica: congressi e convegni, tavole rotonde o seminari, corsi speciali, cicli di conferenze, mostre o rassegne di materiali audio-visuali.

X Conferenza internazionale della Associazione internazionale di politiche per la salute (IAHP) "Equità e salute nel mondo: neoliberismo o nuovo welfare?"

Perugia, 23-26 settembre 1998

promozione: International Association of health policies (IAHP) di intesa con la Regione dell'Umbria e la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) /*organizzazione*: Regione dell'Umbria / *patrocinio*: Ministero della sanità - Ministero degli affari esteri - Ministero degli affari sociali - Ministero per le pari opportunità / *accreditamento*: Associazione italiana di epidemiologia (AIE) - Associazione per la ricerca sulla efficacia della assistenza (AREAS) - Centro Cochrane italiano - Società italiana di antropologia medica (SIAM) - Società italiana di igiene e medicina preventiva (SITI)

Cronaca della X Conferenza

L'evento

Ha avuto luogo a Perugia, dal 23 al 26 settembre la Conferenza internazionale su "Equità e salute nel mondo", indetta dalla Associazione internazionale politiche per la salute – IAHP, ed organizzata dalla Regione dell'Umbria d'intesa con la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia). Avevano assicurato il proprio patrocinio il Ministro della Sanità e quelli degli Affari esteri, della Solidarietà sociale e delle Pari opportunità. L'accreditamento all'iniziativa era stato espresso dalla AITI (Società italiana di igiene), dalla AIE (Associazione italiana di epidemiologia), della AREAS (Associazione per la ricerca sulla efficacia della assistenza - Centro Cochrane Italiano), e dalla SIAM (Società italiana di antropologia medica).

Decima della serie dei congressi internazionali dell'IAHP, la conferenza di Perugia ha trattato il tema "equità e salute" sotto la domanda centrale "*Neoliberismo o nuove politiche di welfare*?", intendendo con ciò mettere sotto riflettore vent'anni di politiche avviate agli inizi degli anni Ottanta dietro la svolta neoliberistica dell'amministrazione Reagan.

Era quindi un congresso dedicato sia alla denuncia dei riflessi sulla salute e sull'equità conseguenti allo spalancamento delle porte al mercato e alla concorrenza (nonché alla privatizzazione) nel campo dei servizi sanitari, sia alla individuazione di strade alternative allo smantellamento del *welfare*.

I partecipanti

Il tema è stato affrontato nel corso di quattro giornate di intenso dibattito che hanno visto impegnati oltre 200 partecipanti provenienti da tutti i continenti, con una prevalenza dell'America Latina (Brasile, Argentina, Messico, Cuba, Venezuela, Colombia), ma anche con una impegnativa rappresentanza dei Paesi della Comunità europea (tra cui Gran Bretagna, Francia, Spagna, Svezia, Grecia, Germania), e poi dall'India, Sud-Est asiatico, Nuovi Stati dell'ex URSS, Croazia, Israele, Stati Uniti, Canada, Kenya ed altri, oltre naturalmente che dall'Italia.

Tra i partecipanti, numerosi i nomi di rilievo (oltre a Marc Renaud presidente uscente dell'Associazione e del Consiglio federale del Canada per le scienze sociali e umane): tra di essi Giovanni Berlinguer dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza", Lincoln Chen della Fondazione Rockefeller di New York, Maria Urbaneja, presidente dell'Associazione latino-americana di medicina sociale (Alames), Vicente Navarro e Moyses Szklo della John Hopkins University di Baltimora, Sebastião Loureiro dell'Istituto di salute collettiva di Salvador de Bahia, Finn Diderichsen dell'Istituto di medicina sociale dell'Università Karolinska di Stoccolma, Margaret Whitehead, Alan Williams dell'Università di York, il colombiano Saul Franco Agudelo, Madhavi Bajekal del Dipartimento per la ricerca sociale e comunitaria di Londra, Hans Ulrich Deppe dell'Università Johann Wolfgang Goethe di Francoforte e presidente dell'Euro-Iahp, Alexis Benos dell'Università Aristotele di Salonicco, Debabar Banerji del Dipartimento di politiche e programmazione sanitaria di Nuova Delhi, Gianfranco Domenighetti del Dipartimento delle opere sociali del Canton Ticino, Andrea Caprara della Università Federale del Ceara (Brasile), Dov Chernikowski dell'Università Ben Gurion del Negev, Francisco Rojas Ochoa della Società cubana di sanità pubblica, Marciano Sanchez Bayle della Federazione spagnola per la difesa del la sanità pubblica, José Carlos Escudero della Università nazionale di Luján (Argentina).

Numerose anche le personalità italiane tra cui, oltre a Giovanni Berlinguer, l'organizzatore della conferenza Giovanni Barro, della Regione dell'Umbria, Roberto Bertolini del Centro europeo ambiente e salute dell'Oms, Marco Biocca del Centro di documentazione per la salute di Bologna, Lamberto Briziarelli del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario, Massimo Buscema del Centro ricerche di scienze della comunicazione, Giuseppe Costa dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente del Piemonte, Alberto Donzelli dell'Usl di Milano, Irene Figà Talamanca dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza", Marco Geddes, vice-presidente del Consiglio superiore di sanità, Donato Greco del Laboratorio di epidemiologia dell'Istituto superiore di sanità, Carlo Hanau dell'Università degli studi di Modena, Edoardo Missoni dell'Ufficio per la cooperazione del Ministero per gli affari esteri, Maria Antonia Modolo e Maurizio Mori del Dipartimento di igiene della Università degli studi di Perugia, Giampiero Ravagnan del Cnr, Tullio Seppilli dell'Istituto di etnologia e antropologia culturale della Università degli studi di Perugia (presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Angelo Stefanini del Dipartimento di medicina e sanità pubblica dell'Università degli studi di Bologna, Gianni Tognoni dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri (Milano).

Il percorso

Le problematiche della Conferenza sono state articolate in sessioni plenarie e parallele, che si sono succedute dopo la seduta inaugurale e i saluti delle autorità.

Il percorso della Conferenza iniziava quindi con la presentazione del tema generale:

- Equità e salute nell'era della globalizzazione

proseguiva con la trattazione dei sottotemi:

- Sistemi di sicurezza sociale ed evidenze epidemiologiche
- Sistemi di sicurezza sociale ed in-equità: i casi al di là delle statistiche
- I determinanti politico-economici per un nuovo *welfare*

e si concludeva con due panel rispettivamente dedicati (i) alla domanda "*Che cosa si è fatto per l'equità*" e (ii) a una panoramica sulle *politiche sociali e sanitarie in Europa e in Italia*.

Bisogna aggiungere che nella programmazione iniziale della Conferenza il primo dei due panel dell'ulti*ma giornata si sarebbe dovuto intitolare:* Che cosa avete fatto per l'equità nella salute?, interrogativo per un confronto sugli scenari di fine secolo, rivolto ai "protagonisti" delle politiche mondiali rappresentanti l'Oms, la World bank, il Fondo monetario internazionale, la World trade organisation, l'Unione Europea e altri organismi sopranazionali, nonché al Bureau della Iahp e all'Alames (Associazione di medicina sociale dell'America Latina) e alle organizzazioni non governative, in grado di portare le voci degli interessi pubblici e le rivendicazioni in direzione di un nuovo *welfare state*.

Tale confronto non ha potuto essere sviluppato per l'assenza di molti dei "protagonisti" sopra citati. Un'assenza in parte spiegata con la concomitanza di altri impegni istituzionali (ad esempio, era in corso negli stessi giorni il congresso mondiale delle Ong, mentre il quadro dirigente dell'Oms era impegnato nelle riunioni degli uffici regionali, anch'esse più meno contemporanee). Di conseguenza il titolo del primo dei panel è stato riformulato nella forma indicata in precedenza.

Il tutto veniva approfondito in otto sedute parallele, nel corso delle quali i partecipanti hanno portato circa un centinaio di comunicazioni e una trentina di poster.

- Approcci metodologici alla epidemiologia per l'equità nella salute
- Programmazione sanitaria ed epidemiologia
- Disuguaglianze nell'accesso alle risorse ambientali
- Differenze di genere e salute della donna
- Orientamenti internazionali e globalizzazione
- Politiche ed esperienze nazionali
- Teorie, modelli e formazione
- I sistemi sanitari a confronto

Le conclusioni operative

Al termine della Conferenza è stato eletto il nuovo comitato esecutivo dell'Iahp, che vede il colombiano Saul Franco Agudelo come Presidente e l'italiano Giovanni Barro come vice-Presidente con delega al coordinamento delle attività scientifiche e culturali.

È stato anche deciso che la prossima Conferenza si svolgerà a Cuba dal 26 al 30 giugno 2000.

Ragionando sui risultati…

Il filo rosso della Conferenza

La X Conferenza della IAHP – International Association of health policies – si è tenuta al termine di due decadi particolarmente significative per le sorti del *welfare state* nel mondo. Decisioni importanti sono state infatti assunte che hanno influito profondamente (i) sulla equità nella salute intesa come pari opportunità di accesso alle misure di promozione e tutela sanitaria delle popolazioni e più in generale (ii) sulle prospettive degli ordinamenti della sicurezza sociale.

L'ipotesi da verificare nella X Conferenza Internazionale era che il ventennio che si conclude con l'anno 2000 è stato caratterizzato da due parabole, entrambe avviate intorno al 1980:

- la parabola delle *politiche controwelfariane* degli Stati che hanno promosso le strategie neoliberalistiche o che vi hanno aderito;
- la parabola del *welfare state post-bellico* al cui interno si è consumata anche la parabola delle *politiche welfariane* dell'OMS.

Così che nello scegliere il tema centrale della X Conferenza (*Equità e salute nel mondo: neoliberismo o nuovo welfare?*) si era ritenuto che al termine di questo ventennio e in coincidenza con la svolta del nuovo secolo, fosse maturo un bilancio per capire fino a che punto quelle due strategie avessero raggiunto i risultati attesi sui rispettivi versanti e quali fossero i punti nodali della crisi che le aveva colpite con tanta evidenza.

Flash sulla IAHP

Il tutto andava collocato nella storia della IAHP, una associazione che riunisce operatori, ricercatori e politici accomunati dall'interesse verso la promozione di politiche attive per la tutela della salute e per l'abbattimento delle diseguaglianze sociali, etniche, di genere etc. nelle opportunità di accesso ai servizi sanitari.

Va ricordato che l'Associazione fu costituita nel 1975 ad Amsterdam per offrirsi come tribuna per confronti internazionali, ai fini della documentazione sulle condizioni di salute esistenti nel mondo di fronte all'obiettivo dell'equità, per la conoscenza e la diffusione delle ricerche in corso nelle varie regioni del pianeta, per lo studio delle interrelazioni tra possibilità teoriche di avanzamento nelle condizioni di salute e stato dell'arte delle politiche sanitarie, e per la promozione e qualificazione di ordinamenti sanitari pubblici orientati secondo finalità di interesse sociale.

Sviluppando queste premesse l'IAHP si è qualificata convocando, ogni due-tre anni, un confronto internazionale. Due di questi furono tenuti in Italia, ad Ariccia (Roma) nel 1979 e a Castel San Pietro (Bologna) nel 1992. Altri incontri si svolsero a San Miguel de Regla nel 1981, Barcellona nel 1983, Medellin nel 1988, Tenerife nel 1990, Guadalajara nel 1994.

L'ultimo congresso prima di quello di Perugia si è svolto a Montréal (Québec) nel giugno 1996, e ha affrontato il tema "Oltre le cure mediche, politiche per la salute". Il congresso ha segnato un passaggio importante verso la elaborazione in positivo di

strade alternative alle tendenze che con forza andavano manifestandosi in senso contrario al *welfare state* sulla scia delle politiche reaganiane.

Nel corso di queste manifestazioni la IAHP è venuta raccogliendo soci in tutto il mondo, non solo nel continente americano e in Europa, ma anche in tutti gli altri continenti. Oggi l'associazione ha due importanti articolazioni regionali, una per l'America Latina e l'altra per l'Europa.

L'articolazione per l'America Latina si chiama Associazione Latino-Americana de medicina social (ALAMES). È presente in quasi tutti i Paesi dell'America Centrale e Meridionale, ed esercita una discreta influenza in termini culturali e politici: diversi suoi membri hanno rivestito anche incarichi governativi nei loro paesi d'origine.

L'articolazione europea (Euro/IAHP), fondata nel 1976, ha svolto una intensa attività congressuale, dalla I conferenza (Francoforte 1982) in poi: Vienna (1984), Stoccolma (1986), Visegrad (1986), Parigi (1988), Lovanio (1990), Berlino (1991), Bishop's Stortford (Inghilterra), Salonicco (1995) e di nuovo Berlino (1997). L'attuale Presidente è il prof. Hans Ulrich Deppe, dell'Istituto di sociologia medica dell'Università Johann Wolfgang Goethe di Francoforte sul Meno. A partire dalla IX Conferenza tenutasi a Berlino, è parte dell'Ufficio di coordinamento (al quale partecipa anche il prof. Giovanni Berlinguer) il prof. Giovanni Barro dell'Università degli studi di Perugia.

La Conferenza di Perugia tra tradizione e innovazione

Innestandosi sulle conclusioni di Montréal, la Conferenza di Perugia ha voluto affrontare direttamente le questioni problematiche e le prospettive delineate attraverso un bilancio dal quale è emersa una situazione complessa e diversificata.. Le articolazioni e le difformità nelle varie aree del mondo, riconducibili alle caratteristiche socio-demografiche ed economiche predominanti, lasciano però trasparire una comune condizione unificante e caratterizzante: la globalizzazione dei problemi e la conseguente impossibilità di isolarne i singoli aspetti locali trascurando il contesto generale.

La questione è stata affrontata a Perugia con un taglio culturale, caratterizzato dalla consapevolezza dei rischi provenienti dall'appiattire tutte le condizioni del pianeta sotto un semplicistico e acritico giudizio di condanna del ciclo storico trascorso, etichettandole sotto il segno del neoliberismo. La conferenza ha echeggiato un dato di fondo sostanziale: ci avviamo alla fine del secolo con forti preoccupazioni per il futuro, che contrastano con il clima euforico nel quale si erano concluse le vicende dell'umanità sotto l'influenza dei successi della medicina e delle scienze biomediche nel corrispondente periodo di cent'anni fa. Se allora le certezze, più ancora che le speranze, erano per un avanzamento illimitato delle capacità di controllare le malattie (grazie agli avanzamenti della scienza dell'Ottocento che sopra tutto nella seconda metà aveva esteso enormemente le conoscenze sulle malattie infettive e da deficit alimentari che erano all'epoca il nemico da battere, e con le conoscenze anche le capacità di controllarle), ci avviamo al tornante del secolo con un bilancio ancora più straordinario di conoscenze e di capacità di controllo (le une e le altre estese ben al di là dei confini delle malattie da agente infettivo o da carenza nutrizionale), ma con il timore e non raramente l'incubo (i) dei rischi che un progresso non governato secondo gli interessi e i diritti primari dell'umanità può comportare, nonché (ii) delle probabilità che in presenza di un governo mondiale della salute egemonizzato dalle logiche del mercato, la cesura tra chi può servirsi del progresso e chi non può è

destinata ad ampliarsi ulteriormente, e non per frange marginali del Pianeta ma per svariati miliardi di uomini e donne.

Su queste basi è stato possibile costruire un bilancio sia del neoliberismo che del suo antagonista storico, il *welfare state*.

Per un bilancio del neoliberismo…

Quanto al neoliberismo la conferenza ha fatto emergere un quadro con luci ed ombre, documentando come ci si interroghi un po' dappertutto per valutare le une e individuare le altre.

• Ci si interroga nei *Paesi sviluppati* che dopo essere stati colpiti alla base dei loro meccanismi di crescita per vari fattori che hanno nelle crisi del petrolio del 1973 e del 1979 la punta dell'iceberg, e dopo aver visto cadere le precedenti speranze/illusioni sulla possibilità di espandere senza limiti le loro economie, si sono trovati di fronte alla necessità di agire dentro un quadro di *risorse limitate*. Da cui il tentativo di superare la crisi affidando la crescita economica ai meccanismi di mercato, in un quadro di *deregulation* e di forti restrizioni dell'area della sicurezza sociale. Una strategia, dunque, ad *alto rischio di perdita dei grandi valori di universalismo, equità, libertà dal bisogno, giustizia, solidarietà*, affermati nello Statuto dell'Onu e nella Dichiarazione dei diritti dell'Uomo. È un interrogativo scandito anche dalla crescente opposizione delle popolazioni, come testimoniano gli arretramenti elettorali degli schieramenti neoliberistici negli Stati Uniti d'America e in molte aree cruciali del capitalismo mondiale (Gran Bretagna, Francia, ultimamente Germania e in parte anche Giappone, e prima ancora Italia) e la contestuale formazione di governi più attenti alle domande dei ceti popolari che si aspettano una inversione di tendenza nel campo delle garanzie e delle opportunità della sicurezza sociale.

• Ci si interroga nei *Paesi già socialisti dell'Europa centro-orientale* e negli *Stati nati dalla frantumazione dell'Unione Sovietica*, che subito dopo il 1989 aprirono con entusiasmo le frontiere all'economia di mercato e alla *deregulation*, ma nei quali è in corso un processo revisionistico che prende le mosse dallo sfacelo di alcune situazioni nazionali, da molti paragonato alla crisi della Germania di Weimar.

• Alla *periferia delle aree trainanti*, ci si interroga per capire in che misura l'espansione economico-produttiva di cui una parte di quei Paesi ha goduto abbia modificato effettivamente i livelli di vita e di salute delle popolazioni e quale solidità abbiano avuto quei risultati: anche qui gli interrogativi sono scanditi dalle violente bufere che hanno recentemente investito i Paesi del Sud-Est asiatico mettendo a repentaglio la loro presenza a livello dell'interscambio mondiale e gli equilibri finanziari interni.

• Analoghe domande investono l'*America Latina*, finalmente uscita dal tunnel dei fascismi e dei governi militari ma non dalle situazioni di rapina e sottosviluppo che, nelle grandi agglomerazioni metropolitane come nelle aree a prevalenza demografica indiana, fanno di questo subcontinente un tragico esempio di come un mercato lasciato senza regole possa evolvere seguendo brutali logiche di profitto sulla spinta delle grandi concentrazioni multinazionali.

• Così come è fonte di interrogativi la situazione nell'*Asia del sottosviluppo* e nel *continente africano* sopra e sotto il Sahara, dove avvenimenti di grande rilievo storico come la fine politica dell'apartheid in alcune aree subcontinentali, sono tragicamente controbilanciati dal susseguirsi di guerre e relativi massacri che non sono solo il retaggio

delle divisioni etniche e religiose alimentate dal vecchio colonialismo ma che rappresentano anche il frutto di una nuova subordinazione a centrali di sfruttamento collocate, oggi come ieri, nel cuore del capitalismo, con la piena aderenza da parte di ceti emergenti locali il cui ruolo è di impedire adeguate risposte strategiche.

Quanto sopra giustifica l'affermazione che le speranze riposte nella capacità razionalizzatrice di un mercato lasciato senza argini che impediscano straripamenti a danno degli interessi vitali delle popolazioni, non si sono avverate. Vi sono stati bensì incontestabili successi nella crescita delle condizioni economico-produttive, ma si tratta di successi a macchia di leopardo che non sono riusciti a realizzare la saldatura tra i risultati ottenuti e la possibilità di usufruirne da parte di tutti i gruppi sociali; anzi molti studi mettono in luce come la forbice tra i ceti favoriti e coloro che vivono al di sotto della soglia della povertà si sia ampliata dappertutto, anche nei Paesi a consolidata economia di mercato. Così che anche per effetto della crescente mondializzazione dell'economia con i suoi riflessi sul mercato del lavoro, sul commercio, sulle migrazioni etc., alla tradizionale divisione tra Nord e Sud del mondo e alle nuove divisioni createsi a livello di aree continentali (in particolare tra Ovest e Est europeo) si sono aggiunte o aggravate divisioni dello stesso segno all'interno delle singole realtà nazionali, di misura tale da rendere legittimo il giudizio che vi sia stato anche un processo di *globalizzazione delle iniquità sociali*.

… del welfare *state postbellico…*

Quanto agli esiti delle politiche del *welfare state*, si può affermare che si è concluso anche qui un ciclo di vita; quanto meno ciò vale per il *welfare state* nella forma postbellica, inteso come *contratto sociale* finalizzato a distribuire su area vasta i benefici prodotti dall'espansione produttiva degli anni Cinquanta e Sessanta. Come il *welfare state* degli anni 30 aveva assolto al compito di superare nell'area capitalistica la crisi mondiale del 1929 facendo intervenire direttamente lo Stato nell'economia per dirigere la ripresa (con misure peraltro orientate anche al recupero di cittadinanza sociale da parte delle classi deboli) il *welfare state* del dopoguerra, basato sull'ampliamento della forza-lavoro occupata, ha rappresentato sostanzialmente una strategia tipica dei Paesi "ricchi", che da un lato ha lasciato in posizione abbastanza marginale le altre realtà mondiali, e che dall'altro ha dovuto fare i conti con una crisi finanziaria originata dalla riduzione delle sue fonti di alimentazione a seguito della contrazione del lavoro dipendente.

*…e delle politiche welfariane dell'*Oms

Dal canto suo l'OMS ha vissuto quest'ultimo ventennio muovendosi dentro una crisi interna nella quale si riflettono le contraddizioni tra le proprie impostazioni di politica sanitaria, tradizionalmente ossia statutariamente marcate in senso welfariano, e gli orientamenti neoliberalistici adottati da buona parte dei suoi Paesi-membri, inizialmente nell'ambito delle economie di mercato consolidate e poi su tutta la scala mondiale, anche a seguito della caduta dei regimi socialisti dell'Europa centro-orientale. Una contraddizione resa più acuta da ricorrenti minacce di delegittimazione per l'affermarsi di strutture sopranazionali che sono venute man mano svolgendo ruoli integrativi e spesso concorrenziali rispetto all'Onu, di cui l'Oms è un'agenzia. Tipico è il caso dell'Unione Europea, le cui istituzioni, sorte allo scopo di integrare su scala vasta gli scambi commerciali, il mercato del lavoro, le valute etc., dal momento in cui queste misure sono confluite in un processo di integrazione economica a ventaglio aperto, sulla stra-

da dell'unificazione politica, si sono trasformate in un nuovo *soggetto politico* tendenzialmente autonomo nel concerto internazionale e con una prospettiva di allargamento del ventaglio delle competenze, come sta per accadere anche nella sanità per effetto dell'art 129 del trattato di Maastricht che prevede il passaggio all'UE di tutte le competenze salvo quelle relative alle cure mediche.

In questa fase del ciclo, allora, non possono no preoccupare alcuni recenti (anche se non recentissimi) collegamenti tra l'OMS e la Banca Mondiale. Preoccupa in particolare il "sodalizio" con la World Bank intorno a un progetto di ricerca sul *Global burden of disease* e sull'indicatore complessivo di salute DALY che al di là della validità dello strumento dal punto di vista tecnico potrebbe creare qualche scricchiolio nella coerenza della politica dell'OMS, nella misura in cui dovesse aiutare a consolidare le strategie sulle quali la World Bank si è attestata subordinando il proprio sostegno nelle aree economicamente svantaggiate a condizioni di risanamento finanziario così rapido da risultare incompatibili con gli investimenti sull'uomo, come è noto lenti nei loro effetti positivi.

Le ricadute sui livelli di salute

In questo quadro si comprende meglio anche la non felice sorte delle strategie "welfariane" dell'OMS impostate principalmente nei documenti sulla *Primary health care* (Conferenza di Alma Ata) e sulla *Health promotion* (Conferenze di Ottawa, Adelaide, Lubiana e Giakarta) e trasparenti in filigrana nel programma *Health for all 2000*, un appuntamento ora rilanciato al 2020. Merita di essere analizzato in particolare il sostanziale fallimento di *Salute per tutti al 2000* alla cui realizzazione è evidentemente venuto meno il motore di uno sviluppo economico diffuso a livello internazionale e capace di garantire nei Paesi ad economia consolidata margini finanziari da dedicare a grandi progetti di sostegno delle economie deboli.

Lo dimostrano gli ultimi documenti ufficiali dell'OMS nei quali viene riconosciuto come gli obiettivi di salute contenuti nelle grandi strategie decennali abbiano fatto registrare, accanto ad indubbi successi, anche gravi arretramenti rispetto alla situazione di partenza che hanno intaccato ancor più l'equità nel sistema mondiale. Echi di queste contraddizioni sono rimbalzati nelle relazioni e comunicazioni della X Conferenza IAHP:

• Importanti successi sono stati raggiunti nel controllo di alcune *piaghe storiche*, con l'eradicazione, acquisita o all'orizzonte, di malattie infettive pandemiche (vedere il vaiolo e la poliomielite) e una incoraggiante discesa della mortalità materno-infantile.

• Ma altre pandemie trasmissibili (si veda la malaria) non riescono ancora ad essere intaccate nonostante la disponibilità di efficaci mezzi farmacologici per combatterle.

• Preoccupa inoltre la riemergenza di malattie infettive che sembravano domate: è il caso, tra altri, della tubercolosi, per la selezione di ceppi batterici farmaco-resistenti e in connessione alla diffusione dell'Aids.

• L'Aids, che è per ora l'ultima pandemia in ordine di tempo, sta dilagando in particolare nelle aree del mondo dove alla povertà estrema si aggiunge un grado meno che sufficiente di organizzazione sanitaria: una spirale che va messa sul conto di quella *globalizzazione delle iniquità sociali* che rappresenta il tratto caratteristico della situazione sanitaria nel mondo.

• Significativi successi sono stati conseguiti sul versante della durata media della vita, che ha guadagnato molte posizioni anche nei Paesi meno sviluppati, con un andamento ancora più favorevole per le donne.

• Ciò ha però portato ad una distribuzione delle cause di morte e di disabilità ancora più squilibrata sul piano della dis-equità, in quanto per la diversa pressione della "transizione demografica" la popolazione di età intermedia, maggiormente a rischio di malattie non trasmissibili, aumenta molto di più proprio nelle aree che sono meno dotate di servizi sociosanitari occorrenti ad affrontarle.

• Anche la *pandemia da fumo di tabacco*, attivo e passivo, tende a non distribuirsi equamente man mano che i Paesi più sviluppati adottano misure per il controllo della pubblicità, con ciò spingendo le multinazionali del tabacco a intensificare i loro programmi promozionali nel Paesi del sottosviluppo o in via di sviluppo.

• In generale, risultano peggiorate le condizioni dell'ambiente, sia nei sui parametri fisici (qualità delle acque superficiali, dell'approvvigionamento idrico, dell'aria atmosferica, degli alimenti etc.) sia nei parametri più prettamente sociali (la qualità delle abitazioni, delle condizioni urbane in genere, ma anche lo stato della salute mentale, le tossicodipendenze). Anche per queste condizioni valgono le pressioni verso la dis-equità già messe in rilievo.

• Nuove ed allarmanti dimensioni sono state assunte dagli eventi originati dalle ondate di violenza legate alla repressione politica e alle guerre, ai conflitti nazionali, etnici, religiosi etc., che si aggiungono a quella *violenza di fondo* che si esprime un po' dappertutto nei confronti degli emarginati, delle donne, dell'infanzia fino a rappresentare una delle principali cause di morte e di disabilità nelle corrispondenti fasce di età; senza dimenticare né sottovalutare gli incidenti cosiddetti *involontari* (lavoro e traffico), che in ultima analisi sono espressioni di un stillicidio di prevaricazioni e violenze espresse nella vita di tutti i giorni.

Riflettendo sulle prospettive

Una sintesi "planetaria"

In conclusione, si può dire che le politiche neoliberistiche hanno consentito ai Paesi a consolidata economia di mercato di superare una parte delle loro difficoltà, ma a prezzo di un acutizzarsi delle distanze tra i ceti benestanti e gli altri. Valga in proposito la situazione dei Paesi europei, colpiti da una crisi occupazionale mai conosciuta prima d'ora. Lo stesso Paese che apparentemente ha meno risentito di questo fenomeno, gli Stati Uniti d'America, è anche quello che ha potuto meglio scaricare le proprie difficoltà globalizzandole sul piano internazionale ed emarginando quote ingenti della popolazione interna dai diritti di cittadinanza e perfino dal mercato.

Dal canto loro i Paesi meno sviluppati o sottosviluppati hanno vissuto anch'essi queste decadi tra la speranza/illusione di poter rapidamente colmare il gap con la faccia benestante del Pianeta, ma a prezzo di enormi sacrifici patiti dalle classi lavoratrici in termini di bassi salari, di sottoccupazione divenuta strutturale e aggiuntiva rispetto alla tradizionale disoccupazione; sacrifici non bilanciati dal ridimensionamento delle cause del sottosviluppo, che anzi hanno ricominciato a colpire una volta che il vento favorevole delle circostanze economico-produttive ha cambiato direzione.

Quanto al *welfare state* postbellico il suo ciclo si è chiuso perché le condizioni che lo avevano sostenuto (sviluppo dell'occupazione e marginalizzazione passiva delle economie subalterne) sono cessate e ne sono sorte altre che hanno risposto ad altre sollecitazioni (l'internazionalizzazione del mercato finanziario e del mercato dei consumi) spostando l'asse strategico delle politiche nazionali su un terreno completa-

mente nuovo, dominato dalle globalizzazione dei problemi e dalla mondializzazione delle strategie.

In particolare il divorzio che sembra ormai stabile tra la crescita quantitativa della produzione, dove, se e quando avverrà, e gli incrementi occupazionali, è il paradigma su cui inquadrare tanto la fine del ciclo postbellico del *welfare state* quanto le linee portanti per il nuovo contratto sociale attraverso cui ribadire l'obiettivo di un patto di solidarietà tra tutti gli inquilini del pianeta.

Lo sviluppo sostenibile e il welfare *possibile*

Questo panorama, se smentisce le previsioni circa la superiorità del modello di sviluppo basato sulla supremazia dei meccanismi di libero mercato, ammonisce anche che un ritorno alla situazione precedente le ultime crisi non è certamente né proponibile né rivendicabile. Occorre quindi disegnare una *nuova frontiera del welfare state*. Questa nuova frontiera non può che essere quella dello *sviluppo sostenibile*, strategia lanciata fin dal 1987 da Gro Harlem Brundtland, divenuta quest'anno il nuovo Direttore generale dell'Oms, e che offre un orizzonte di iniziative internazionali, regionali e locali tali da dare sostanza politica alla rivendicazione di un *welfare* possibile.

Si tratta innanzi tutto di una strategia che si basa sul termine "sviluppo" inteso se non in alternativa quantomeno in contrapposizione alla mera crescita quantitativa nella misura in cui presuppone un cambiamento di paradigma economico, sociale e politico e offre un approccio che si colloca a metà via tra le nostalgie dell'epoca della *crescita illimitata* e le ricette antistoriche dello *sviluppo zero*.

Così inteso, lo sviluppo non entra in collisione con la crescita ma ne fissa le condizioni, a cominciare da quella che le attività produttive e di consumo siano rese compatibili con una *dotazione finita di risorse* e con la *sopravvivenza di tutte le specie viventi a cominciare da quella umana*.

Sviluppo sostenibile è lo sviluppo che tende alla costanza del capitale naturale rinnovabile e all'uso equilibrato del capitale non rinnovabile, e ciò attraverso (i) il prelievo e la utilizzazione delle risorse rinnovabili entro limiti che ne consentano la riproduzione nel tempo lungo senza degrado di qualità, e (ii) il prelievo e la utilizzazione delle risorse non rinnovabili entri limiti subordinati al reperimento di nuove risorse che sostituiscano quelle consumate.

I nessi tra questa filosofia e la salvaguardia delle condizioni di vita e di salute dell'umanità in un quadro di rinnovato *welfare state* possono essere ricercati indietro nel tempo, per esempio nel *Rapporto sullo sviluppo umano* (Onu, 1990), un documento basato su *valori* che le vicende storiche degli anni Novanta rendono se possibile ancora più centrali.

La globalizzazione sostenibile

Tutti questi problemi si intrecciano con la questione della *globalizzazione* nei suoi due significati, quello *oggettivo* di una presa d'atto che ormai nessun problema ha più una dimensione locale, e quello *valutativo* per cui una parte considerevole degli economisti vede in essa le radici per un ulteriore aggravamento delle economie subalterne. E' difficile tenere distinti questi due aspetti, anche se un approfondimento del concetto non può non far risaltare che la globalizzazione non riguarda solo l'economia e i derivati rapporti di scambio, ma anche altre attività, come la cultura, l'informazione, la ricerca scientifico e lo sviluppo tecnologico, riguardo

ai quali il giudizio non può essere radicale: tutte attività che danno luogo a scambi il cui segno può essere positivo o negativo in dipendenza dei concreti contesti politici.

Questo è un motivo per cui accanto allo sviluppo sostenibile, e come sua condizione, è forse maturo parlare di *globalizzazione sostenibile*, con ciò assumendo un atteggiamento positivo verso il mercato e le sue leggi, a patto di non assolutizzarle. Si tratta, cioè, di non demonizzare il mercato, ma neanche di tradurre tutto nelle sue logiche perché vi sono alcuni beni collettivi (la salute è tra di essi) che debbono essere sottratti al dominio delle leggi del mercato.

La globalizzazione, allora, che è lo scenario nel quale vanno collocati correttamente tutti i problemi non solo sanitari della nostra epoca, deve essere affrontata non con il fatalismo di chi la identifica con il Male, ma in senso positivo, cioè come rivendicazione di un altro tipo di governo mondiale che garantisca regole del gioco tali da non consegnare la sanità e la salute al libero mercato, alla competizione per il profitto, insomma alla monetizzazione di beni (la salute i*n primis*) che monetizzabili non sono o meglio non dovrebbero e non dovranno più essere.

Qualche occhiata al futuro

Una questione finale riguarda le istituzioni di governo dell'Umbria, per verificare se esse possano continuare ad avere un ruolo nelle problematiche affrontate nella Conferenza, tenendo conto anche del fatto che per il prossimo biennio la vice-Presidenza sarà tenuta a Perugia, in abbinamento con la coordinazione delle attività scientifiche e culturali dell'Associazione.

La domanda riguarda in modo specifico la Regione dell'Umbria, che tanto ha contribuito alla riuscita della manifestazione sia in termini organizzativi che finanziari, come sarà meglio specificato nella relazione di accompagnamento al budget finale che l'Agenzia "General contractor" sta predisponendo.

L'Italia, Perugia e la X Conferenza

Va ricordato che non è stato casuale avere localizzato la X Conferenza a Perugia. Al contrario, al termine del IX Congresso internazionale di Montréal (giugno 1996), quando fu espressa da parte del Comitato direttivo dell'Associazione la proposta di tenere il successivo incontro in Europa secondo lo schema di alternativa America/Europa che l'IAHP si era data, l'attenzione si appuntò sull'Italia che all'epoca costituiva nel continente il punto di riferimento più prestigioso per una linea di difesa attiva delle politiche sanitarie e sociali ispirate ai principi del *welfare*. Le elezioni generali del 1996 e la vittoria dell'Ulivo avevano infatti introdotto un varco nel blocco delle politiche neoliberiste esportate dal modello statunitense degli anni Ottanta. Sembrava questo un avvenimento "esemplare" e di buon auspicio per il futuro, un auspicio pienamente realizzato due anni dopo con i cambi di maggioranza in Gran Bretagna, Francia e Germania.

Fu accolta anche con favore la proposta della rappresentanza italiana di scegliere come sede della Conferenza l'Umbria e Perugia, la prima come Regione da sempre governata da una coalizione imperniata sulle forze di sinistra e per avere sempre svolto un ruolo di punta in seno al movimento per la riforma sanitaria ispirata ai principi del *welfare state*, la seconda per la sua monumentalità nella quale si esprime una storia culturale ed artistica che non ha molti eguali nel mondo.

Nuovi ruoli dell'Europa…

Ciò premesso, il secondo panel della giornata conclusiva della X Conferenza, dedicato alla prospettiva delle politiche welfariane nell'Unione Europea, ha messo in luce come il blocco dei Paesi a governo socialdemocratico o di centro-sinistra (che sono la stragrande maggioranza dell'UE) possa aprire la strada ad una trasformazione epocale dei sistemi di sicurezza sociale, che salvaguardando la sostanza del *welfare state* (consistenti nella triade universalismo, equità, solidarietà) ponga l'accento sui *valori* e sulle *opportunità*, ovviamente senza sbarazzarsi di quegli aspetti assistenziali che originano dalle situazioni di bisogno acuto. Questo sembra essere il modo migliore per venire incontro *in positivo*, ossia senza indulgere più di tanto sul versante delle proteste, ai diffusi ripensamenti e dubbi sul neoliberismo, sul presunto ruolo razionalizzatore del mercato nel campo della salute e su un rapporto pubblico/privato imperniato sui principi della *deregulation* e sulla sostituzione del pubblico con il privato.

… e dell'Oms

Inoltre, vari segnali fanno intravedere una possibile correzione di rotta da parte dell'Oms, tanto nella sua espressione mondiale (Ginevra) quanto in quella europea (Copenhagen). Una iniziativa molto interessante dell'EuroWho (alla quale la Regione dell'Umbria ha partecipato come componente del coordinamento degli assessori regionali) è stata recentemente tenuta a Verona di concerto con la regione Veneto sul tema degli investimento *nella* e *per* la salute. In controtendenza rispetto a precedenti orientamenti dell'Oms definiti di concerto con la Banca Mondiale, sembra essere prevalsa nella iniziativa di Verona la linea di considerare le strategie per gli investimenti non solo in termini finanziari e di rapido rendimento, ma su un piano di risorse globali (e quindi di *valori*) il che presuppone piani di rientro cadenzati sul passo dello sviluppo umano e non solo su quello della redditività dei capitali.

Un possibile ruolo per l'Umbria

L'Italia ha superato la fase neoliberistica senza sostanziali perdite di valori welfariani. Ma in questo come in tutti gli altri comparti della politica non c'è nulla di definitivo, ma tutto va verificato nell'azione quotidiana di fronte all'evolversi delle situazioni perché accanto a forti elementi di innovazione contro-agiscono le scorie del passato, le resistenze (spesso vincenti) al cambiamento, e i tentativi mai sopiti di restaurazione del "vecchio" sistema.

In tal senso la Regione dell'Umbria potrebbe caratterizzarsi come centro di irradiazione di iniziative che mantengano in primo piano il discorso dell'equità e delle pari opportunità *nella* e *per* la salute, in network con i vari centri italiani europei ed internazionali che possono essere incentivati a supportare azioni positive in questo campo.

Questa ruolo potrebbe concretizzarsi iniziative capaci di dare voce a tutte le istanze che a livello politico, professionale e scientifico possono/vogliono interpretare le aspirazioni delle popolazioni alla conquista o al mantenimento di sistemi sociali che pongano al centro della loro azione l'obiettivo della salute per tutti, mantenendo aperta la prospettiva dell'equità.

Più in generale, il terreno potrebbe essere quello dei *confronti a largo raggio*, per dialogare con tutte le componenti della cultura del cambiamento, da un lato, e dall'altro per non spingere all'arroccamento quanti, seguendo percorsi culturali non sovrapponibili ma senza identificarsi con gli interessi della conservazione, sono contemporaneamente

critici verso il predominio delle leggi del mercato in campo sanitario e della sicurezza sociale, critici verso il "vecchio *welfare*", e diffidenti o sfiduciati verso le possibilità di costruirne realisticamente uno *nuovo*.

Sono persone singole, che non possono non trovare giovamento dal dialogare a tutto campo con adeguati punti di riferimento.

Sono espressioni di correnti culturali e di scuole scientifiche, che seguono le interrelazioni tra equità, salute e politiche positive di *welfare state* mediante appropriate metodologie di ricerca.

Ma sono anche, come si è visto, istituzioni internazionali ed organismi di rappresentanza delle Nazioni i cui orientamenti non possono non risentire delle pressioni che filtrano dall'interno dei Paesi costituenti, da cui l'importanza di una presenza all'interno di queste realtà non isolata ma convergente con altre voci in modo da costituire un'opinione pubblica influente.

Giovanni Barro - Paola Casacci

Nota: in merito a questa manifestazione si può anche vedere la scheda sintetica in questo stessa rivista *AM*, n. 5-6, ottobre 1998, nella rubrica *Osservatorio*, sezione 04. *Segnalazioni*, p. 318.

"Sciamani, medici, guaritori. Sistemi terapeutici e contesti sociali". Terza annualità del programma triennale 1996-1998 "L'Umano e il Divino. Il rapporto con il soprannaturale fra tradizione e modernità". Sezione antropologica della XXXIX edizione del Festival dei popoli, Firenze 13-19 novembre 1998

Firenze, 14-15 novembre 1998

organizzazione: Festival dei popoli (Istituto italiano per il film di documentazione sociale), Firenze / *patrocinio*: Società italiana di antropologia medica (Siam)

La manifestazione di cui si dà qui il resoconto, svoltasi come Sezione antropologica della XXXIX edizione del Festival dei popoli (Firenze, 13-19 novembre 1998), ha costituito la terza e ultima annualità del programma triennale (1996-1998) "L'Umano e il Divino. Il rapporto con il soprannaturale fra tradizione e modernità", organizzato dallo stesso FdP e patrocinato sin dall'inizio dalla Siam.

Di questo programma era stata data un'anticipazione esemplificativa il 27 novembre 1995, durante la XXXVI edizione del Festival dei popoli, e nel catalogo di tale edizione era stato allora inserito un testo di presentazione dell'intero progetto (Tullio Seppilli, *L'Umano e il Divino. Il rapporto con il soprannaturale fra tradizione e modernità: lineamenti di un progetto triennale*, pp. 57-63 [schede dei cinque film presentati in quella giornata in riferimento tematico al progetto, pp. 65-69], in *36° Festival dei popoli. 24 novembre - 2 dicembre 1995*, FdP, Firenze, 1995, 142 pp.). In sostanza, l'obiettivo del progetto era quello di riproporre criticamente, attraverso tavole rotonde "aperte" e proiezioni di materiali cinematografici, alcuni temi nodali della complessa e articolata problematica definita dal titolo e, al tempo stesso, di saggiare il contributo che a una tale riflessione poteva venire dal cinema documentario (su pellicola o videomagnetico) e, anche, da taluni approcci del cinema "a soggetto".

Il primo anno effettivo del programma (3-5 dicembre 1996), che costituì la Sezione tematica della XXXVII edizione del Festival dei popoli, fu dedicato a "Le vie dell'estasi: stati modificati di coscienza e contesto socio-culturale" (si veda Augusto Cacopardo, *Le vie dell'estasi: stati modificati di coscienza e contesto socio-culturale - Paths to ecstasy: modified states of consciousness and the socio-cultural context*, versione inglese di Elena Boni, pp. 63-74 [testi di Jean-Louis Comolli e di Franco Minganti, pp. 75-100, schede dei 26 film complessivamente presentati nel corso della rassegna in riferimento al tema della sezione, pp. 101-126], in *37° Festival dei popoli. 29 novembre - 8 dicembre 1996*, FdP, Firenze, 1996, 144 pp.). Le tre tavole rotonde furono specificamente dedicate a *Stati modificati di coscienza e misticismo* [introduzione di Tullio Seppilli, relazioni di Gilberto Camilla, Georges Lapassade, Elémire Zolla / proiezione e commento di due documentari] (3 dicembre), a *Estasi sciamanica e possessione* [coordinamento di Tullio Seppilli, relazioni di Romano Mastromattei, Roberte Hamayon, Patrick Deshayes / proiezione e commento di due documentari] (4 dicembre), e a *L'estasi riscoperta: dalla beat generation ai rave parties* [coordinamento di Augusto Cacopardo, relazioni di Ildegonda Redfield, Astrid Fontaine, Bruno Pochettino / proiezione e commento di due documentari] (5 dicembre).

Il secondo anno effettivo del programma (25-26 novembre 1997), che costituì la Sezione antropologica della XXXVIII edizione del Festival dei popoli, fu dedicato a "Nuovi culti e tempi di crisi" (si veda Augusto Cacopardo, *Nuovi culti e tempi di crisi - New cults and social crisis*, versione inglese dello stesso Augusto Cacopardo, pp. 83-90 [schede dei 15 film complessivamente presentati nel corso della rassegna in riferimento al tema della sezione, pp. 91-105], in *38° Festival dei popoli. Firenze 22-27 novembre 1997*, FdP, Firenze, 1997, 148 pp.). Le due tavole rotonde furono specificamente dedicate a *Nuovi culti nei Paesi industrializzati* [introduzione di Tullio Seppilli, relazioni di Nathalie Luca, Joan Pratt, Françoise Champion, Pier Luigi Zoccatelli / proiezione e commento di documentari] (25 novembre) e a *Nuovi culti nei Paesi non industrializzati* [coordinamento di Tullio Seppilli, relazioni di Andrea Candreva, Pino Schirripa, Jean-Pierre Dozon / proiezione e commento di documentari] (26 novembre).

Questo terzo anno effettivo del programma (14-15 novembre 1998) ha costituito la Sezione antropologica della XXXIX edizione del Festival dei popoli ed è stato dedicato a "Sciamani, medici, guaritori. Sistemi terapeutici e contesti sociali" (si veda Tullio Seppilli, *Sciamani, medici, guaritori. Sistemi terapeutici e contesti sociali - Shamans, doctors and medicine men. Systems of therapy and social contexts*, versione inglese di Augusto Cacopardo, pp. 73-82 [schede dei tredici film complessivamente presentati nel corso della rassegna in riferimento al tema della sezione, pp. 83-95], in *39° Festival dei popoli. Firenze 13-19 novembre 1998*, FdP, Firenze, 1998, 243 pp.).

La prima tavola rotonda (sabato 14 novembre) è stata specificamente dedicata a *Biomedicina e medicine tradizionali nelle società extra-occidentali*. Jean Benoist, docente all'Université d'Aix-Marseille, medico e antropologo, presidente dell'Association d'anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé (Amades), ha tenuto la sua ampia relazione *Soigner au pluriel, ou la rencontre des médecines*. Il tema di fondo è stato quello del superamento di concezioni ancora assai diffuse, fra noi, che considerano ogni forma di medicina non occidentale come l'espressione di una mentalità "superstiziosa", ancora incapace di incorporare le scoperte della scienza medica: di qui lo "stupore" che comportamenti così "irrazionali" possano ancora persistere a fronte della progressiva diffusione e disponibilità delle pratiche della medicina moderna. Per contro, l'antropologo propone un altro sguardo, capace di comprendere ciò che in base a queste concezioni rimane incomprensibile. Un ampio arco di ricerche ha ormai assodato che in ogni società in cui si impianta la biomedicina, questa viene largamente accettata da gran parte della popolazione in riferimento a un gran numero di "mali" senza che tuttavia ciò giunga ad eliminare le forme di medicina preesistenti. Proprio le ricerche condotte dal Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie de l'Université d'Aix-Marseille hanno individuato questa situazione di incontro fra differenti medicine nei più diversi contesti in ogni continente: che si traduce di fatto in un diffuso "pluralismo medico" (si veda, in merito, il volume collettivo curato da Jean Benoist, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Éditions Karthala, Paris, 1996, 520 pp. [collection "Médecines du monde. Anthropologie comparée de la maladie"]). Sembra, in altre parole, che alla funzione della "cura", affidata ormai in larga misura alla biomedicina, si affianchi sempre una funzione del "prendersi cura", la quale richiede assai di più: entrare, cioè, nella soggettività del paziente, comprendere effettivamente il suo culturale vissuto della propria malattia. Così, questa "spartizione" di funzioni tra differenti forme di medicina si fonda sulla effettiva molteplicità dei bisogni che in relazione all'evento-malattia coinvolgono il malato, il suo contesto immediato, la società. Il "pluralismo medico" appare allora

come un fatto sociale, e sono le logiche sociali, e non la logica medica, a produrre il suo mantenersi e le sue trasformazioni.

La seconda relazione è stata tenuta da Piero Coppo, etnopsichiatria, direttore della rivista "I Fogli di Oriss (Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute)". Come è noto, in base a un protocollo di cooperazione bilaterale fra Italia e Repubblica del Mali, Piero Coppo ha coordinato in Mali per lunghi anni il Progetto di medicina tradizionale per la Quinta regione, a Bandiagara. E appunto intorno a un bilancio di questa esperienza esemplare e ormai "classica" di cooperazione internazionale e di integrazione fra medicine, con un preciso coinvolgimento dei guaritori tradizionali locali, si è incentrato il suo rilevante contributo alla tavola rotonda.

La terza relazione (*Articulation entre médecine traditionnelle et médecine conventionnelle*), in evidente correlazione con la seconda, è stata tenuta da Arouna Keita, direttore del Département de médecine traditionnelle de l'Institut national de recherche en santé publique della Repubblica del Mali. In questa sua relazione, Arouna Keita ha passato in rassegna alcune definizioni di "medicina tradizionale" e di "guaritore tradizionale" emerse dagli incontri dei comitati di esperti della Organizzazione mondiale della sanità e ha indicato nelle grandi trasformazioni mondiali conseguenti alla fine del colonialismo il quadro di riferimento di una significativa modifica di atteggiamenti verso le medicine non occidentali e i guaritori tradizionali, in parallelo a un ritorno di interesse della grande industria farmaceutica verso le piante medicinali. L'obiettivo, in Mali, è oggi quello di una integrazione fra le due medicine, e a tale scopo è in pieno corso la ricerca sulle piante medicinali locali, sui criteri della loro raccolta e della loro lavorazione, e su una sempre più fondata conoscenza operativa in ordine alla ottimizzazione e standardizzazione del loro contenuto in principi attivi.

Infine, il quarto contributo proposto nella prima tavola rotonda è stato fornito da Jean Rouch, antropologo e regista cinematografico, autore dei più noti ed esemplari documentari francesi sull'Africa, uno dei più significativi protagonisti contemporanei della promozione e della realizzazione del cinema etnografico: che ha costruito la presentazione di uno dei suoi primi documentari, *Les magiciens du Wanzerbe*, girato in Niger nel 1949, tessendo una vivace e commossa rammemorazione della sua intensa esperienza professionale fra due competenze e dei suoi indimenticabili "incontri" con i guaritori tradizionali africani.

La seconda tavola rotonda (domenica 15 novembre) è stata specificamente dedicata a *La domanda di salute in Occidente: servizi biomedici e percorsi rituali*. Per prima, Elisabetta Confaloni, venuta dagli studi filosofici e oggi impegnata nella produzione televisiva, ha fornito un quadro del complesso lavoro che ha portato alla realizzazione del Progetto Rai Educational, *Culture della guarigione*, in dieci puntate: un progetto che si ispira alla linea adottata dalla Organizzazione mondiale della sanità, in occasione della Conferenza di Alma Ata (1978), con la quale i paesi membri sono stati invitati ad abbattere le barriere fra i differenti sistemi medici e a procedere a concrete verifiche di efficacia e a possibili conseguenti integrazioni.

È seguita la relazione di Maurizio Crispi, psichiatra e responsabile del Sert [Servizio Tossicodipendenze] di Palermo, *Medicina moderna, frammentazione del corpo malato "oggettivabile"e disagio dei curanti di fronte al sentimento della malattia: un tentativo di analisi psicologica sul successo di nuovi metodi di cura.* La relazione si è incentrata sulla attuale crisi della "medicina contemporanea" e sui suoi fattori determinanti, al di là dei grandi traguardi da essa raggiunti. Una mutata configurazione delle patologie, e i suoi stessi

processi di specializzazione spinta e di aziendalizzazione e progressiva dipendenza dalla logica di profitto delle grandi concentrazioni multinazionali, hanno «comportato da un lato un'enorme lievitazione dei costi dell'assistenza sanitaria, dall'altro la perdita della capacità originaria del medico […] di occuparsi effettivamente dell'individuo malato nella sua totalità di individuo […], facendosi carico delle sue sofferenze e non sottraendosi ad un'attitudine relazionale e dialettica». In un tal quadro di "crisi della medicina" si può identificare una *crisi del malato* e anche, in effetti, una *crisi del medico*. Si comprende quindi «come di fronte alla pratica di una medicina *muta* ma anche *sorda* e *cieca* si moltiplichino i tentativi di trovare vie per la salute diverse e più soddisfacenti, che siano attente alla complessa realtà antropologica dell'individuo ammalato e al suo essere nel mondo come individuo sociale e che in definitiva attuino un approccio di tipo *olistico*: si spazia dal ricorso a maghi e guaritori, a molte applicazioni terapeutiche del filone *new age* che rispondono a questi requisiti, sino ad approcci più tradizionali e che adesso tendono a rientrare nella cultura medica più ortodossa come ad esempio quello omeopatico, ad integrazione della prassi medica *mainstream*. In relazione a ciò, può essere molto più efficace l'intervento di un operatore della sanità attento agli aspetti relazionali e alla loro qualità che non addestrato a standard elevatissimi di prestazioni tecniche brillanti, ma sostanzialmente senz'anima». In questo orizzonte di riferimento e per saggiarne le possibilità interpretative, Maurizio Crispi ha proposto l'esame dei fattori in gioco in "situazioni emblematiche": il caso del protocollo Urod di intervento farmacologica massiccio per una disintossicazione veloce dagli oppiacei, il notissimo e assai discusso caso della multiterapia Di Bella e la questione del ruolo di un "medico carismatico" nella proposta di un protocollo alternativo a quelli praticati dalla medicina ufficiale, e infine il caso del Viagra ossia del "farmaco come feticcio".

A Marco Geddes, medico, noto studioso dei problemi di sanità pubblica e assessore alla solidarietà e ai servizi socio-sanitari del Comune di Firenze è stata affidata la terza relazione di questa seconda tavola rotonda. Marco Geddes ha proposto un aggiornamento critico del concetto di "malattia" e una riflessione sui mutamenti dell'intero quadro epidemiologico, nel nostro paese, in parallelo a una attenta disamina delle tendenze e delle contraddizioni in atto nelle attuali politiche di sanità pubblica, sottolineando, al tempo stesso, come accanto alla incidenza dei servizi sanitari altri fattori, di natura più largamente "sociale", come le condizioni e gli stili di vita, agiscano talora come determinanti fondamentali sullo stato di salute della popolazione. In questa situazione, ha sottolineato il positivo crescente sviluppo, anche nel nostro paese, di "movimenti collettivi" di malati, ex-malati, e familiari di malati colpiti da particolari patologie, che partecipano in forme attive e consapevoli alla gestione dei trattamenti e dei modi di vita e si costituiscono al tempo stesso come gruppi di pressione al fine di ottenere dai "poteri competenti" specifici provvedimenti di tutela.

Infine, la quarta e ultima relazione è stata presentata da Tullio Seppilli, docente di antropologia culturale e di antropologia medica e direttore del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia, presidente della Società italiana di antropologia medica e vice-presidente dello stesso Festival dei popoli. Anche Tullio Seppilli è partito dalla "crisi" attuale della biomedicina e dalla necessità di un suo esame interpretativo: che non può in alcun modo significare una sottovalutazione dei grandi avanzamenti conoscitivi e operativi verificatisi in questi ultimi decenni nella ricerca medica occidentale e non deve comunque lasciare spazio ad approcci neoirrazionalistici che dietro il giusto riconoscimento di quanto pesino nelle dinamiche di salute/malattia i vissuti soggettivi, le dimensioni simbolico-emozionali e i meccani-

smi empatici, tendono di fatto a riproporre antiche e oscurantistiche concezioni prescientifiche della realtà. La critica antropologica alla biomedicina non è rivolta infatti a un suo supposto "eccesso di scientificità" bensì, al contrario, alle insufficienze della sua piattaforma conoscitiva, scientificamente incompiuta perché fondata sulle sole discipline naturalistiche – in primo luogo la biologia e la biochimica – e su una sostanziale obliterazione della forte incidenza esercitata sui processi di salute/malattia (e peraltro sulle stesse eterogenee risposte che ad essi danno i differenti sistemi medici) dagli assetti e dalle dinamiche storico-sociali. È da dire – ha proseguito Seppilli – che paradossalmente la attuale "crisi" della biomedicina nasce anzitutto dalle sue stesse grandi vittorie ottenute tra la fine del secolo XIX e la prima metà del XX nei confronti di gran parte delle malattie infettive: proprio da tali vittorie derivò infatti una progressiva dilatazione delle patologie degenerative e di lungo periodo, difficilmente aggredibili reiterando gli schemi di intervento che erano stati alla base di quei successi, talché ne risultò una inevitabile caduta delle diffuse speranze che la nostra medicina fosse ormai in grado di debellare rapidamente tutte le malattie. Al tempo stesso, con risultati che muovono tutto sommato nella medesima direzione, la "crisi di consenso" che investe oggi la biomedicina appare chiaramente alimentata dalla forte caduta dello spessore emozionale-simbolico e più generalmente comunicativo della relazione medico-paziente, in larga parte della pratica sanitaria occidentale, a causa di tre ben noti fattori convergenti: (*a*) la *iperspecializzazione* delle discipline mediche e il conseguente indebolimento di un approccio sistemico (olistico) all'organismo e alla personalità del malato, (*b*) la *ipertecnicizzazione* e la conseguente ipertrofia dell'affidamento diagnostico agli esami di laboratorio a scapito dello spazio, del peso e dei significati soggettivi profondi della visita clinica, e (*c*) la *iperburocratizzazione* dei servizi sanitari e la conseguente riduzione dei tempi e della qualità del rapporto fra medico e paziente (a fronte peraltro di una dilatazione degli obblighi dei pazienti o dei loro congiunti nei confronti della burocrazia sanitaria). Ma ciò che va ancora sottolineato è l'orizzonte ideologico-culturale che fa da sfondo alla caduta delle ingenue illusioni su un cammino della ricerca scientifica e dei suoi risultati concreti ormai privo di ostacoli e alla progressiva disaffezione per una pratica della medicina ufficiale vieppiù spersonalizzata e privata del suo spessore simbolico-emozionale: un orizzonte in cui sono venute emergendo, a partire dalla fine degli anni '60, concezioni e valori di vario segno, che dal rifiuto dell'assetto sociale capitalistico hanno finito per mettere in discussione ogni assetto industriale e le intere fondamenta del filone occidentale di civiltà, a fronte di una alquanto mitica caratterizzazione delle "civiltà orientali" come più libere da ingabbiamenti razionalistici, più spontanee, più aperte alle dinamiche empatiche ed emozionali, al pensiero simbolico, alla correlazione "dolce" con la natura. Il risultato è noto ed è stato evidenziato sin dagli anni '80 dalla Organizzazione mondiale della sanità: un certo revivalismo, in Europa, dei saperi erboristici legati alle vecchie medicine folcloriche e, soprattutto, lo sviluppo o l'ingresso massiccio dei più vari tipi di medicine non convenzionali nate nello stesso Occidente o, ancor più, in Oriente o in altre aree del mondo meno industrializzato. Si è venuto determinando così, come è noto, un processo per certi versi opposto a quello che sulla fine dell'800 tese a centralizzare la formazione degli operatori di salute e ogni pratica medica consentita sotto il solo controllo delle facoltà mediche: assistiamo cioè a uno sviluppo sempre più ampio di fasce di utenti che pur continuando a rivolgersi in larga misura ai servizi e agli operatori di medicina convenzionale ricorrono appunto per una significativa gamma di esigenze preventivo-terapeutiche – "somatiche" o "psichiche" – a operatori ascrivibili alle varie medicine non-convenzionali. Talché in

effetti, più che di "alternatività" sarebbe corretto parlare di "parallelismi", vissuti dagli utenti come "opportunità aggiuntive" a quelle convenzionali, particolarmente indicate in riferimento a determinate situazioni. È questo, dunque, il quadro che i servizi sanitari "ufficiali" devono affrontare, reso più complesso da una crescente presenza, nel nostro Paese come in tutta Europa, di nuovi cittadini, portatori di concezioni e pratiche culturali relative a salute/malattia/guarigione almeno in parte estranee alla medicina qui dominante: il che significa riuscire a "prendersi cura" e "dare risposta" a una ampliata e differenziata utenza in forme più articolate di prima. Ma una acquisita capacità di approfondire l'ascolto e di articolare le risposte, una "calibrazione culturale" dei servizi cioè, si tradurrà, non dimentichiamolo, in un forte beneficio prima di tutto per gli italiani di più lunga data, la cui diversità culturale è stata per troppo tempo largamente ignorata dalle istituzioni pubbliche. È un processo, questo, e un obiettivo – ha concluso Seppilli – che richiedono in ogni caso il superamento della resistenze a una ricomposizione delle "due facce" di ogni efficace risposta alla malattia: l'allargamento dell'orizzonte di riferimento ai due versanti, quello "biologico" e quello "sociale", in cui si produce l'esistenza umana.

Questi i quattro documentari proiettati e commentati nel corso delle due tavole rotonde costitutive della Sezione antropologica di questa XXXIX edizione del Festival dei Popoli (*Biomedicina e medicine tradizionali nelle società extra-occidentali*, 14 novembre • *La domanda di salute in Occidente: servizi biomedici e percorsi rituali*, 15 novembre):

14 novembre: *Les magiciens du Wanzerbe* di Jean Rouch, Francia, 1949 / *Wootal. L'appello* di Massimo Luconi, Italia, 1998 • 15 novembre: *L'herbe qui guérit* di Guillaume Alessandro, Francia, 1995 / *Wala's world* di Angelika Weber, Germania, 1997.

Questi gli altri nove documentari proiettati nel corso della rassegna cinematografica di questa XXXIX edizione del Festival dei popoli in riferimento al tema della Sezione antropologica:

sabato 14 novembre: *Xingú, le corps et les esprits* di Mari Corrêa, Francia, 1997 / *Doctors of two worlds* di Natasha Solomons, Gran Bretagna, 1989 / *Zhuang medicine* di Li Shaoming, Repubblica Popolare Cinese, 1998 / *N'doep* di Michel Meignant, Francia, 1967 / *Alter ego* di Hillie Molenaar - Joop van Wijk, Olanda, 1986 • domenica 15 novembre: *La pharmacie des Dieux* di S. Rossel - R. Goerg - S. Lagrange - V. Samara, Svizzera, 1995 / *The art of healing, the art of living: Bach flowers* di Angelika Weber, Germania, 1995 / *Lourdes et ses miracles* di Georges Rouquier, Francia, 1955 / *Il medico di Gafiré* [*Le médecin de Gafiré*] di Moustapha Diop, Niger, 1983 (versione italiana).

Tullio Seppilli

nota: in merito a questa manifestazione si può anche vedere la scheda sintetica in questo stesso fascicolo di *AM*, n. 7-8, ottobre 1999, nella rubrica *Osservatorio*, sezione 04. *Segnalazioni*, pp. 324-326.

Tavola rotonda "Ciak, si muore. Moralità e immoralità della morte al cinema" nel quadro della XXXIX edizione del Festival dei popoli, Firenze, 13-19 novembre 1998

Firenze, 15 novembre 1998

organizzazione: Festival dei popoli (Istituto italiano per il film di documentazione sociale), Firenze

Sandro Aiello, cineasta e studioso di tanatologia cinematografica, ha aperto la tavola rotonda ripercorrendo a grandi linee le tappe più significative della "tanato-cinematografia" dando un'interpretazione dei film sulla morte come parte integrante del cinema estremo, cinema che tocca il confine della sua rappresentazione. Aiello riporta un elenco di film indicativi ai fini del tema trattato nell'incontro. Ne citiamo alcuni che sono stati proiettati dal 13 al 19 novembre 1998 nella rassegna cinematografica del festival: *L'occhio che uccide* di Michael Powell del 1960, che rappresenta il voyeurismo del cinema nei confronti della morte; il famoso *La morte in diretta* di Bertrand Tavernier del 1979, in cui una telecamera inserita negli occhi del protagonista ha lo scopo di filmare la morte "in diretta" di una donna malata di cancro, vittima dell'industria dell'informazione televisiva e dei gusti sempre più perversi degli spettatori; *Nick's movie* di Wim Wenders del 1980, che riporta le drammatiche immagini degli ultimi giorni di vita del regista Nicholas Ray malato terminale. Aiello inserisce nell'elenco anche quel genere di filmati non diffusi dai normali circuiti cinematografici e quindi poco conosciuti o completamente ignorati dal grande pubblico, quali i *mondo movies* e gli *snuff movies*. I primi sono film documentaristici (o con la pretesa di essere tali), spesso incentrati su fenomeni di violenza e di morte, reali o simulati che siano (il primo film del genere, *Mondo cane*, del 1961, di Gualtiero Jacopetti e Franco Prosperi, che ha dato il nome allo stesso filone da loro inaugurato, ha suscitato non poche polemiche e attacchi). I secondi fanno parte di un filone molto discusso ma poco conosciuto, in cui la morte e la violenza sarebbero addirittura gratuitamente provocate di fronte a una cinepresa. La reale esistenza di questi filmati non è certa, e da alcuni è addirittura considerata leggendaria, in quanto non se ne conoscono i fruitori che possano testimoniarne l'esistenza.

L'intervento di Marco Marchi si è focalizzato sull'orizzonte specifico della letteratura italiana, e in particolare ha citato le opere di Federico Tozzi, illustrando la consistente presenza della morte nella sua poetica.

Alberto Farassino, coordinatore del dibattito, intervenendo attivamente nella tavola rotonda, ha dato alcuni significativi contributi sottolineando come il cinema non abbia un vero e proprio genere mortuario a differenza di quanto avviene nella poesia, nella musica, nell'arte e nell'architettura, nella fotografia. L'arte, afferma Farassino, se da un lato ha la capacità di rappresentare la morte, può anche allontanarla: ne *La Soufrière*, film trasmesso durante la rassegna, Herzog cerca di riscattare la vita, andando là dove può morire, nell'isola il cui vulcano sta per esplodere; un gesto questo di coraggio, ma soprattutto un gesto estetico: andare dove si può trovare la morte e quasi magicamente riuscire a non far esplodere il vulcano. Un esempio di capacità miracolistica che viene affidata al cinema e al gesto estetico.

L'intervento di Jean Rouch ha come oggetto il racconto delle tappe più significative della sua vicenda di uomo e di regista: l'infanzia, il primo film visto, *Nanook l'eschimese* (primo documentario riconosciuto come opera d'arte), che sarà significativo per la sua scelta di regista etnografico, la guerra e il contatto diretto con la morte, la poetica del "come se".

Guido Fink è intervenuto alla tavola rotonda portando il suo contributo di studioso di letteratura anglo-americana e di cinefilo. Nell'ambito della letteratura anglo-americana e inglese, sostiene Fink, il senso della morte è molto evidente sia in autori che hanno la fama di essere particolarmente sinistri e mortuari, come Edgar Alan Poe, ma anche in autori considerati edificanti e per bambini come Dickens e Twain. Riguardo al tema "moralità e immoralità della morte al cinema", Fink ha sottolineato come l'immoralità del cinema non dipenda tanto da chi fa il film, (se viola le leggi è un altro discorso, come nel caso degli *snuff movies* e dei *mondo movies*) ma da chi ne fruisce e da come lo fruisce. Ad esempio l'omicidio di Marta Russo è possibile sia stato ispirato da uno dei film più morali della storia del cinema: *Schindler's list*, dove il cattivo spara a caso da una finestra sui prigionieri di un campo di concentramento. Oggi nel cinema, prosegue Fink, soprattutto nell'ambito della cultura americana (influenzata dalla corrente New Age, che ora è diventata Next Age), si riscontrano sintomi millenaristici, anche apocalittici, in cui la sopravvivenza è presentata in termini consolatori; in alcuni film la morte praticamente non esiste: cita film come *City of angels* (remake de *Il cielo sopra Berlino*) e *Armageddon*. In *City of angels* gli angeli si trasformano in necrofori, tutti vestiti di nero, che intervengono quando c'è qualcuno che sta per morire, lo prendono dolcemente per mano e lo portano dove non si sa... La morte cinematografica in questo caso equivale all'uscita di scena.

L'intervento significativo più attinente al tema della tavola rotonda è forse quello di Jean-Louis Comolli, allievo ed erede di André Bazin, il grande teorico della moralità cinematografica e dell'immoralità della morte cinematografica. Egli dichiarava l'oscenità fondamentale della morte vista al cinema. Bazin era convinto che il cinema fosse stato invitato a vincere la morte, a trovare il compromesso, a reintegrare la morte nel racconto universale. Il cinema giunge temporalmente dopo le altre arti, dopo che il problema della scomparsa della persona non poteva più essere compensato dalla religione, nel momento in cui i filosofi si interrogavano intorno alla morte di Dio. Il cinema interviene per ovviare a questa perdita. Il cinema è l'arte rappresentativa per eccellenza, raggiunge la perfezione nella rappresentazione del corpo umano. Filmare inoltre vuol dire fermare il gesto, immobilizzare il corpo. Vi è presenza di morte nello strumento cinematografico di base: il fotogramma. La morte avviene ventiquattro volte al secondo. Secondo Comolli lo show della morte cinematografica deve essere reintegrato all'interno di un racconto. Infatti i modelli di rappresentazione della morte rimangono estranei allo spettatore se non sono reintegrati nel mondo della intelligibilità, cioè se non si dà la possibilità allo spettatore di reinserire la morte cinematografica nella sua stessa vita. La morte che viene oggi offerta dai mass-media è una morte privata del suo contesto, non c'è ne prima ne dopo: è necessario reintegrare l'oggetto.

Per Antonio Bruschini, esperto di *horror movies*, è possibile che gli *snuff movies* siano soprattutto frutto di una leggenda metropolitana. Diverso è invece il discorso da fare sui *mondo movies*, che avevano la prerogativa di rappresentare la morte in diretta, filmare persone che venivano uccise o condannate e porle così brutalmente agli spettatori. In realtà non si è mai accertata l'autenticità di questi documentari, anche se in alcuni di essi si può intravedere quasi con sicurezza la fiction (come in *Ultime grida dalla Savana*).

In questo caso il discorso della moralità e immoralità va ridiscusso in quanto non si tratterebbe di documenti filmati, ma di fiction. Per quanto riguarda il cinema in generale che tratta la morte come argomento principe, continua Bruschini, è necessario dire che, essendo sempre stato il cinema veicolo di emozioni fin dai tempi dei fratelli Lumière, esso non poteva ignorare il tema della morte, perché da essa deriva una delle emozioni primarie dell'uomo. Il tema della morte e del dopo morte è stato ampiamente trattato nel cinema, perché esercita sullo spettatore un incredibile fascino, un fascino morboso per la morte in sé unito al fascino molto più profondo di quello che può esserci dopo la morte. Gran parte della filmografia horror e fantastica si è ispirata in passato alla letteratura gotica: da Edgar Allan Poe a Mary Shelley a Bram Stoker. Il primo regista che si è scardinato dalla letteratura gotica è George Romero, con *La notte dei morti viventi*; i suoi zombie non sono più morti viventi fine a se stessi, ma diventano un simbolo della società del progresso, disumanizzata e degradata; una società che finisce per partorire, al suo interno, la sua stessa fine. Una scena clou di questo film è l'uccisione totemica da parte di una bambina zombie dei genitori all'interno di un supermercato, emblema principe della società dei consumi. Gli zombie rappresentano sia la repulsione che suscita il morto in quanto morto, sia l'inquietudine e l'angoscia generate dal suo ritorno. Per l'approfondimento del discorso sull'attrazione/repulsione della morte e del dopo-morte, Bruschini cita come significativo il film di Pupi Avati *Zeder* (1983), in cui il morto che ritorna impersonifica il male, in quanto privo di anima (influenza della cultura cattolica di Avati).

Richiamandosi al tema ufficiale del dibattito (che non è sempre stato al centro degli interventi), Luca Mazzei uno degli organizzatori della tavola rotonda è intervenuto alla fine concludendo che forse non c'è nel cinema una differenza tra morte filmata del documentario e morte filmata della fiction (c'è solamente a fini legali nel caso ad esempio degli *snuff movies*). Se c'è un assassinio l'azione diventa immorale; oppure è immorale perché si filma una morte mentre il morente non avrebbe voluto: si parla allora di immoralità quando un individuo non è messo nelle condizioni di gestire la propria immagine. Il concetto di immoralità coinvolge anche la morbosità del fruitore nel vedere la morte filmata. Una plausibile motivazione di questo comportamento può derivare, secondo Mazzei, dal fatto che ognuno abbia la curiosità di vedere nella morte dell'altro la propria. Ciò che spinge lo spettatore non è tanto indagare cosa c'è dopo la morte, ma come continuerà il mondo senza di noi.

Questi i ventisei documentari e film a soggetto specificamente riferiti a "Ciak, si muore" proiettati nel corso della rassegna cinematografica di questa XXXIX edizione del Festival dei popoli:

venerdì 13 novembre: *Viale del tramonto* [*Sunset boulevard*] di Billy Wilder, Usa, 1950 (versione italiana) / *Orphée* di Jean Cocteau, Francia, 1950 / *Les morts de la Seine* di Peter Greenaway, Francia, 1989 / *Das Kabinet des Dr. Caligari* di Robert Wiene, Germania, 1919 (versione restaurata a colori) • sabato 14 novembre: *La morte in diretta* [*La mort en direct*] di Bertrand Tavernier, Francia, 1979 (versione italiana) / *La soufrière* di Werner Herzog, Repubblica Federale Tedesca, 1976 / *Nick's movie* di Wim Wenders - Nicholas Ray, Repubblica Federale Tedesca, 1979-1980 (versione originale sottotitolata) • domenica 15 novembre: *L'asso nella manica* [*The big carnival*] di Billy Wilder, Usa, 1951 (versione italiana) / *Scenes from Allen's last three days on earth as a spirit*, di Jonas Mekas, Usa, 1997 • lunedì 16 novembre: *Le pont rouge* di Geneviève Mersch, Belgio, 1991 / *La ricotta* di Pier Paolo Pasolini, Italia, 1963 / *Maciste all'inferno* di Guido Brignone, Italia, 1926 (versione restau-

rata) / *Krokti film o zabijaniu* (*Breve film sull'uccidere*) di Krzysztof Kieslowski, Polonia, 1987 • martedì 17 novembre: *Sehnsucht nach Sodom* di Hanno Baethe - Hans Hirschmuller - Kurt Raab, Germania, 1989 / *Fourteen days in May* di Paul Hamann, Gran Bretagna, 1987 / *La decima vittima* di Elio Petri, Italia, 1965 / *Zeder* di Pupi Avati, Italia, 1982 / *I walked with a zombie* [*Ho camminato con uno zombie*] di Jacques Tourneur, Usa, 1943 • mercoledì 18 novembre: *Il cameraman & l'assassino* [*C'est arrivé près de chez vous*] di R. Belvaux - A. Bonzel - B. Poelvoorde, Belgio, 1992 (versione italiana) / *Shooting stars* di Anthony Asquith - A. V. Bramble, Gran Bretagna, 1928 / *El día que me quieras* di Leandro Katz, Argentina, 1998 / *Su tutte le vette è pace* di Y. Gianikian - A. Ricci Lucchi, Italia, 1998 • giovedì 19 novembre: *Falkenau, ou vision de l'impossible* di Emile Weiss, Francia, 1988 / *Prix de beauté* di Augusto Genina, Francia, 1928 / *Kurt & Courtney* di Nick Broomfield, Usa, 1997 / *Peeping Tom* [*L'occhio che uccide*] di Michael Powell, Gran Bretagna, 1960.

Sabrina Flamini

Nota: in merito a questa manifestazione si può anche vedere la scheda sintetica in questo stesso fascicolo di *AM*, n. 7-8, ottobre 1999, nella rubrica *Osservatorio*, sezione 04. *Segnalazioni*, p. 326.

04. Segnalazioni

In questa sezione dell'Osservatorio viene data notizia di manifestazioni di diverso tipo che hanno avuto luogo recentemente in riferimento più o meno diretto a questioni di antropologia medica: nella impossibilità materiale di fornire resoconti di tutte le manifestazioni di tal genere – o in attesa, per talune, di poterlo fare – si è ritenuto opportuno integrare l'informazione fornita attraverso i *Resoconti* con queste *Segnalazioni* di altre manifestazioni, spesso altrettanto importanti, che vengono perciò ugualmente proposte all'attenzione del lettore. In questa sezione, peraltro, potranno venir segnalati anche altri tipi di avvenimenti connessi comunque agli sviluppi dell'antropologia medica: costituzione di nuovi centri di attività, ad esempio, o vicende connesse allo status universitario della disciplina, o altro ancora.

Riunioni, seminari, conferenze

■ **XII Convegno nazionale della Società italiana di psicosintesi terapeutica (SIPT) "*Medicina psicosomatica e biopsicosintesi: tra unità e molteplicità*", Firenze, 6-8 novembre 1998**

organizzazione: Società italiana di psicosintesi terapeutica (SIPT) / *patrocinio*: Regione Toscana - Provincia di Firenze - Comune di Firenze - Ordine degli psicologi della Toscana - Ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri di Firenze - Società italiana di medicina psicosomatica (SIMP).

■ ***Seminario "Il trattamento dei disturbi psichiatrici negli immigrati: etnopsicoterapia e psicoterapia familiare"*, Milano, 14 novembre 1998 / nel quadro della attività formativa del Nuovo centro per lo studio della famiglia, Scuola di psicoterapia della famiglia. Seminari 1998**

organizzazione: Nuovo centro per lo studio della famiglia, Scuola di psicoterapia della famiglia, Milano

partecipanti: Massimiliano MINELLI (in sostituzione di Tullio SEPPILLI), Roberto BENEDUCE, Natale LOSI / proiezione, presentata da Massimiliano MINELLI, del documentario di Gianfranco Mingozzi, *La taranta*, b.n., 19 min, 1961.

■ ***V Workshop internazionale "Cultura Salute Immigrazione"*, Roma, 16-18 novembre 1998**

organizzazione: Istituto scientifico San Gallicano (IRCCS), Roma - Assessorato alle politiche per la promozione della salute, Comune di Roma - Cattedra di antropologia culturale, Facoltà di sociologia, Università degli studi di Roma "La Sapienza" - Provveditorato agli studi di Roma - Lega nazionale delle autonomie locali, Roma / *collaborazione*: Coordinamento assistenza immigrati, ASL Rm B, Roma - Ufficio speciale immigrazione (USI), Comune di Roma - Istituto superiore di sanità, Roma - Caritas diocesana di Roma - Società italiana di medicina delle migrazioni (SIMM) - Associazio-

ne "Camminare insieme", Torino - Associazione "Casa dei diritti sociali", Roma - Facoltà di scienze della formazione, LUMSA, Roma - Associazione studi giuridici sull'immigrazione (ASGI) - Centro di iniziativa per l'Europa del Piemonte (CIE), Torino - Comunità di Sant'Egidio, Roma - Consulta medicina internazionale, Ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri di Roma / *patrocinio*: Ministero dell'interno - Ministero della sanità - Assessorato alla salvaguardia e cura della salute, Regione Lazio - Assessorato alle politiche per la qualità della vita, Regione Lazio - Società italiana di antropologia medica (SIAM) - Ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri di Roma

contributi di antropologia medica o di particolare interesse per l'antropologia medica: (nella sessione I. *La ricerca scientifica al servizio del Sud del Mondo*, mattina del 16 novembre, presieduta da Alberto GIANNETTI e Tullio TENTORI): Gioia DI CRISTOFARO LONGO, *La categoria del disagio culturale* / Tullio SEPPILLI, *Processi migratori e strategie della salute: un approccio antropologico* / (nella sessione III. *La salute degli immigrati tra passato, presente e futuro*, mattina del 17 novembre, presieduta da Luigi FRIGHI e Aldo MORRONE): Filippo GNOLFO, *Immigrazione, emarginazione e salute nella ASL Rm A* / Federico BONADONNA, *L'esperienza di Michele Risso tra passato e futuro* / Virginia DE MICCO, *Identità, memoria e differenza: esperienza migratoria e sofferenza psichica* / Anna FELCHER, *Luoghi e modalità del disagio psichico nell'immaginario corporeo di culture scelte a campione* / (nella sessione IV. *Volontariato e istituzioni pubbliche: tra carità e giustizia*, pomeriggio del 17 novembre, presieduta da Fabrizio MASTRILLI e Bruno BENIGNI): Genidakis FRAGISKOS, *Differenze sintomatologiche dell'ansietà in tre gruppi culturali: risultati di uno studio retrospettivo* / (nella sessione V. *Cultura e salute: come garantirle a tutti?*, mattina del 18 novembre, presieduta da Paolo NORCIA e Gioia DI CRISTOFARO LONGO): Piergiorgio MAGGIOROTTI - Giovanni AMEDURA, *Esperienze sui bisogni socio-sanitari degli immigrati a Torino* / Claudio ROSSI, *La mediazione interculturale* / Paola CORSO, *Le donne e il Sud: appartenenza, nostalgia e limiti* / Stefania CERINO, *Migrazione e salute mentale* / Salvatore PELARGONIO, *Difficoltà nella raccolta dell'anamnesi nei pazienti stranieri* / Virginie HALLEY DES FONTAINES, *Approcci interculturali della prevenzione e del depistaggio nei migranti affetti dal virus dell'HIV* / Manfred BERGMAN, *Difficoltà d'accesso alla professione del mediatore culturale per i Rom presenti in Italia* / (nella sessione VI. *Il melting pot del terzo millennio*, pomeriggio del 18 novembre, presieduta da Giuseppe ALCARO e Federico BONADONNA): Carmelina DI AGRESTI, *L'educazione interculturale*.

■ **Conferenza di Emilio RODRIGUÉ: *"Uno psicoanalista argentino nei culti di possessione afro-brasiliani"*, Perugia, 17 novembre 1998**

organizzazione: Istituto di etnologia e antropologia culturale, Università degli studi di Perugia - Istituto di ricerca clinica in psicosomatica psicoanalitica Arminda Aberastury, Perugia - Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia - Società italiana di antropologia medica (SIAM).

■ **Lezione di Tullio SEPPILLI: *"Antropologia della morte"*, Gubbio (provincia di Perugia), 20 novembre 1998 / nel quadro del Corso regionale di formazione in Cure palliative per infermieri professionali *"Cure palliative e malato terminale"*, Gubbio, 5-22 novembre 1998**

organizzazione: Associazione eugubina per la lotta contro il cancro (AELC), Gubbio (provincia di Perugia) / *collaborazione*: Azienda USL 1, Regione dell'Umbria - Federazione umbra per le cure palliative (FUCP) / *consulenza*: Sede regionale umbra della Società italiana cure palliative (SICP).

■ ***Convegno "La riabilitazione del cardiopatico: l'approccio psicosomatico"*, Perugia, 21 novembre 1998**

organizzazione: Sezione umbra della Società italiana di medicina psico-

somatica (SIMP) / *patrocinio*: ASL n. 2 della Regione dell'Umbria - Ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri di Perugia - Società italiana di medicina psicosomatica (SIMP) / *adesione*: Gruppo italiano valutazione funzionale riabilitazione cardiologica - Istituto di ricerca clinica in psicosomatica psicoanalitica Arminda Aberastury, Perugia - Società italiana di antropologia medica (SIAM) - Sezione umbra della Società italiana medici di medicina generale (SIMG) - Sezione umbra della Società italiana di psichiatria (SIP)

contributi di antropologia medica: nella Tavola rotonda, coordinata da Tullio SEPPILLI, contributo di Tullio SEPPILLI.

■ ***Incontro sul tema "Curare e prendersi cura all'epoca delle aziende sanitarie"*, Perugia, 3 dicembre 1998**

organizzazione: Assessorato alla sanità, Regione dell'Umbria - "Annali di Neurologia e Psichiatria", Perugia

contributi di antropologia medica: intervento di Tullio SEPPILLI.

■ ***"Le problematiche sociali nel reinserimento della persona con lesione al midollo spinale. Il ruolo degli operatori, il ruolo dei servizi"*, Perugia, 4 dicembre 1998**

organizzazione: Associazione paraplegici umbri - Unità spinale unipolare dell'Umbria - Azienda ospedaliera di Perugia

contributi di antropologia medica: Tullio SEPPILLI, *Integrazione come cultura della diversità*.

■ **Giornata internazionale di studio *"La cultura della salute nei paesi che affacciano al Mediterraneo. Uno sguardo antropologico sulla "cura". Donne a confronto"*, Genova, 4 dicembre 1998**

organizzazione: Consiglio regionale della Liguria - Consulta europea - Associazione italiana donne medico

I sessione: *Corpo, salute e culture* / II sessione: *Progetti e azioni sanitarie* / *Conclusioni*.

■ **V Congresso nazionale e I Meeting internazionale della Società italiana salute mentale donna "*Solitudine: dimensione fisiologica o psicopatologica?*", Lucca, 4-5 dicembre 1998**

organizzazione: Società italiana salute mentale donna / *patrocinio*: Società italiana di psichiatria - World psychiatry association women's mental health - Presidenza del Consiglio dei ministri - Comune di Lucca

I sessione (4 dicembre): *Solitudine, depressione, farmaci, psicoterapia* / II sessione (4 dicembre): *Disturbi dell'adattamento e* stress / III sessione (4 dicembre): *Solitudine, schizofrenia, farmaci, socializzazione* / IV sessione (4 dicembre): *La solitudine nelle età della vita* / V sessione (4 dicembre): comunicazioni e poster / VI sessione (5 dicembre): *Solitudine e disturbi di personalità* / Tavola rotonda "*La solitudine nelle professioni*".

■ **Convegno "*L'ospedale e la città*", Firenze, 4-5 dicembre 1998**

organizzazione: Assessorato alla solidarietà e ai servizi socio-sanitari, Comune di Firenze - Fondazione Giovanni Michelucci / *patrocinio*: Ministero della sanità - Regione Toscana - Centro di documentazione per la storia della sanità fiorentina / *contributi*: Monte dei Paschi di Siena - Azienda ospedaliera Careggi - Azienda sanitaria Firenze - Azienda ospedaliera Meyer - Centro di documentazione per la storia della sanità fiorentina

I sessione (4 dicembre): *L'urbanistica degli ospedali* / II sessione (4 dicembre): *Ospedale e città: un patrimonio storico e artistico* / III sessione (5 dicembre): *La salute e la città: la malattia, il corpo, l'ospedale*

contributi di particolare interesse per l'antropologia medica: Kenneth ARNOLD, *Musei e storia della medicina* (4 dicembre) / John HENDERSON, *Cura del corpo e cura dell'anima: ospedali a Firenze e in Italia nel Rinascimento* (5 dicembre) / Massimiliano PANARARI,

L'igienismo, un sapere del secolo della modernità: Italia e Francia a confronto (5 dicembre) / Bernardino FANTINI, *Il concetto di salute: dalla sfera individuale a quella collettiva* (5 dicembre).

nota: nel quadro della seconda giornata del convegno è stata inaugurata la Mostra "*L'ospedale e la città. Dalla fondazione di S. Maria Nuova al sistema ospedaliero del 2000*" (Firenze, 5 dicembre 1998 - 3 gennaio 1999).

■ ***"Etnografie. Testi oggetti immagini"*, Firenze, 14-15 dicembre 1998**

organizzazione: Dipartimento di studi sociali, Università degli studi di Firenze - Museo nazionale di antropologia e etnologia, Firenze

contributi di particolare interesse per l'antropologia medica: Barbara TEDLOCK, *Gendering shamanic objects* (15 dicembre).

■ **Conferenza di Piero COPPO - Giuseppe CARDAMONE, *Sistemi di cura a confronto*, Prato, 19 dicembre 1998 / nel quadro di "*Guaritori Dogon in Mali. Fotografie, video e conferenze*", Prato, 19 dicembre 1998 - 31 gennaio 1999**

organizzazione: Assessorato alla cultura, Comune di Prato - Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute (ORISS).

■ ***Colloque "Anthropologie des systèmes et des politiques de santé"*, Paris, 6-8 gennaio 1999**

organizzazione: Anthropologie médical appliquée au développement et à la santé (AMADES) / *sostegno*: Unione Europea (DGXII. Scienza, ricerca e sviluppo)

contributi: Jean BENOIST, *Ouverture du colloque. Présentation du thème et des objectifs* (pomeriggio del 6 gennaio) • Thème 1. *La "crise" des systèmes de santé* (pomeriggio del 6 gennaio): Bernard HOURS, *La crise des systèmes de santé: quelles questions pour l'anthropologie* / Didier FASSIN, *La globalisation et la santé. Quelles enjeux pour l'anthropologie?* / Marc BRODIN, *Egalité, qualité, equité dans les systèmes de santé* / Tullio SEPPILLI, *La crise de la biomédecine et les fondements d'une nouveau sistème de santé* [la relazione non è stata presentata per motivi di salute del relatore] / Vincent BOISSONAT, *Questionnements scientifiques et rapports à l'action: sciences humaines, sistèmes et politiques de santé* • Thème 2. *Les politiques de santé à la fin du XX^e siècle* (mattina del 7 gennaio): Wim VAN LERBERGHE, *Les politiques de santé: perspective historique et grandes étapes* / Miloud KADDAR, *Logiques macroéconomiques et réforme des systèmes de santé* / Marc-Éric GUERNAIS, *Décentralisation, déconcentration et logiques d'État en Afrique* • Thème 3. *Anciens et nouveaux acteurs dans les systèmes et politiques de santé* (pomeriggio del 7 gennaio): table ronde 1: *Entre decideurs et populations* / table ronde 2: *Les ONG et les aides internationales* • Thème 4. *Globalisation des politiques et logiques socio-culturelles locales* (mattina dell'8 gennaio): Conférences introductives (Raymond MASSÉ, *La santé publique comme nouvelle moralité et entreprise d'acculturation* / Mohamed MEBTOUL, *Les apports de l'anthropologie à la santé publique*) / Atelier 1. *Structures et personnel de santé* / Atelier 2. *Du côté des patients* / Atelier 3. *La dimension psychiatrique* • Table ronde. *Quelles perspectives pour l'anthropologie des systèmes st politiques de santé?* (pomeriggio dell'8 gennaio, coordinamento di Ilario ROSSI).

■ ***Incontro sul tema "I percorsi della devozione: dalla protezione dell'ambiente alla cura del corpo"*, Cascia, 16 gennaio 1999**

organizzazione: Centro per la documentazione e la ricerca antropologica in Valnerina e nella Dorsale appenninica umbra (CEDRAV) - Comune di Cascia in particolare riferimento alla antropologia medica: Giancarlo BARONTI / Tullio SEPPILLI.

■ **Lezione di Tullio SEPPILLI: "*Un approccio antropologico al tema salute/malattia*", Perugia, 19 gennaio 1999 / nel quadro del I stage ("*Fondamenti teorici e quadro di riferimento globale dell'educazione alla salute*"), Perugia, 18-22 gennaio 1999, del**

XIX Corso annuale di perfezionamento in educazione sanitaria (I anno di Master)

organizzazione: Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario (sede centrale: Università degli studi di Perugia - sede consorziata: Università degli studi di Napoli Federico II).

■ **Conferenza di Giuseppe Cardamone - Pasquale Palumbo - Roberto Campostrini, *Un progetto di cooperazione della città di Prato: la cura dell'epilessia a Bandiagara*, Prato, 16 gennaio 1999 / nel quadro di "*Guaritori Dogon in Mali. Fotografie, video e conferenze*", Prato, 19 dicembre 1998 - 31 gennaio 1999**

organizzazione: Assessorato alla cultura, Comune di Prato - Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute (Oriss).

■ **Relazione di Josep Maria Comelles: "*Práctica mágica y alta tecnología: milagros en una unidad hospitalaria de cuidados intensivos*", Perugia, 19 gennaio 1999**

organizzazione: Istituto di etnologia e antropologia culturale della Università degli studi di Perugia - Società italiana di antropologia medica (Siam) - Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia.

■ **Relazione di Josep Maria Comelles: "*De la filantropía al post-welfare state: una historia antropológica de las prácticas asistenciales*", Perugia, 19 gennaio 1999**

organizzazione: Master in educazione sanitaria della Università degli studi di Perugia - Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario (sede centrale: Università degli studi di Perugia - sede consorziata: Università degli studi di Napoli Federico II) - Istituto di etnologia e antropologia culturale della Università degli studi di Perugia - Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia - Società italiana di antropologia medica (Siam).

■ **Relazione di Josep Maria Comelles: "*De la descripción holística (etnográfica) a la descripción individual (clínica) e la construcción del Estado moderno*", Perugia, 21 gennaio 1999**

organizzazione: Istituto di etnologia e antropologia culturale della Università degli studi di Perugia - Dottorato di ricerca in "Metodologie della ricerca etnoantropologica" (sede amministrativa: Università di Siena - sedi consorziate: Università degli studi di Cagliari - Università degli studi di Perugia) - Società italiana di antropologia medica (Siam) - Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia.

■ **Lezione di Paolo Inghilleri: "*Cure materne. Pratiche universali e pratiche connotate culturalmente*", Perugia, 23 gennaio 1999 / nel quadro del Corso di aggiornamento interculturale per ostetriche con attestato di qualifica "Donne immigrate e cure materne", Perugia, 19 dicembre 1998 - 8 maggio 1999**

organizzazione: Centro di formazione, documentazione e iniziative per lo sviluppo (Cidis), Perugia - Regione dell'Umbria.

■ **Seminario internazionale di studi "*Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali*", Prato, 30 gennaio 1999**

organizzazione: Assessorato alla cultura, Comune di Prato / *patrocinio*: Azienda Usl n. 4 della Regione Toscana (Prato) - Assessorato ai servizi sociali e sanità, Comune di Prato - Ordine

provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri di Prato

Giuseppe CARDAMONE, *Ragioni ed occasioni di un seminario* / Piero COPPO, *Metodologia della psicoterapia in contesti multiculturali* / Salvatore Inglese, *Le sindromi "culturalmente ordinate"* / Cesare PECCARISI, *Esempi clinici di "sindromi culturalmente ordinate"* / Williams VALENTINI, *Programmi di deistituzionalizzazione psichiatrica nelle società multietniche (Brasile)* / Lucilla FRATTURA, *Psico/farmaco/socio/riabil/ecceterosofie di inizio secolo* / Giovanni STANGHELLINI, *Antropologia della vulnerabilità* / Alberto Merini e collaboratori (Maria Elena RIDOLFI - Eva RIZZUTI - Paola RUBATTA - Fabio SANTARINI - Annalisa VIGHERANI), *Le reazioni psicotiche acute nei migranti* / Roberto MARINO, *Emergenze nelle popolazioni: modelli di intervento*.

nota: le relazioni al seminario integrate con ulteriori contributi sono confluite nel volume di Giuseppe CARDAMONE - Salvatore INGLESE - Sergio ZORZETTO (curatori), *Djon Djongonon. Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali*, presentazione di Alberto Parrini, Edizioni Colibrì, Paterno Dugnano (provincia di Milano), 1999, 255 pp.

■ **Colloque "*Médecine(s) et pouvoir(s). Regards pluriels sur une dynamique ambiguë*", Lausanne, 5-6 febbraio 1999**

organizzazione: La Commission interdisciplinaire d'anthropologie médicale (CIAM/IKME), Société suisse d'ethnologie - Institut d'anthropologie et de sociologie (IAS/SSP), Université de Lausanne deAssessorato - Institut d'histoire de la médecine et de la santé publique (IUHMSP), Université de Lausanne

contributi: Ilario ROSSI, *Introduction* (mattina del 5 febbraio)• *Pouvoir(s) et médecine(s): hier et aujourd'hui* (mattina del 5 febbraio): Vincent BARRAS, *Les pouvoirs hérités de la medecine* / Eliane PERRIN, *La construction d'une société médeicalisée* / Ilario ROSSI, *Pouvoirs et mutation: gérer la vie, gérer la mort* / Jean-Philippe ASSAL, *Pouvoir de la médecine face à la maladie aiguë et a la maladie chronique*• *Entre discours et pratiques* (pomeriggio del 5 febbraio): Raymond MASSÉ, *Rationalité utilitariste, pouvoir et enjeux éthiques en santé publique* / Alain EHRENBERG, *La psychiatrie, la technique et le sujet contemporain* / Anita VIOLON, *Pouvoir et impuissance médicale face à la douleur* / Bernard ANDRIEU, *Pouvoir et croyance du corps-médecin*• *Les ambivalences du pouvoir* (mattina del 6 febbraio): François ROUSTANG, *Puissance et impuissance du thérapeute* / Didier FASSIN, *Le pouvoir ambigu. Généalogie de la morale médicale*• *Conclusions. Table ronde: pouvoir médical et société* (mattina del 6 febbraio, coordinamento di Ilario ROSSI).

■ **Conferenza di Giancarlo BARONTI: "*Gli amuleti nella tradizione popolare* italiana", Perugia, 10 febbraio 1999 / nel quadro del programma 1999 della Associazione culturale "La Postierla"**

organizzazione: Associazione culturale "La Postierla" - Provincia di Perugia / *patrocinio*: Consiglio regionale, Regione dell'Umbria.

■ **Conferenza di Tullio SEPPILLI: "*La terra del rimorso. Il tarantismo e le sue terapie coreutico-musicali tradizionali in terra di Puglia*", Perugia, 26 febbraio 1999 / nel quadro di "Etnica 99. Musica popolare internazionale a confronto", Perugia - Bastia Umbra, 26 febbraio - 22 aprile 1999**

organizzazione: Assessorato alla cultura, Comune di Bastia Umbra - Produzione & Organizzazione Pindaro / *patrocinio*: Provincia di Perugia.

■ **Introduzione di Tullio SEPPILLI alla proiezione del documentario di Gianfranco MINGOZZI "*Sulla terra del rimorso (1982)*", Bastia Umbra, 12 marzo 1999 / nel quadro di "Etnica 99. Musica popolare internazionale a confronto", Perugia - Bastia Umbra, 26 febbraio - 22 aprile 1999**

organizzazione: Assessorato alla cultura, Comune di Bastia Umbra - Produ-

zione & Organizzazione Pindaro / *patrocinio*: Provincia di Perugia.

■ **Lezione di Tullio Seppilli: "*Il ruolo della mediazione culturale nei servizi*", Perugia, 13 marzo 1999 / nel quadro del Corso di aggiornamento interculturale per ostetriche con attestato di qualifica "Donne immigrate e cure materne", Perugia, 19 dicembre 1998 - 8 maggio 1999**

organizzazione: Centro di formazione, documentazione e iniziative per lo sviluppo (Cidis), Perugia - Regione dell'Umbria.

■ **"*Per una medicina della persona intera. Filosofia della salute*". Tavola rotonda in occasione della pubblicazione del volume *Per una filosofia della guarigione. Scienza ed etica dell'effetto placebo* di Howard Brody, Milano, 15 marzo 1999 / nel quadro del Ciclo di incontri *Promozione della salute: cure, pratiche, suggestioni*. Prima serie: febbraio-marzo 1999**

organizzazione: Fondazione Cecchini Pace - Casa della cultura Onlus, Milano - casa editrice Franco Angeli, Milano.

■ **Convegno di studio: "*Per una storia ed una geografia della epidemiologia in Italia*", Roma, 26 marzo 1999**

organizzazione: Società italiana di storia delle scienze biomediche e delle istituzioni sanitarie (Sissbis) / *collaborazione*: Cattedra di storia della medicina, Università degli studi di Bologna - Istituto di geografia, Università degli studi di Roma "La Sapienza" - Libera università degli studi "San Pio V", Roma.

■ **Relazione di Paolo Bartoli: "*Immigrazione e salute. Uno sguardo antropologico*", Perugia, 1 aprile 1999 / nel quadro degli Incontri di formazione sulla mediazione culturale "Donne immigrate e cure materne", Perugia, 1 aprile - 6 maggio 1999**

organizzazione: Centro di formazione, documentazione e iniziative per lo sviluppo (Cidis), Perugia.

■ **Conferenza di Tullio Seppilli: "*Lo sviluppo storico dell'antropologia medica in Italia*", Montréal, 23 aprile 1999**

organizzazione: Département d'anthropologie, Université de Montréal.

■ **Convegno su "*Efficacia degli interventi sanitari: paradigmi scientifici, terapie non convenzionali e libertà di cura*", Roma, 26 aprile 1999**

organizzazione: Istituto superiore di sanità, Roma

Le problematiche generali (mattina del 26 aprile, moderatore Roberto Raschetti): Roberto Raschetti, *Introduzione: caratteristiche e diffusione delle terapie non convenzionali* / Vittorio Lanternari, *Le terapie non convenzionali: il punto di vista dell'antropologia culturale* / Marcello Cini, *Linguaggi scientifici e scienze della complessità* / Amedeo Santosuosso, *La libertà di cura* / Romeo Bassoli, *Emozioni* versus *competenze. Le logiche della comunicazione massmediatica* • *La "evidence based medicine" e le terapie non convenzionali* (pomeriggio del 26 aprile, moderatore Giorgio Bignami): Lucio Sotte, *La medicina tradizionale cinese* / Antonio Bianchi, *Fitoterapia tra medicina tradizionale e terapie alternative: quale efficacia e quale sicurezza?* / Paolo Bellavite, *L'omeopatia* / Francesco Bottaccioli, *Paradigma biomedico e medicine non convenzionali* / A. Liberati, *Medicine non convenzionali a fronte della "evidence based medicine"* • *Le prospettive* (pomeriggio del 26 aprile).

nota: per una sostanziale riproposta dei contributi presentati al convegno è da vedere: Roberto Raschetti - Giorgio Bignami (curatori), *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. 35, n. 4, ottobre-dicembre 1999, pp. 475-549.

■ **Tavola rotonda "*Curare il bambino malato: cultura clinica e proposte educative*", Assisi, 27 aprile 1999 / nel quadro del Convegno-Seminario nazionale "La centralità del bambino tra percorsi educativi ed esigenze clinico-assistenziali", Assisi, 26-27 aprile 1999**

organizzazione: Giunta regionale della Regione dell'Umbria - Assessorato all'istruzione, Regione dell'Umbria - Assessorato alla sanità, Regione dell'Umbria - Università degli studi di Perugia - Azienda ospedaliera di Perugia - Provveditorato agli studi di Perugia

contributi di antropologia medica: Tullio Seppilli.

■ **Relazione di Tullio Seppilli: "*Il paradigma psicosomatico: uno sguardo antropologico*", Perugia, 28 aprile 1999 / nel quadro dei Seminari della Sezione regionale umbra della Società italiana di medicina psicosomatica (Simp) 1999**

organizzazione: Sezione regionale umbra della Società italiana di medicina psicosomatica (Simp).

■ **"*Working with culture: clinical methods in cultural psychiatry*", Montréal (Québec), a partire dal 4 maggio 1999 per ventiquattro ore in quattro settimane / nel quadro del Fifth annual Summer program in social and cultural psychiatry (1999)**

organizzazione: Division of social & transcultural psychiatry, Department of psychiatry, McGill University, Montréal (Québec).

■ **Relazione di Tullio Seppilli: "*Il ruolo della mediazione culturale nei servizi*", Perugia, 6 maggio 1999 / nel quadro degli Incontri di formazione sulla mediazione culturale "Donne immigrate e cure materne", Perugia, 1 aprile - 6 maggio 1999**

organizzazione: Centro di formazione, documentazione e iniziative per lo sviluppo (Cidis), Perugia.

■ **XII Centenario della morte di Paolo Diacono (799-1999). *Convegno internazionale "Paolo Diacono. Uno scrittore fra tradizione longobarda e rinnovamento carolingio"*, Cividale del Friuli (provincia di Udine), 6-9 maggio 1999**

organizzazione: Associazione per gli studi storici e artistici di Cividale - Università degli studi di Udine / *contributi*: Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr), Roma - Università di Udine - Provincia di Udine - Fondazione Cassa di risparmio di Udine e di Pordenone - Banca popolare di Cividale

contributi di particolare interesse per l'antropologia medica: Franco Fornasaro, *Notule di clinica e terapia nella Historia Langobardorum* (8 maggio).

■ **Lectio magistralis di Francesco Bottaccioli: "*Psiconeuroimmunologia: medicina della complessità e approccio globale al paziente*", Perugia, 7 maggio 1999 / in occasione della Giornata commemorativa del terzo anniversario della morte di Alessandro Seppilli**

organizzazione: Accademia anatomico-chirurgica, Perugia - Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia.

■ ***XXI Convegno internazionale di americanistica*, Perugia, 7-9 maggio 1999**

organizzazione: Centro studi americanistici "Circolo amerindiano", Perugia / *collaborazione*: Sezione antropologia del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia - Azienda di promozione turistica dell'Umbria / *patrocinio*: Ambasciata

del Messico in Italia - Istituto Italo-Latinoamericano, Roma - Comune di Perugia - Provincia di Perugia - Regione dell'Umbria

in particolare riferimento alla antropologia medica: Maria Cristina MANCA - Pia KOLLER, *Chiapas: la riappropriazione della salute* (7 maggio) / Camillo GARCIA - Niclas ERHARDT, *Latino conceptualization and treatment of trauma: continuity and adaptation to the Western mental health model* (9 maggio) / Monia CINCIS, *In cammino per Xibalba. Ideologia della morte e culti funerari nel mondo maya* (9 maggio).

■ ***Workshop "Economic Evaluation in social psychiatry"*, Montréal (Québec), 8 maggio 1999 / nel quadro del Fifth annual Summer program in social and cultural psychiatry (1999)**

organizzazione: Division of social & transcultural psychiatry, Department of psychiatry, McGill University, Montréal (Québec).

■ ***1° Convegno nazionale "Medicina immigrati e culture della salute mentale nel Servizio pubblico"*, Roma, 13-14 maggio**

organizzazione: Progetto "Michele Risso" tutela salute mentale immigrati, Dipartimento di salute mentale, Azienda sanitaria locale Roma "B" / *patrocinio*: Ministero della sanità - Presidenza della Giunta regionale del Lazio - Assessorato alla salvaguardia e alla cura della salute, Regione Lazio - Assessorato alle politiche per la salute, Comune di Roma - Società italiana di medicina delle migrazioni - World Association of social psychiatry - Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (CNEL) / *partecipazione*: IFO Isituto ospedaliero "San Gallicano", Roma - Dipartimento di salute mentale, Azienda sanitaria locale della Regione Toscana (Prato) - Dipartimento di salute mentale, Azienda sanitaria locale della Regione Campania (Caserta) - Dipartimento di salute mentale, Azienda sanitaria locale della Regione Piemonte (Torino) - Dipartimento di salute mentale, Azienda sanitaria locale della Regione Friuli Venezia Giulia (Trieste) - Facoltà di medicina e chirurgia della Università degli studi di Roma "La Sapienza" - Facoltà di sociologia, Università degli studi di Roma "La Sapienza" - II Università di Roma "Tor Vergata" / *adesioni*: Servizi sanitari, Caritas, Roma - Casa per i diritti sociali, Roma

contributi di particolare interesse per l'antropologia medica: Adolfo PETIZIOL, *La psichiatria sociale e l'immigrazione* (13 maggio) / Tavola rotonda "*L'etnopsichiatria e le psicoterapie multiculturali*" (Salvatore F. INGLESE, Giuseppe CARDAMONE, Roberto BENEDUCE, Virginia DE MICCO) (13 maggio) / Salvatore GERACI, *Rapporto tra Sanità pubblica e ONG sanitarie nell'ottica della multiculturalità della salute* (13 maggio) / Salvatore F. INGLESE, *Proposta di costituzione di un Osservatorio nazionale sulla salute mentale degli immigrati* (13 maggio) / Pompeo MARTELLI, *Progetto nazionale di formazione all'approccio con l'alterità culturale* (14 maggio).

■ **Conferenza di Tullio SEPPILLI: *"La questione delle terapie alternative e la costruzione di una medicina integralmente scientifica"*, Scorrano (provincia di Lecce), 21 maggio 1999 / nel quadro di "Scienza ed arte. Incontri culturali per diffondere la conoscenza su argomenti di natura sanitaria ed artistica"**

organizzazione: Commissione pari opportunità, Provincia di Lecce - Sezione di Lecce della Associazione nazionale donne operate al seno (ANDOS).

■ **Convegno internazionale "*Maestri dal lontano Vietnam… esperienze di medicina orientale*", Abbazia di Vallombrosa (comune di Reggello, provincia di Firenze), 22-23 maggio 1999**

organizzazione: Comune di Reggello – Azienda sanitaria di Firenze della Re-

gione Toscana – Centro di medicina tradizionale cinese "Fior di Prugna" - Scuola di agopuntura della città di Firenze - Consorzio Europa-Vietnam.

■ **Conferenza di Byron J. Good: "*Psychopathology and 'mad' violence in Indonesia: cultural psychology in a post-colonial setting*", Roma, 26 maggio 1999**

organizzazione: Società italiana di antropologia medica (Siam) - Dipartimento di studi glottoantropologici e discipline musicali, Università degli studi di Roma "La Sapienza".

■ **Conferenza di Mary-Jo Del Vecchio Good: "*Cultural studies of science / high tech medicine*", Roma, 26 maggio 1999**

organizzazione: Società italiana di antropologia medica (Siam) - Dipartimento di studi glottoantropologici e discipline musicali, Università degli studi di Roma "La Sapienza".

■ **"*Le vie del cavaliere. Convegno internazionale sulla letteratura epica*" [dedicato ad Antonio Pasqualino], Palermo, 29-30 maggio 1999**

organizzazione: Assessorato alla cultura, Comune di Palermo - Associazione per la conservazione delle tradizioni popolari, Palermo / Ministero per i beni e le attività culturali - Assessorato beni culturali ambientali e pubblica istruzione, Regione Siciliana - Facoltà di lettere e filosofia, Università degli studi di Palermo - Centro di studi filologici e linguistici siciliani - Circolo semiologico siciliano - Folkstudio di Palermo

contributi di particolare interesse per l'antropologia medica: Ezio Pellizer, *Il mattino dei maghi: la figura di Melampo nell'Odissea* (29 maggio) / Patrizia Gasparini, *Gaston Paris e Pio Rajna in viaggio alla Grotta della Sibilla (fra Guerin Meschino e Tannhäuser)* (30 maggio).

■ ***Seminar* [Advanced summer study institute] "*The politics of trauma*", Montréal (Québec), 31 maggio - 4 giugno 1999 / nel quadro del Fifth annual Summer program in social and cultural psychiatry (1999)**

organizzazione: Division of social & transcultural psychiatry, Department of psychiatry, McGill University, Montréal (Québec).

■ **Seminario di Tullio Seppilli: "*'Biologico' e 'sociale': le eterogenee facoltà dei due emisferi cerebrali sono utilizzate con diverso peso nelle differenti civiltà?*", Spoleto, 4 giugno 1999 (mattina) / nel quadro del Corso di formazione professionale per operatore della riabilitazione psico-sociale**

organizzazione: Il Cerchio cooperativa sociale, Spoleto / *finanziamento*: Provincia di Perugia - Regione dell'Umbria.

■ **Conferenza di Tullio Seppilli: "*Sogni, transes, allucinazioni: la legittimazione culturale dei differenti stati di coscienza*", Spoleto, 4 giugno 1999 (pomeriggio) / nel quadro del Corso di formazione professionale per operatore della riabilitazione psico-sociale**

organizzazione: Il Cerchio cooperativa sociale, Spoleto / *finanziamento*: Provincia di Perugia - Regione dell'Umbria.

■ **Convegno "*Medicine non convenzionali: la ricerca, la formazione degli operatori, l'integrazione nel Servizio sanitario nazionale*", Perugia, 5 giugno 1999**

organizzazione: Assessorato alla sanità, Regione dell'Umbria / *promozione*: Assessorato alla sanità, Regione dell'Umbria - Dipartimento di igiene, Università degli studi di Perugia - Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia - Scuola interna-

zionale di medicina avanzata e integrata e di scienze della salute (SIMAISS), Toscolano (provincia di Terni) - Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia - Ordine provinciale dei medici-chirurghi e odontoiatri di Perugia - Ordine provinciale dei farmacisti di Perugia

contributi: Claudio FRANCESCHI, *Nuovo modello medico e medicine non convenzionali* / Tullio SEPPILLI, *L'integrazione tra scienze sociali e scienze biologiche in una nuova strategia sanitaria* / Lucio SOTTE, *L'esperienza dell'ambulatorio pubblico di agopuntura* / Fabio FIRENZUOLI, *L'esperienza dell'ambulatorio pubblico di fitoterapia* / Massimo ROSIELLO, *L'esperienza dell'ambulatorio pubblico di omeopatia* / Francesco BOTTACCIOLI, *Presentazione della Scuola internazionale di medicina avanzata e integrata e di scienze della salute* (SIMAISS) / Marco DOTTORINI, *Orientamenti dell'Ordine dei medici di Perugia in materia di medicine non convenzionali* / Francesco CLEMENTI, *Orientamenti dell'Ordine dei farmacisti di Perugia in materia di medicine non convenzionali* / Maria Antonia MODOLO, *La formazione degli operatori e le medicine non convenzionali* / Giovanni BARRO, *La felicità è di questo mondo? Riflessioni sulle attuali domande alla medicina*.

■ **Coloquio "*Gramsci y la antropología de la medicina*", Tarragona (Catalunya), 10-11 giugno 1999 / nel quadro del III Master antropología de la medicina (Tarragona, 1998-2000)**

organizzazione: Departament d'antropologia social i filosofia, Facultat de lletres de Tarragona, Universitat Rovira i Virgili / *collaborazione*: Diputació de Tarragona - Università degli studi di Perugia - Université de Perpignan - Centre de formació, Creu roja de Tarragona - Universitat de Barcelona - Universitat Rovira i Virgili

contributi di antropologia medica o di particolare interesse per l'antropologia medica: Josep Maria COMELLES, *Presentación* (10 giugno) / Tullio SEPPILLI, *La influencia de Gramsci en el desarrollo de la antropología de la medicina en Italia* (10 giugno) / tavola rotonda: *Gramsci, la antropología y la antropología de la medicina* (Josep CANALS [moderatore], relazioni di Tullio SEPPILLI, Ignasi TERRADAS) (11 giugno) / introduzione di Tullio SEPPILLI alla proiezione del documentario di Gianfranco MINGOZZI "*Sulla terra del rimorso (1982)*" (11 giugno).

■ ***Incontro "'Allattamento al seno'. Competenza antica, ma oggi idea forte per la salute del futuro cittadino"*, Brescia, 12 giugno 1999**

organizzazione: Area ostetrica ginecologica neonatologica e pediatrica, Università degli studi di Brescia e Spedali civili di Brescia

contributo di antropologia medica: Paola FALTERI, *L'allattamento al seno: una pratica culturale*.

■ ***Convegno "La demenza alle soglie del III millennio", Perugia, 16 giugno 1999***

organizzazione: Dipartimento di salute mentale, ASL n. 2 della Regione dell'Umbria - Sezione di gerontologia e geriatria del Dipartimento di medicina clinica e sperimentale, Università degli studi di Perugia - Azienda ospedaliera di Perugia

contributi di particolare interesse per l'antropologia medica: Stefano MISTURA, *Il mondo del demente* / contributi di antropologia medica: Tullio SEPPILLI: intervento programmato alla Tavola rotonda "*Demenza: dalla multidisciplinarità alla visione unitaria del paziente*".

■ ***"Certezze ed esperienza del limite". XIV Congresso internazionale della Association internazionale d'études médico-psychologiques et religieuses (AIEMPR), Roma – Grottaferrata, 14-18 luglio 1999***

organizzazione: Association internazionale d'études médico-psychologiques et religieuses (AIEMPR) / *alto patrocinio*: Presidente della Repubblica italiana / *adesione*: Società italiana di psichiatria

(SIP) - Società italiana di psicologia (SIPS)
contributi di particolare interesse per l'antropologia medica: Tullio TENTORI, *Il rischio della certezza*.

■ **Convegno "*La malattia di Alzheimer: un problema epocale di un mondo che invecchia. Dalla multidisciplinarità alla visione unitaria del paziente*", Perugia, 18 settembre 1999**

organizzazione: Sezione di gerontologia e geriatria del Dipartimento di medicina clinica e sperimentale, Università degli studi di Perugia - Sezione umbra della Società italiana di gerontologia e geriatria - Associazione malati Alzheimer e Telefono Alzheimer Umbria (AMATA Umbria)

contributi di antropologia medica: Tullio SEPPILLI: lettura "*Demenza, senilità e quadro socio-culturale: un approccio antropologico*".

■ **Lezione di Tullio SEPPILLI: "*Antropologia medica: un quadro introduttivo*", Toscolano (provincia di Terni), 23 settembre 1999 / lezione inaugurale nel quadro del Corso quadriennale presso la Scuola internazionale di medicina avanzata e integrata e di scienze della salute (SIMAISS)**

organizzazione: Scuola internazionale di medicina avanzata e integrata e di scienze della salute (SIMAISS), Centro europeo di Toscolano (provincia di Terni) - Centro di medicina naturale, Aprilia (provincia di Latina).

■ **"*Il dramma nell'anima e la malattia nel corpo*". 2° Incontro internazionale dell'Istituto di psicosomatica psicoanalitica Aberastury", Gubbio, 1-2 ottobre 1999**

organizzazione: Istituto di psicosomatica psicoanalitica Aberastury, Perugia / *partecipazioni*: Instituto de docencia e investigación de la Fundación Luis Chiozza y Centro Weizsaecker de consulta médica, Buenos Aires (Argentina) - Centro medico psicoanalitico (CEMEPSI), Montevideo (Uruguay) - Centro de estudio y asistencia psicoanalítica, Rio Cuarto (Córdoba, Argentina) - Cattedra di pediatria della Università degli studi di Roma "La Sapienza" (Servizio di oncologia pediatrica del Policlinico, Roma).

■ ***Conference* "*Demons Spirits Witches. Christian demonology and popular mythology*", Budapest, 7-9 ottobre 1999**

organizzazione: Institute of ethnology, Hungarian Academy of sciences - Folklore Department, Hungarian ethnographical Society - Department of folklore, University Eötvös Loránd Budapest - Collegium Budapest / *contributi*: Hungarian Academy of sciences - Hungarian ethnographical Society - East-East Program, Soros Foundation

contributi di antropologia medica o di particolare interesse per l'antropologia medica: Plenary session. *Church demonology – Popular mythology* (7 ottobre): Wolfgang BEHRINGER, *How Waldesians became witches: heretics and their journey to the other world* / Gábor KLANICZAY, *Learned systems and popular narratives of vision and bewitchment* / Session I [pomeridiana della prima giornata]. *The good dead and the bad dead – Spirits and demons* (7 ottobre): Anna PLOTNIKOVA, *Balcan-Slavic demons protecting places* / Ljupco S. RISTESKI, *Categories of "the bad dead" in Macedonian folk religion* / Session I [pomeridiana della seconda giornata]. *Between the living and the dead – Visions, apparitions* (8 ottobre): Christa TUCZAY, *Trance diviners and trance divination in Medieval literature* / Judith KIS-HALAS, *Visions and witchcraft in 17th-18th century Nagybánya* / Roberto DAPIT, *Visions of the other world as narrated in contemporary folktales from Resia* / Mária Magdolna TATÁR, *Animal apparitions among the secular Mongols* / Session II [pomeridiana della seconda giornata]. *Magicians, diviners, healers* (8 ottobre): John MACINNES, *Witches and diviners in Scottish Gaelic* / Gábor VARGYAS, *Shamans,*

black magic and ordeal among the Bru of the Central Vietnamese Highlands / Anna Brzezinska, *Healing at the Jagiellon court* / Ilana Rosen, *Saintly and sympathetic magic in the lore of Sub-Carpathian Hasidic Jews* / tavola rotonda: "*European shamanism – Witches' sabbath (Round table discussion on the theses of Carlo Ginzburg's ecstasies)*" (relazioni di Carlo Ginzburg, Wolfgang Behringer, Gustav Henningsen, Giovanni Pizza, Gábor Klaniczay, Éva Pócs) / Plenary session. *Body, soul – Shamanism, possession* (9 ottobre): Peter Buchholz, *Schamanismus in der skandinavischen Literatur des Mittelalters* / Nancy Caciola, *Breath, heart, guts: the body and spirits in the Middle Ages* / Moshe Sluhovsky, *Discerning spirit possession in Early Modern Europe* / Giovanni Pizza, *Animal metaphors of female inner body* / Shulamit Piura, *The romantic Dibbuc (possession): literaly use of a Jewish supernatural phenomenon* / Éva Pócs, *Patterns of possession in Central-East Europe*.

■ **"*I nuovi modelli per l'educazione sanitaria. Convegno nazionale per i 45 anni del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario*", Perugia, 8-9 ottobre 1999**

organizzazione: Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario (sede centrale: Università degli studi di Perugia - sede consorziata: Università degli studi di Napoli Federico II) / *patrocinio*: Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (S.It.I)

I sessione: *Le basi teoriche dell'educazione sanitaria nella promozione della salute* (8 ottobre) / II sessione: *Il contributo dell'antropologia culturale, della pedagogia e della filosofia* (8 ottobre) / III sessione: *Modelli di formazione per l'educazione sanitaria* (9 ottobre)

contributi di antropologia medica: Tullio Seppilli, *Il contributo dell'antropologia culturale* (8 ottobre).

■ **"*L'anima e le parole. 2° Convegno sul conversazionalismo*", Parma, 9-10 ottobre 1999**

organizzazione: Accademia delle tecniche conversazionali, Milano

contributi di antropologia medica: Tullio Seppilli, *Relazione di chiusura alla sessione pomeridiana del 9 ottobre*.

■ **Seminario su "*La questione psichiatrica*", Roma, 14 ottobre 1999 / nel quadro del Ciclo seminariale su "*La fine del mondo* di Ernesto de Martino"**

organizzazione: Associazione internazionale Ernesto de Martino, Roma

contributi: Bruno Callieri (coordinatore) / Roberto Beneduce / Gilberto di Petta.

■ ***Percorsi di educazione ambientale.* 17° Seminario: "*Vivere con il rischio positivamente*", Modena, 21-22 e 25 ottobre 1999**

organizzazione: Settore difesa del suolo e tutela dell'ambiente, Provincia di Modena

Rischio naturale (21 ottobre) / *Rischio sociale* (22 ottobre) / *Rischio tecnologico* (25 ottobre)

contributi di particolare interesse per l'antropologia medica: Tullio Seppilli, *La produzione sociale delle situazioni di rischio: una riflessione introduttiva* (22 ottobre).

■ **Seminario di studi "*Trasformazioni sociali e culture del benessere*", Campobasso, 28 ottobre 1999**

promozione e organizzazione: Corso di metodologia delle scienze sociali, Facoltà di economia, Università degli studi del Molise - Dipartimento S.E.G. e S., Università degli studi del Molise / *patrocinio*: Sezione politiche sociali della Associazione italiana di sociologia

contributi: I sessione. *Nuove culture del benessere*: Pierpaolo Donati, *Le nuove culture del benessere* / Gianfranco Bettin, *Post modernità, valori e gioventù* / Paolo De Nardis, *Recupero del corpo e analisi delle emozioni nelle nuove teorie sociali* / Marisa Ferrari Occhionero, *Dinamiche valoriali e cultura del benessere* / Domenico Secondulfo, *Nuove immagini di salute e post-modernità* / Sandro Stanzani, *Salute, servizi e non profit*

/ II sessione. *I riflessi del mutamento culturale sui servizi alle persone*: Giuliano Giorio, *Dal benessere economico al benessere sociale: il ruolo della formazione* / Michele Colasanto, *Tra tentazioni di welfare e bisogni relazionali* / Paola Di Nicola, *Reti di auto e mutuo aiuto: la caring society* / Guido Gigli, *La via mass mediatica ai servizi del benessere* / Guido Maria Grasso - Fabio Ferrucci, *Aids: salute e comportamenti a rischio in Molise* / Angelo Saporiti - Daniela Grignoli, *Il bambino, nuovo soggetto sociale*.

■ **Presentazione del volume di Giuseppe Ferroni, *Forme di cultura e salute psichica. Universo simbolico, ethos, areté e regole di relazione nel mondo del Forteto* [Il Mulino, Bologna, 1999], Firenze, 29 ottobre 1999**

organizzazione: Fondazione il Forteto - Regione Toscana - Provincia di Firenze - Comune di Firenze - Unicoop Firenze

in particolare riferimento alla antropologia medica: intervento programmato di Tullio Seppilli.

Corsi

■ **"*Cultural psychiatry*", Montréal (Québec), a partire dal 4 maggio 1999 per quattro settimane / nel quadro del Fifth annual Summer program in social and cultural psychiatry (1999)**

organizzazione: Division of social & transcultural psychiatry, Department of psychiatry, McGill University, Montréal (Québec)

docenti: Laurence J. Kirmayer - Allan Young - Ellen Corin.

■ **Ciclo di seminari di Tullio Seppilli: "*Il rapporto medico-paziente: un approccio antropologico*", Perugia, 19 giugno, 26 giugno, 3 luglio 1999 / nel quadro del *Corso biennale di formazione specifica in medicina generale* [per laureati in medicina e chirurgia e abilitati all'esercizio professionale che intendono lavorare nel territorio in un sistema convenzionato con le aziende Usl in qualità di medici di medicina generale: vedi decreto legislativo n. 256 dell'8 agosto 1991], Perugia, 1997-1998**

organizzazione: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia - Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia - Ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri di Perugia - Regione dell'Umbria - Sezione provinciale di Perugia della Società italiana di medicina generale (Simg)

I seminario: *L'esperienza della malattia* (19 giugno) / II seminario: *Il rapporto medico-paziente: l'approccio antropologico* (26 giugno) / III seminario: *Il paziente immigrato* (3 luglio).

■ **Corso "*Progetto Rondine: il prendersi cura nelle diverse etnie*", Modena, 29 settembre 1999 - 31 maggio 2000**

organizzazione: Ufficio formazione del Policlinico di Modena (Azienda ospedaliera di Modena) / *collaborazione scientifico-didattica*: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute.

■ ***VII Corso residenziale di medicina delle migrazioni*, Roma, 18-20 ottobre 1999**

organizzazione: Scuola superiore di scienze biomediche F. Rielo - Caritas diocesana di Roma - Scuola di solidarietà Ar.s.a.p., Roma / *patrocinio*: Società italiana di medicina delle migrazioni.

Rassegne audiovisuali

■ ***"Sciamani, medici, guaritori. Sistemi terapeutici e contesti sociali"*. Terza annualità del programma triennale**

1996-1998 *"L'Umano e il Divino. Il rapporto con il soprannaturale fra tradizione e modernità"*, Firenze, 14-15 novembre 1998 / Sezione antropologica della XXXIX edizione del *Festival dei popoli*, Firenze 13-19 novembre 1998

organizzazione: Festival dei popoli (Istituto italiano per il film di documentazione sociale), Firenze / *patrocinio*: Società italiana di antropologia medica (SIAM) / *contributi finanziari*: Dipartimento dello spettacolo, Presidenza del Consiglio dei ministri - Comune di Firenze - Regione Toscana - Commissione delle Comunità europee

una anticipazione esemplificativa (illustrazione preliminare, materiali filmici, commenti orali) di questo programma triennale (1996-1998) aveva costituito la Sezione antropologica (27 novembre 1995) della XXXVI edizione del *Festival dei popoli* (Firenze, 24 novembre - 2 dicembre 1995) / cfr. nel catalogo di tale edizione, *36° Festival dei popoli. Firenze, 24 novembre - 2 dicembre 1995*, FdP, Firenze, 1995, 142 pp.: Tullio SEPPILLI, *L'Umano e il Divino. Il rapporto con il soprannaturale fra tradizione e modernità: lineamenti di un progetto triennale*, pp. 57-63 [alle pp. 65-69 le schede dei cinque documentari presentati nel corso della giornata in riferimento tematico al progetto] / in merito se ne può vedere la scheda in questa stessa rivista *AM*, n. 1-2, 1996, nella rubrica *Osservatorio*, sezione 04. *Segnalazioni*, p. 389

il primo anno effettivo del programma triennale ha costituito la Sezione tematica (3-5 dicembre 1996) della XXXVII edizione del *Festival dei popoli* (29 novembre - 8 dicembre 1996) / cfr. nel catalogo di tale edizione, *37° Festival dei popoli. Firenze, 29 novembre - 8 dicembre 1996*, FdP, Firenze, 1996, 144 pp.: Augusto CACOPARDO, *Le vie dell'estasi: stati modificati di coscienza e contesto socio-culturale - Paths to ecstasy: modified states of consciousness and the socio-cultural context*, pp. 63-74 [alle pp. 75-126 contributi di Jean-Louis COMOLLI, Franco MINGANTI, e schede dei ventisei documentari e film a soggetto complessivamente presentati nel corso della rassegna in riferimento al tema della sezione] / in merito se ne può vedere la scheda in questa stessa rivista *AM*, n. 3-4, 1997, nella rubrica *Osservatorio*, sezione 04. *Segnalazioni*, p. 355

il secondo anno effettivo del programma triennale ha costituito la Sezione antropologica (25-26 novembre 1997) della XXXVIII edizione del *Festival dei popoli* (22-27 novembre 1997) / cfr. nel catalogo di tale edizione, *38° Festival dei popoli. Firenze, 22-27 novembre 1997*, FdP, Firenze, 1997, 148 pp.: Augusto CACOPARDO, *Nuovi culti e tempi di crisi - New cults and social crisis*, pp. 83-90 [alle pp. 91-105 le schede dei quindici documentari complessivamente presentati nel corso della rassegna in riferimento al tema della sezione] / in merito se ne può vedere la scheda in questa stessa rivista *AM*, n. 5-6, nella rubrica *Osservatorio*, sezione 04. *Segnalazioni*, pp. 322-323

per la presentazione di questo terzo anno effettivo del programma triennale, che ha costituito la Sezione antropologica della XXXIX edizione del *Festival dei popoli*, si può vedere nel catalogo di tale edizione, *39° Festival dei popoli. Firenze, 13-19 novembre 1998*, FdP, Firenze, 1998, 243 pp.: Tullio SEPPILLI, *Sciamani, medici, guaritori. Sistemi terapeutici e contesti sociali - Shamans, doctors and medicine men. Systems of therapy and social contexts*, versione inglese di Augusto CACOPARDO, pp. 73-82 [alle pp. 83-95 le schede dei tredici documentari e film a soggetto complessivamente presentati nel corso della rassegna in riferimento al tema della sezione]

prima giornata (14 novembre): Tavola rotonda *"Biomedicina e medicine tradizionali nelle società extra-occidentali"* (introduzione di Tullio SEPPILLI, relazioni di Jean BENOIST, Piero COPPO, Arouna KEITA, Jean ROUCH / proiezione di due documentari: *Les magiciens du Wanzerbe* di Jean ROUCH, Francia, 1949 - *Wootal. L'appello* di Massimo LUCONI, Italia, 1998) • seconda giornata (15 novembre): Tavola rotonda *"La domanda di salute in Occidente: servizi biomedici e percorsi rituali"* (introduzione di Tullio SEPPILLI, relazioni di Elisabetta CONFALONI, Maurizio CRISPI, Marco GEDDES, Tullio SEPPILLI / proiezione di due documentari:

L'herbe qui guérit di Guillaume ALESSANDRO, Francia, 1995 - *Wala's world* di Angelika WEBER, Germania, 1997)

nel corso di alcune giornate della rassegna cinematografica di questa XXXIX edizione del Festival dei popoli sono stati proiettati altri nove documentari in specifico riferimento al tema della sezione antropologica dedicata a "Sciamani, medici, guaritori. Sistemi terapeutici e contesti sociali".

nota: in merito a questa manifestazione si può vedere un ampio resoconto in questo stesso fascicolo di *AM*, n. 7-8, ottobre 1999, nella rubrica *Osservatorio*, sezione 03. *Resoconti*, pp. 300-305.

■ ***Tavola rotonda "Ciak, si muore. Moralità e immoralità della morte al cinema"*, Firenze, 15 novembre 1998 / nel quadro della XXXIX edizione del *Festival dei popoli*, 13-19 novembre 1998**

organizzazione: Festival dei popoli (Istituto italiano per il film di documentazione sociale), Firenze / *contributi finanziari*: Dipartimento dello spettacolo, Presidenza del Consiglio dei ministri - Comune di Firenze - Regione Toscana - Commissione delle Comunità europee

presidente: Alberto FARASSINO, partecipanti: Alessandro AIELLO, Marco MARCHI, Jean ROUCH, Guido FINK, Jean-Louis COMOLLI, Antonio BRUSCHINI, interventi di: Paolo ORVIETO, Alberto LASTRUCCI, Luca MAZZEI

nel corso di tutte le giornate della rassegna cinematografica di questa edizione del Festival dei popoli sono stati proiettati complessivamente ventisei documentari e film a soggetto specificamente riferiti a "Ciak, si muore".

nota: in merito a questa manifestazione si può vedere un ampio resoconto in questo stesso fascicolo di *AM*, n. 7-8, ottobre 1999, nella rubrica *Osservatorio*, sezione 03. *Resoconti*, pp. 306-309.

■ ***"Guaritori Dogon in Mali"*. Percorso iconografico a cura di Piero COPPO, Prato, 19 dicembre 1998 - 31 gennaio 1999**

organizzazione: Assessorato alla cultura, Comune di Prato - Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute (ORISS).

05. Lavori in corso

In questa sezione dell'Osservatorio vengono pubblicate, sotto forma di "schede" articolate secondo uno schema uniforme, brevi essenziali informazioni su ricerche empiriche di antropologia medica, in corso o appena concluse, quale che sia la tipologia delle fonti e delle procedure di rilevazione e documentazione e quale che sia il territorio e il contesto storico di riferimento (a noi contemporaneo o di epoca precedente).

In questo primo numero di "AM" ci limitiamo a fornire qui di seguito i punti costitutivi dello schema messo a punto per la redazione delle schede: facciamo appello ai Soci della SIAM e a tutti gli altri studiosi impegnati in indagini empiriche di antropologia medica affinché – sulla base di tale schema – essi ci diano notizia dei loro lavori in corso o appena conclusi, di modo che una diretta informazione sulle attività di ricerca possa circolare attraverso la rivista il più largamente e rapidamente possibile.

Donne e infezione da HIV: dall'analisi dei determinanti dei comportamenti preventivi in gruppi eterogenei di giovani donne (20-25 anni) alla sperimentazione di una metodologia d'intervento per la modifica dei comportamenti a rischio

scheda elaborata da María José Caldés - César Zúniga Valle

Oggetto, ipotesi, obiettivi

Questa ricerca ha come oggetto la percezione del rischio d'infezione HIV/AIDS in gruppi di giovani donne. Lo studio è incentrato attorno all'analisi e alla valutazione delle conoscenze e degli atteggiamenti che configurano la percezione individuale e collettiva della malattia, del rischio e dei comportamenti oggettivi correlati.

Gli obiettivi conoscitivi generali sono focalizzati sull'analisi dei fattori psico-socioculturali che determinano la percezione del rischio in relazione all'infezione da HIV/AIDS. Si è tentato inoltre di indagare attorno alle costruzioni di significato riferite a questa malattia in termini eziologici e in rapporto agli avanzamenti della ricerca scientifica.

Gli obiettivi conoscitivi specifici sono stati identificati nei seguenti temi:

- eziologia dell'infezione da HIV/AIDS
- modalità di trasmissione della malattia
- modalità di prevenzione

- rischi correlati alla sfera della vita sessuale
- atteggiamenti e comportamenti relativi alla realizzazione del test
- atteggiamenti e comportamenti relativi all'utilizzazione del preservativo
- atteggiamenti e comportamenti relativi alla prevenzione
- strutture e servizi nel territorio preposti alla prevenzione, la diagnosi e la cura.

Questa ricerca si propone inoltre la sperimentazione di una metodologia d'intervento formativo di educazione tra pari, sulla base dell'individuazione dei fattori che ostacolano o che favoriscono l'adozione di comportamenti preventivi.

Metodica

L'area d'indagine è stata individuata nel comune di Perugia. I gruppi sottoposti ad indagine hanno la seguente caratterizzazione: un'omogeneità per quanto riguarda la fascia di età 20-25 anni, la specificità di genere femminile e un'eterogeneità per quanto riguarda il livello d'istruzione e situazione lavorativa. I gruppi erano composti da giovani donne che frequentano corsi o diplomi universitari e altrettanto giovani donne operaie dei settori produttivi locali.

Il metodo di rilevazione è stato l'intervista di gruppo focalizzata sul tema in questione. Trattandosi di una ricerca fortemente qualitativa, le interviste rappresentano il nucleo centrale delle procedure d'indagine. Le interviste sono state condotte sulla base di un temario, appositamente elaborato, che ha dato luogo a colloqui in profondità sui vissuti soggettivi, le percezioni, i sentimenti e i significati riguardanti l'infezione HIV/AIDS. Le interviste si sono svolte nell'arco di due incontri con ciascuno dei gruppi d'indagine: tre per la categoria "studentesse" e uno per la categoria "operaie/lavoratrici". Ciascuno dei gruppi era composto da una media di otto intervistate. Evidentemente non si tratta di un campione statisticamente rappresentativo, ma in questo tipo di indagine ogni soggetto implicato costituisce un informatore attendibile e una sorta di "esperto" del mondo in cui si svolge la sua vita quotidiana.

Inizi, durata e stato attuale della ricerca

Principali fasi della ricerca (cronogramma delle attività):

- *prima fase (novembre 1998 - gennaio 1999)*: revisione e organizzazione bibliografica, rielaborazione del progetto di ricerca, strumentazione d'indagine e organizzazione del lavoro sul terreno;
- *seconda fase (febbraio - aprile 1999)*: conduzione delle interviste;
- *terza fase (maggio 1999)*: elaborazione dei dati dell'indagine;
- *quarta fase (giugno - settembre 1999)*: elaborazione dei risultati della ricerca;
- *quinta fase (ottobre - novembre 1999)*: organizzazione e realizzazione dell'intervento formativo;
- *sesta fase (dicembre 1999 - gennaio 2000)*: elaborazione finale dei risultati della ricerca-intervento e stesura della relazione finale.

Risultati conoscitivi e/o operativi

Sono stati identificati i bisogni formativi delle partecipanti alla ricerca-intervento rispetto alla prevenzione dall'infezione HIV/AIDS e sono stati identificati i fattori che determinano la percezione e la valutazione del rischio correlato, da una parte all'infezione, e dall'altra alla sessualità in termini comportamentali.

I risultati della ricerca sono così organizzati:

I) Le modalità cognitive riguardanti la malattia:

- modalità di circolazione delle informazioni pertinenti, scuola e mass media;
- ruolo educativo della famiglia.

II) Aspetti relativi alla conoscenza oggettiva della malattia:

- conoscenze sull'agente eziologico, le modalità di trasmissione, le modalità terapeutiche;
- conoscenze sul test e l'evoluzione dell'infezione.

III) La prevenzione:

- i comportamenti a rischio;
- i comportamenti non a rischio.

IV) La sessualità:

- percezione generalizzata del rischio;
- percezione del rischio di fronte a categorie connotate e/o stimmatizzate;
- le nuove terapie in relazione alla percezione del rischio d'infezione.

V) Il preservativo:

- finalità e modalità di utilizzo;
- modalità di acquisto;
- informazioni specifiche e puntuali sull'uso del preservativo.

VI) I servizi socio-sanitari:

- conoscenze relative, modalità di accesso e di fruizione.

Sulla base dei risultati emersi dall'indagine conoscitiva, è stato organizzato un **corso di formazione** rivolto alle partecipanti ai gruppi d'intervista, incentrato sul modello di "educazione tra pari".

Questa metodologia d'intervento, è stata efficacemente applicata per affrontare tematiche relative a: utilizzo di sostanze stupefacenti, sessualità, gravidanza adolescenziale e infezione da HIV/AIDS, soprattutto con gruppi di giovani.

Essa ci è sembrata particolarmente adatta per affrontare le tematiche relative all'infezione HIV/AIDS in quanto l'educazione tra pari presenta le seguenti caratteristiche:

- valorizza l'esperienza individuale e rafforza l'autostima;
- facilità la comunicazione anche riguardo a argomenti appartenenti alla sfera della *privacy*;

- favorisce la discussione e il confronto;
- può influire sull'eventuale modifica degli atteggiamenti e dei comportamenti;
- come metodo educativo non è autoritario.

Il corso di formazione, articolato in due giornate di lavoro ha avuto i seguenti obiettivi generali:

- acquisizione di conoscenze idonee per l'attuazione di comportamenti preventivi riguardo all'infezione da HIV nella popolazione giovanile;
- acquisizione di conoscenze e capacità comunicative adatte a facilitare la trasmissione delle informazioni riguardanti la prevenzione d'infezione da HIV.

E i seguenti obiettivi specifici:

- sistematizzare le conoscenze sull'eziologia, il decorso clinico e le nuove modalità terapeutiche riguardo all'infezione da HIV;
- sistematizzare le conoscenze riguardo alle modalità di trasmissione dell'infezione da HIV;
- potenziare le conoscenze obiettive riguardanti i comportamenti preventivi e a rischio;
- riconsiderare le conoscenze pregresse alla luce del percorso di informazione/formazione;
- fornire elementi di riflessione riguardo ai fattori sociali e culturali che determinano i comportamenti di prevenzione;
- proporre una metodologia di intervento idonea alla trasmissione di informazioni con i gruppi di coetanei.

Durante il corso di formazione sono stati presentati i risultati preliminari della ricerca, questa restituzione ha dato luogo a momenti di confronto e discussione tra le partecipanti.

La metodologia del corso è stata incentrata sul lavoro in piccoli gruppi, per favorire una partecipazione attiva e per valorizzare e socializzare le esperienze e i vissuti delle partecipanti. A questo scopo sono state fatte alcune lezioni frontali riguardanti (*a*) aspetti medico-scientifici dell'infezione da HIV/AIDS, (*b*) aspetti socio-culturali insiti nella concezione collettiva delle malattie, (*c*) aspetti fondamentali della comunicazione, (*d*) aspetti comportamentali relativi alla sessualità umana e la prevenzione dell'infezione da HIV/AIDS. Oltre ai lavori in piccoli gruppi, sono state applicate differenti tecniche di dinamizzazione dei gruppi (*role playing*, analisi di casi, …).

Hanno partecipato alle due giornate di lavoro 24 delle 30 donne intervistate.

Alla fine del corso è stato somministrato alle partecipanti un questionario di valutazione sul lavoro svolto in sede formativa. Complessivamente le aspettative delle partecipanti sono state soddisfatte e gli obiettivi conoscitivi raggiunti. In particolare, le partecipanti hanno ritenuto molto utili gli interventi riguardanti *L'infezione da HIV alle soglie del 2000: aspetti eziologici, clinici e terapeutici* e quello sui *Comportamenti a rischio / comportamenti preventivi*. Gli aspetti relativi alle tecniche di comunicazione, alla metodologia dell'educazione tra pari e infine anche i lavori in gruppo sono stati ritenuti molto validi dalle partecipanti. Esse inoltre, hanno segnalato l'opportunità di implementare altre iniziative di formazione analoghe con una maggiore durata, evidenziando, in questo

modo, anche la loro disponibilità a parteciparvi e a portare avanti eventuali programmi di educazione tra pari.

Pubblicazioni e altri esiti di documentazione e comunicazione

María José Caldés - César Zúniga Valle, *Donna e infezione da Hiv: dall'analisi dei determinanti dei comportamenti preventivi in gruppi eterogenei di giovani donne (20-25 anni), alla sperimentazione di una metodologia d'intervento per la modifica dei comportamenti a rischio* [relazione presentata alla Conferenza nazionale di educazione e promozione della salute. "I nuovi orizzonti dell'educazione sanitaria e della promozione della salute: politiche e reti per la salute", Pisa, 8-10 giugno: la relazione verrà pubblicata negli atti della conferenza a cura del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario (Csesi) della Università degli studi di Perugia].

Promozione, patrocini, finanziamenti, organizzazione, direzione, collaboratori

promozione e organizzazione: Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario (Csesi) della Università degli studi di Perugia - Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia / *finanziamento*: Istituto superiore di sanità, Roma / *direzione scientifica*: Lamberto Briziarelli / *ricercatori*: María José Caldés - César Zúniga Valle.

Contatti per ulteriori informazioni

María José Caldés, Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario (Csesi) della Università degli studi di Perugia, via del Giochetto, 6 - 06126 Perugia (Italia)

César Zúniga Valle, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia, via dell'Aquilone, 7 - 06123 Perugia (Italia).

06. Recensioni

L'etnopsichiatria in Italia: una nuova stagione di studi

Giuseppe Cardamone

Roberto BENEDUCE, *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano, 1998, 314 pp.

«Quando la malattia che, nella sua essenza, è la negazione stessa dell'immigrato, finisce – a condizione d'essere contestata – per costruire un nuovo alibi per l'immigrato (alibi di rimpiazzo, dal momento che il primo alibi, il lavoro, è stato distrutto dalla malattia) essa diventa, come per uno strano paradosso, inseparabile dall'immigrato che ne è stato colpito; e così può sparire (cioè guarire) solo se costui non ne ha più bisogno, se trova una soluzione al suo malessere e alle sue contraddizioni - cose tutte che la malattia rivela o acuisce. In mancanza di una via d'uscita, la malattia diventa permanente e viene rivendicata in permanenza; diventa la sola via d'uscita per una situazione che non ne ha nessuna» (SAYAD A. 1981).

Questa acuta riflessione di Abdelmalek Sayad ci pone alcune questioni cruciali dell'intricato rapporto che lega la migrazione dell'uomo ai temi della salute, della malattia e della sua cura; in particolare alle vicissitudini, individuali, gruppali e comunitarie che segnano la salute mentale delle persone migranti. A questo sfondo tematico si lega il libro *Frontiere dell'identità e della memoria* di Roberto Beneduce, che a buon diritto, si può considerare tra le prime pubblicazioni di riflessione etnopsichiatrica matura e metodologicamente fondata sui temi della migrazione in Italia.

Il testo affronta la questione in maniera diretta sgombrando il campo da facili semplificazioni e scontati riduzionismi: la salute mentale dei migranti nei contesti multiculturali viene vista e analizzata attraverso un ripensamento critico-metodologico delle discipline psicologico-psichiatriche. Questo ripensamento poggia le sue basi su un duplice livello metodologico: da una parte un'intensa attività clinica, oramai più che decennale, dall'altra un'attenta revisione critica della letteratura internazionale più accreditata sull'argomento. Ciò si traduce sul piano euristico nel superare, attraverso i saperi e le acquisizioni della clinica e della ricerca etnopsichiatrica, il nesso causale tra migrazione e follia.

In altre parole, si tratta di chiarire che tra i due ordini di fenomeni, la migrazione da una parte e la comparsa di una patologia psicologico-psichiatrica dall'altra, non esiste una relazione causale diretta. Piuttosto i due ordini di fenomeni appartengono al campo sociale continuo e alle infinite possibilità evolutive cui la vita umana è esposta del corso del suo divenire storico.

Con questo volume, si può affermare che venga sancito il definitivo superamento di quell'ambito disciplinare denominato psicopatologia della migrazione aprendo la strada italiana a un'etnopsichiatria della memoria e del presente, la cui cifra caratteristica è quella del conflitto e della contraddizione (tra i suoi antecedenti storici va ricordato Michele Risso). Il libro è fortemente agganciato ad un'esperienza pratica che l'Autore sta svolgendo da anni nel campo dei problemi connessi alla migrazione: la direzione ed il coordinamento del *Centro Frantz Fanon*, un servizio pubblico di counseling rivolto ai disagi psicologici dei migranti e delle loro famiglie (che ha sede a Torino presso l'Azienda sanitaria locale TO-1, Settore educazione sanitaria & Dipartimento salute mentale).

Nel volume vengono raccontati casi e storie tratti da questo intenso lavoro clinico e in tutti questi segmenti di esistenze si può cogliere quella passione unica e riconoscibile di chi è a sua volta migrante e quindi estremamente vicino ai soggetti che incontra.

Un altro contributo che il volume ha il merito di far emergere è quello della riconsiderazione, all'interno dei fenomeni migratori, della specifica dimensione di genere. In particolare, viene messo in luce il peculiare vissuto caratteristico delle donne migranti, le quali portano nei loro corpi e nelle loro vicissitudini il peso drammatico di una condizione esistenziale lacerata dai conflitti di genere e da reali propositi di cambiamento (le pratiche di infibulazione e di excisione trovano spazio all'interno del libro).

Il libro, infine, ospita, in appendice, un originale saggio di Mahfoud Boucebci, psichiatra algerino trucidato dagli integralisti qualche anno addietro, su un tema poco esplorato e estremamente attuale, quello dei migranti bambini e adolescenti sospesi tra due culture.

In conclusione, mi piace pensare che questo libro vada ad arricchire il corpus teorico-pratico dell'etnopsichiatria italiana, che già annovera alcuni punti di repere di sicuro affidamento scientifico (Coppo P. 1993 e 1994, Beneduce R. 1997, Inglese S. - Peccarisi C. 1997, Cardamone G. - Inglese S. - Zorzetto S. 1999, Cardamone G. - Zorzetto S. 2000). Inoltre c'è da augurarsi che proprio come sostiene Tobie Nathan (Nathan T. 1997), fondatore dell'etnopsichiatria clinica, la stessa disciplina mantenga la sua vocazione transitoria di messa in crisi e riformulazione epistemologica sia delle pratiche psicologico-psichiatriche tradizionali che dei saperi antropologici con i quali si confronta e quindi rappresentare un costante pungolo critico per quanti lavorano nel campo clinico, terapeutico e assistenziale.

Riferimenti bibliografici

Beneduce Roberto (curatore) (1997), *Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali*, L'Harmattan Italia, Torino.

Cardamone Giuseppe - Inglese Salvatore - Zorzetto Sergio (curatori) (1999), *Djon Djongonon. Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali*, Colibrì, Paderno Dugnano (Provincia di Milano).

Cardamone Giuseppe - Zorzetto Sergio (2000), *Salute mentale di comunità. Elementi di teoria e pratica*, Franco Angeli, Milano.

Coppo Piero (curatore) (1993), *Essai de psychopathologie Dogon*, Éditions Crmt/Psmtm, Bandiagara - Perugia.

Coppo Piero (1994), *Guaritori di follia*, Bollati Boringhieri, Torino.

Nathan Tobie (1997), *Specificité de l'ethnopsychiatrie*, "Nouvelle Revue de Ethnopsychiatrie", n. 34, 1997, pp. 7-24.

Salvatore Inglese - Peccarisi Cesare (1997), *Psichiatria oltre frontiera. Viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordinate*, Utet, Milano.

Sayad Abdelmalek (1981), *Santé et équilibre social chez les immigrés*, "Psychologie Médicale", vol. XIII, n. 11, 1981, pp. 1757-1758.

Un classico dell'antropologia romena: il "folclore medico" di Ion Aurel Candrea

Giovanni Pizza

Ion Aurel CANDREA, *Folclorul medical român comparat. Privire generală. Medicina magică*, studio introduttivo Lucia BERDAN, Polirom, Bucureºti, 1999, 482 pp. [ristampa dell'ediz. orig.: Casa ª coarelor, Bucureºti, 1944].

Folclorul medical român comparat di Ion Aurel Candrea (Bucarest, 1872 - Parigi, 1950), apparso nel 1944, è tra i classici della ricerca folclorica romena ripubblicati negli anni Novanta dall'editore Polirom nel quadro di una sistematica riscoperta e riproposizione delle opere di scienze umane e sociali che ha caratterizzato le scelte editoriali in Romania nel decennio successivo al cambiamento politico del 1989. Candrea è tra gli autori più rappresentativi nel campo degli studi folclorici romeni del Novecento. Di formazione linguista e filologo, è stato allievo di Bogdan Petriceicu Hasdeu (1838-1907) e collaboratore di Ovid Densusianu (1873-1938), due studiosi che possono essere considerati tra i padri fondatori dell'antropologia romena, ideatori delle grandi inchieste sulle tradizioni popolari in Romania condotte tra l'Ottocento e il Novecento. Formatosi a Bucarest, ma specializzato in Francia, alla scuola di lessicografia e geografia linguistica della Sorbona e dell'École pratique des hautes études con maestri quali Gaston Paris e Paul Meyer, Candrea affiancò allo studio della dialettologia, della toponimia e antroponimia romena l'interesse per la poesia popolare. Con Densusianu pubblica le prime raccolte antologiche sul folclore letterario romeno, seguendo un percorso che fa proprio quell'indirizzo filologico-linguistico-letterario di studi sulla poesia e i canti popolari che aveva caratterizzato la ricerca "romantica" sulle tradizioni popolari in Europa. Successivamente il suo interesse per la narrativa di tradizione orale in Romania passò dal piano linguistico a quello di una interpretazione volta a cogliere il significato culturale delle fiabe, con una particolare attenzione ai saperi e alle credenze connesse alle figure fantastiche, agli spiriti invisibili che, con il loro intervento, condizionano il mondo naturale e influenzano la vita individuale e sociale. Nei suoi corsi universitari Candrea passava in rassegna interi repertori folclorici ricostruendo i quadri della cosmogonia popolare, i saperi naturalistici, le forme di rappresentazione del corpo e delle malattie, i significati socioculturali impliciti nella concettualizzazione di esseri fantastici, streghe e incantatori [(1)].

Come e forse più di altri suoi lavori, questo volume sulla "medicina popolare" romena ha dunque un carattere comparativo. Esso riprende infatti i materiali dei suoi ultimi corsi universitari, condotti attraverso la classificazione e la lettura interpretativa di documentazioni sulle tradizioni popolari relative alle diverse aree regionali del Paese, prodotte da studiosi quali Tudor Pamfile (1883-1921) o Simeon Florea Marian (1847-1907) attraverso campagne di inchiesta e rilevazione dei dati basate sulla distribuzione di questionari sul ciclo della vita, l'etnobotanica e l'etnofarmacologia, i simbolismi religiosi, i rituali e le cerimonie festive. I risultati di tali ricerche oltre a dare luogo a pubblicazioni di volumi da parte di questi autori – che costituiscono altrettanti classici dell'antropologia romena – sono tuttora consultabili, per la parte non pubblicata così come per i questionari, presso gli archivi di folclore pubblici e privati a Bucarest, a Suceava, a Cluj-Napoca e in altre città romene.

Con *Folclorul medical*, lavoro che si colloca nella ultima fase della sua carriera, Candrea tentò un'operazione piuttosto ambiziosa. Il suo obiettivo era quello di impostare – a partire da un'ampia analisi comparativa – una scienza etnoiatrica moderna, che potesse dialogare con le opere più importanti di questo genere in campo europeo. Basta sfogliare la ricca bibliografia dell'opera per comprendere non solo la genealogia di filologi e folcloristi romeni nella quale Candrea si riconosce, ma anche l'impostazione metodologica del suo lavoro e il confronto con i grandi maestri dell'etnologia dell'Europa occidentale e mediterranea. È evidente come la forma del "trattato" lanciata da Giuseppe Pitrè con la sua *Medicina popolare siciliana* (1896) rappresenti per Candrea un modello, come già lo era stato per altre tradizioni di ricerca in Europa. Ma a Pitrè si aggiungono altri riferimenti importanti quali Cocchiara, Finamore, Saintyves, Sébillot, Frazer, van Gennep, De Gubernatis, gli etnografi della *Volkskunde* tedesca, i filologi e gli storici delle religioni. Questa ampia bibliografia spiega anche la stessa struttura del libro che segue un obiettivo ben chiaro: mostrare come il dato di "folclore medico" sia connesso non solo al campo della "medicina popolare" ma anche a quello magico-religioso, e come esso vada osservato in una prospettiva storica, secondo una idea di trasmissione dei fatti culturali che ritiene le pratiche mediche popolari forme permanenti di antichi saperi medici: i riferimenti alla enciclopedia naturalistica pliniana, o a quella medica di Catone, Marcello, Celso, Columella, Dioscoride, indicano come l'antichità classica sia per Candrea un riferimento centrale, come d'altronde dichiara nell'introduzione. Questo continuo, dichiarato richiamo agli studiosi dell'Europa occidentale e alla antichità romana, testimonia la tendenza di Candrea a considerare la Romania come un terreno europeo: andando oltre la separazione tra Europa occidentale e orientale il suo comparativismo sembra giustificarsi in riferimento all'ascendenza neolatina della lingua romena. Tornerò più avanti su questo punto. Esaminiamo ora la struttura dell'opera.

Nell'intento di sottolineare l'importanza degli aspetti magico-religiosi nelle rappresentazioni della malattia e nelle pratiche terapeutiche, il libro si compone di due ampie parti. Nella prima parte sono trattate le malattie e i rimedi terapeutici in un quadro che viene definito di "medicina popolare ed empirica". Nella seconda parte la comparazione si estende al campo della magia e vengono analizzate le pratiche simboliche connesse alla esperienza della malattia non senza entrare in questioni legate al vecchio dibattito postfrazeriano sull'intreccio e la differenza tra magia, religione e scienza. A questo proposito Candrea ripropone una visione positivista che considera le pratiche terapeutiche popolari alla stregua di superstizioni e credenze, anche se ritiene che esse contengano moltissime informazioni culturali e siano pertanto espressione di una "scienza popolare". Questo aspetto viene messo in luce nel capitolo relativo all'origine delle malattie quando si riconosce che alcune conquiste della scienza medica traggono spunto da molte delle osservazioni popolari nate da una esperienza empirica che in molti casi appare incontestabile anche da un punto di vista scientifico. Così in relazione alle pratiche terapeutiche in più punti si sottolinea come spesso se ne debba confermare l'efficacia reale.

Nella prima parte, intitolata *Il corpo umano. Le malattie*, viene proposta una classificazione partonimica del corpo che "traduce", *à la* Pitrè, le tassonomie popolari nelle griglie dell'anatomia e della fisiologia classiche. Il corpo, le sue parti, gli organi, le secrezioni e i fluidi vengono studiati nel contesto popolare a partire dalle forme di denominazione e dalla classificazione linguistica. Per ogni organo del corpo e per ogni sua piccola parte, così come per il sangue, il mestruo, il latte, il sudore, la saliva

ecc., vengono riportate le denominazioni popolari e le credenze connesse, con le varianti regionali romene testimoniate nei repertori, prontamente confrontate con i testi della medicina classica greco-romana. Si sviluppa poi, nel secondo capitolo, lo studio delle teorie eziologiche e dei miti d'origine delle malattie. Attraverso un'ampia analisi comparativa Candrea sottolinea la prevalenza in Romania di una concezione "demonica" della malattia. L'attribuzione del male al diavolo o a esseri diabolici si accompagna a forme di "personificazione" della malattia o dei suoi sintomi in esseri fantastici a carattere stregonico. I capitoli terzo e quarto sono interamente dedicati alla analisi di tali figure fantastiche, spesso femminili: *strigoi*, *moroi*, *ielele*, *rusaliile*, ecc. Si apre qui una parte molto importante del libro dalla quale risulta molto chiaro l'intreccio tra figure della corporeità, rappresentazioni della malattia e simbolismi rituali e magico-religiosi. Spesso, infatti, tali figure sono gli agenti di vere e proprie forme di possessione e pertanto la pratica terapeutica consiste nella esecuzione di complessi rituali a carattere esorcistico destinati a farli uscire dal corpo posseduto. In particolare *ielele* (letteralmente "esse", pronome che sta a indicare la tabuizzazione del nome) sono spiriti primaverili che possono invadere i corpi e impossessarsene determinando la malattia. Un esempio comparativo per chi conosca la *Medicina popolare siciliana* di Pitrè potrebbe essere quello relativo alla *matrazza* ("mal di madre", cioè "male dell'utero", versione locale dell'isteria) determinata dalla penetrazione nel corpo femminile di spiriti denominati "donni di fora". Le figure di esseri fantastici femminili quali *rusaliile* e *ielele* sono molto vicine a questi spiriti femminili siciliani, come peraltro la ricerca antropologica e storica europeista contemporanea ha mostrato esplorando in particolare i sistemi di credenze folcloriche correlate alla stregoneria storica europea. Altri eufemismi vengono coniati per riferirsi a queste figure di fate: "le Belle" (*Frumoasele*), "le Ventose" (*Vintoasele*, nel senso che giungono col vento), "le Sante" (*Sfintele*), "le Signore" (*Doamnele*), o "le Rosalie" (*Rusaliile*). Queste ultime sono responsabili di un particolare tipo di possessione: nell'epoca della primavera il rischio che esse si impadroniscano dei corpi umani è forte e per questo va evitato astenendosi dai lavori domestici nei giorni ad esse consacrati, come ad esempio il mercoledì precedente l'Ascensione. Se le donne vengono colpite dalla possessione da parte di questi esseri femminili cadranno in un sonno profondo nel periodo di Pentecoste. Occorrerà allora che gruppi di danzatori terapeuti – i *călu°arii* (da *călu°*, "cavallo") accorrano per dare luogo al rito della danza terapeutica [2]. *Strigoii* e *moroii* sono figure stregoniche succhiasangue, di sesso maschile (*strigoi*, *moroi*) o femminile (*strigă*, *mora*), che possono essere viventi o *revenants*, cioè morti che ritornano ad aggredire i vivi e a tormentarli. Ad esempio un bambino potrebbe trasformarsi in *strigoi* o *moroi* se sua madre non osservasse alcune regole tra le quali quella di non riprendere ad allattarlo dopo lo svezzamento. Questa prima parte del volume di Candrea si conclude con lo studio delle rappresentazioni della malattia come aggressione stregonica, derivante cioè dall'azione negativa di "stregoni" (*vrăjitorii*), alla quale si contrappone l'attività magica positiva degli "incantatori" (*fermecătorii*). Una differenza che riecheggia la celebre distinzione fra fattucchieria (*sorcery*) e stregoneria (*witchcraft*) stabilita nel 1937 da Edward Evan Evans Pritchard nel suo ben noto lavoro etnografico sulla magia e la stregoneria zande. Seguono: un'analisi del malocchio (*deochiul*), uno studio sulla terminologia popolare delle malattie, un tentativo di definire i campi della "diagnosi", della "prognosi" e della "prevenzione" nelle pratiche tradizionali (l'uso di amuleti o la tabuizzazione del nome della malattia).

La seconda parte, intitolata *Medicina magica*, riprende lo schema frazeriano della magia "simpatica" come falsa scienza, fondata su una teoria analogica basata sulla perce-

zione di somiglianze più o meno visibili fra elementi e processi. L'analisi del simbolismo magico segue dunque le definizioni frazeriane della magia "imitativa" e "simpatica", di cui sono esempi la ricerca delle analogie cromatiche nella scelta dei rimedi e l'individuazione di rapporti simbolici fra i rimedi terapeutici e la malattia stessa. Un capitolo particolarmente interessante di questa seconda parte è il capitolo secondo, dedicato ai *descîntece*, gli scongiuri, che costituiscono un importante genere della magia terapeutica romena, non ancora studiato in maniera approfondita nonostante la ricca mole di materiali. Sono prese in esame le diverse forme metriche e le varie figure retoriche sulle quali lo scongiuro fonda la sua efficacia. Ad esempio la forma del "dialogo" tra il terapeuta e la malattia personificata; la forma della enumerazione dei sintomi e della loro eliminazione progressiva (da nove a otto, da otto a sette e così via); l'uso di metafore, paragoni e parallelismi; il riferimento a interventi *illo tempore* di figure mitiche e religiose. Si tratta di strutture formali dello scongiuro terapeutico di cui si attesta qui l'ampia diffusione in tutta l'area dell'Europa orientale e balcanica, ma di cui viene parallelamente confermata, su un piano comparativo, la continuità con le tradizioni terapeutiche fondate sulla parola in Europa occidentale, come nel caso a noi ben noto delle *historiolae* studiate in Lucania da Ernesto de Martino, o degli scongiuri siciliani studiati da Giuseppe Bonomo ed Elsa Guggino [3]. Il volume si avvia alla chiusura con un capitolo dedicato alle forme di contagio delle malattie nella tradizione popolare romena. La trasmissione della malattia è considerata un rischio che caratterizza non solo i rapporti fra gli esseri umani, ma anche quelli con il cadavere, gli animali, le piante gli oggetti i fenomeni naturali o i corpi celesti – luna, stelle, arcobaleno – tutti elementi considerati carichi di forza contaminante. Infine il volume si chiude con una disamina comparativa sul significato magico dei numeri e sull'efficacia simbolica della numerazione. Nel caso dell'arcobaleno Candrea non manca di sottolinearne i significati simbolici risalenti alla medicina romana; così nel caso della magia numerica egli si richiama la tradizione citando un autore come Marcello. Come ho già detto, nell'analisi storico-comparativa proposta da Candrea questi riferimenti al mondo romano sono molto frequenti, tanto da spingere a una ipotesi di riflessione critica sulle basi ideologiche degli studi di folclore in Romania. Ci si potrebbe chiedere, cioè, se in questo caso la ricerca folclorica – al di là dell'importanza storica del richiamo alle origini mediche romane dell'etnoiatria romena – non si faccia strumento retorico di quella memoria culturale e identitaria della "romanità" che ha storicamente caratterizzato interi filoni letterari e che tende a sganciare culturalmente la Romania dall'area balcanica ribadendo l'appartenenza al campo neolatino. Ma si tratta, per l'appunto, di una ipotesi da sottoporre alla verifica di una ricerca sistematica sulla genesi e lo sviluppo dei generi folclorici, ivi compreso il "folclore medico", nella tradizione intellettuale romena.

Corredato di un buon indice analitico questo libro rappresenta un ottimo strumento per chi voglia esplorare il campo delle rappresentazioni folcloriche relative al corpo, alla salute e alla malattia nell'Europa orientale. Tuttavia, perché tale esplorazione risulti efficace nell'ottica di un'antropologia medica contemporanea aperta alla storia culturale delle configurazioni simboliche correlate ai processi di salute-malattia, occorre compiere un'operazione metodologica preliminare, fondata su una capacità di lettura critica: come già ormai la ricerca antropologica ha fatto per gli autori italiani di opere sulla "medicina popolare", in primo luogo Giuseppe Pitrè e Zeno Zanetti, anche in questo caso bisogna andare oltre le griglie classificatorie positiviste e, in qualche punto, oltre l'ideologia romantica che le sottende, per ricostruire, attraverso l'individuazione di tratti salienti, forme di vita culturale quali emergono direttamente dai dati raccolti.

Oltre i suoi stessi criteri di classificazione e di presentazione dei dati raccolti, questo testo diventa così ancora più interessante se sottoposto a una simile lettura critica, poiché il campo della cosiddetta "medicina popolare", cui Candrea preferisce la dizione "folclore medico comparato", si estende in maniera talmente ampia da confermare l'impossibilità di circoscrivere nel flusso dei saperi, delle pratiche e delle rappresentazioni culturali, un settore definibile come "medicina".

Ancora una volta la lettura antropologica di un "trattato" sulla "medicina popolare" mostra come l'esperienza della malattia, osservata nel contesto socioculturale, non possa essere separata dai modi di produzione espressiva, cioè dalla elaborazione e dall'uso dei simboli. L'esempio offerto da *Folclorul medical* sta nel fatto che in quest'opera vengano affrontati temi centrali per la comprensione dei quadri simbolici connessi alle figure stregoniche e magiche che caratterizzano i repertori folclorici romeni, e che ricongiungono l'esperienza della malattia ai campi della stregoneria e della possessione. Inoltre, poiché in Romania l'Inquisizione non ebbe luogo, tali configurazioni simboliche appaiono documentate nei repertori in forme, per così dire, "libere" dagli schemi imposti dal cristianesimo inquisitoriale o evangelizzante. Per queste ragioni il lavoro di Candrea rappresenta un classico da riesaminare, utile a quanti vogliano illuminare quella continuità culturale fra Europa occidentale e orientale che trova nella Romania un fertile terreno di confronto al quale, non a caso, hanno guardato, con una rigorosa metodologia comparativa, studiosi importanti e diversi, quali Ernesto de Martino, Mircea Eliade e Carlo Ginzburg.

Note

(1) Un quadro più ampio della bio-bibliografia di Ion A. Candrea è in Iordan Datcu, *Dicţionarul etnologilor români*, Saeculum, Bucureºti, 1998, 2 voll., vol. I, pp. 129-131.

(2) Si tratta di un rituale terapeutico studiato anche da Mircea Eliade, in un saggio in cui lo storico delle religioni contestava una interpretazione di questi fenomeni come esempi di un presunto sciamanismo romeno, proponendo piuttosto una comparazione con la possessione da tarantola studiata in Salento da Ernesto de Martino (*La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano, 1961). Cfr. Mircea Eliade, "*Sciamanismo" presso i Romeni*?, pp. 169-174, in Mircea Eliade, *Da Zalmoxis a Gengis-Khan. Studi comparati sulle religioni e sul folclore della Dacia e dell'Europa centrale*, traduzione dal francese di Alberto Sobrero, Ubaldini, Roma, 1975 [ediz. orig.: Payot, Paris, 1970]. Sui *călu°arii* si veda la monografia di Gail Kligman, antropologa americana allieva di Eliade, *Călu°. Symbolic transformation in Romanian ritual*, con una introduzione di Mircea Eliade, The University of Chicago Press, Chicago - London, 1977. Si tratta di un lavoro etnografico condotto nella Romania meridionale. Tra le fonti comparative di Kligman figura anche questo lavoro di Ion Aurel Candrea sul "folclore medico".

(3) Mi riferisco naturalmente a Ernesto de Martino, *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano, 1959, a Giuseppe Bonomo, *Scongiuri del popolo siciliano*, Palumbo, Palermo, 1953, e a Elsa Guggino, *La magia in Sicilia*, Sellerio, Palermo, 1978. Il tema dei *descîntece* fu molto studiato in Romania da autori come Simeon Florea Marian, *Descântece poporane romane*, Suceava, 1886 e Artur Gorovei, *Discîntecele romanilor*, Bucureºti, 1931. Dopo la guerra e durante il regime di Ceausescu questo settore di studi sulla magia terapeutica fu messo da parte, in qualche modo rimosso in seguito a una vera e propria politica di "secolarizzazione" delle discipline folcloriche che escludeva gli studi sulla magia. Attualmente, oltre alla ripubblicazione dei classici nella Romania contemporanea, sono apparsi nuovi lavori su questo tema tra i quali gli studi di Nicoleta Coatu.

Figure della possessione nel culto calabrese di san Bruno

Giovanni Pizza

Tonino CERAVOLO, *Gli spirdàti. Possessione e purificazione nel culto calabrese di san Bruno di Colonia*, Monteleone, Vibo Valentia, 1999, 265 pp.

Purificazione di giugno è il titolo di un breve intervento che Ernesto de Martino dedicò al fondatore dell'unica Certosa dell'Italia meridionale: san Bruno di Hortenaust, patriarca dell'ordine certosino vissuto nell'XI secolo nella Calabria interna non lontano dal paese di Serra San Bruno. Quello scritto, apparso nel 1960 su "Espresso Mese" e poi ristampato nel volume *Furore, simbolo, valore* (Il Saggiatore, Milano, 1962, pp. 139-144), è stato per lunghi decenni l'unico tentativo di lettura storico-antropologica ed etnopsichiatrica del culto di possessione e delle pratiche esorcistiche connesse alla potenza taumaturgica di san Bruno. Una lettura che rifletteva sulle evoluzioni del culto e sulle connivenze o sui contrasti nella gestione degli ossessi, in calabrese *spirdàti,* tra la teologia cattolica e la moderna psichiatria. *Spirdàti* sono "persone preda di demoni e spiriti maligni", condotte in Certosa per essere sottoposte al rito esorcistico operato da uno dei padri certosini. Oggi Tonino Ceravolo dedica una vera e propria monografia al culto di san Bruno ed entra a pieno diritto nel quadro di quel dibattito scientifico contemporaneo che a partire da uno stretto dialogo fra antropologia e storiografia riflette sul rapporto tra le esperienze culturali della possessione e della stregoneria e il culto dei santi attraverso una metodologia di ricerca attenta a valutare le differenze tra le rappresentazioni delle fonti documentarie e la concreta esperienza di cui quelle fonti danno conto. Fin dall'impostazione metodologica Ceravolo entra nel merito del confronto fra antropologi e storici e cerca di rispondere alla esigenza urgente di un riorientamento dello sguardo interpretativo, a partire dalla consapevolezza della complessità retorica delle fonti e della loro efficacia nella "costruzione" della realtà fattuale. L'interesse dell'Autore si rivolge innanzitutto a una ricostruzione della vicenda storica nella quale il fenomeno degli *spirdàti* si inserisce e che vede protagonista la figura del monaco intellettuale che giunge in Calabria attraverso un itinerario di viandante e pellegrino nell'Europa medioevale. Questo obiettivo viene perseguito sottoponendo a rilettura diversi blocchi documentari. Innanzitutto le scritture agiografiche, quindi la storiografia "bruniana" che all'Autore sembra carente della necessaria sensibilità interpretativa e piuttosto orientata dall'intento di criticare la veridicità storica delle "leggende agiografiche". Agiografia e storiografia del santo, rilette con sensibilità antropologica, mostrano invece come la storia agiografica sia in realtà la storia delle trasformazioni testuali del racconto agiografico. L'intera prima parte del libro ricostruisce filologicamente, attraverso una lettura critica della fonti, il processo di trasformazione retorica del santo e fornisce una articolata tipologia dei miracoli a lui attribuiti. Sottratta a categorie generiche e ormai superate quali "mentalità collettiva" o "immaginario popolare", l'analisi delle narrazioni dei miracoli, e in particolare della funzione taumaturgica, viene contestualizzata su un piano storico e antropologico. Si comprende così come, nonostante l'esiguità delle fonti su questo specifico punto, solo in seguito alle trasformazioni agiografiche di Bruno di Colonia venga ad inserirsi la sua funzione taumaturgica nei confronti della possessione diabolica. Appare inoltre interessante, alla luce delle attuali teorie a disposizione dell'antropologia, il fatto che Ceravolo si

sganci da quella dicotomia alto/basso, colto/popolare che tanto ha caratterizzato le storiografie della santità, della stregoneria e della possessione mostrando come nella vicenda della trasformazione agiografica del santo abbiano agito forze, poteri ed esigenze eterogenee dal punto di vista sociale ma non riducibili a rigide dicotomie. Poiché dopo la morte di Bruno l'agiografia ha rafforzato la sua connotazione taumaturgica e di santo protettore su quella originaria di "sapiente cristiano dalle virtù contemplative", allora il problema storiografico centrale del volume diventa quello di spiegare perché la successiva specializzazione del culto si incentri sempre più sulla possessione diabolica e si cristallizzi nell'occasione della festa di Pentecoste, essendo questo il momento del culto pubblico in memoria della traslazione delle reliquie. Ceravolo segue un paradigma di tipo indiziario sensibile alla questione cronologica e dialoga in maniera critica con i lavori di Carlo Ginzburg, utilizzando, accanto alle fonti scritte, anche quelle iconografiche. In tal modo egli giunge a ipotizzare che l'attribuzione a Bruno di Colonia della sua capacità di guarire gli ossessi si origini nel XVII secolo. Disponendo per i secoli successivi di fonti più ricche l'Autore ricostruisce poi in maniera puntuale gli sviluppi recenti che dall'Ottocento a oggi vedono una progressiva affermazione del fenomeno degli *spirdàti*. Emerge in maniera ancora più netta in questa parte una condivisibile critica al concetto di "religiosità popolare" che, pur se non abbandonata come categoria nominale, viene articolata in maniera più complessa segnalando, giustamente, i rischi di riduzionismo impliciti in una rigida opposizione tra istituzioni ecclesiastiche *alte* e pratiche religiose *basse*. Alla elaborazione di ipotesi e di letture interpretative del culto viene dedicata l'ultima parte del volume: il problema della coincidenza di guarigioni di indemoniati con la Pentecoste viene sottoposto a un'analisi di tipo strutturale che indaga simbolismi complessi che vanno oltre l'evidenza storica della scoperta e della traslazione delle reliquie di San Bruno avvenuta proprio nel giorno di Pentecoste. Viene tentato un ampliamento comparativo che, assumendo come modello la ben nota indagine di Ginzburg sul sabba, ripropone il problema del rapporto fra spiegazione storica e indagine morfologica, riflettendo sulle analogie problematiche fra la vicenda degli *spirdàti* calabresi e una più ampia serie di figure a carattere sciamanico-stregonico quali i *benandanti* friulani e le *rusalii* serbe e romene. Pur non tenendo conto dell'ampia letteratura prodotta su questo argomento negli ultimi anni (si pensi ad esempio ai lavori di Gustav Henningsen e di Éva Pócs e per quest'ultima si veda in questo stesso numero di "AM" la recensione successiva) il lavoro procede alla ricerca di "somiglianze di famiglia" e tenta di ricostruire reti di significato, che l'Autore definisce "mappe", il cui obiettivo è quello di restituire la complessità strutturale e la profondità storica del fenomeno degli *spirdàti.* Gli elementi fondamentali presenti nel rito (il bosco, l'acqua, la grotta), le credenze collegate al fenomeno e la distribuzione geografica di fenomeni analoghi dovrebbero consentire di disegnare un'ampia "cartografia" – questo è il termine dell'Autore – del fenomeno. La ricerca comparativa riflette sulle dinamiche di cristianizzazione dei culti pagani prendendo talvolta le distanze critiche dalle affermazioni di Ernesto de Martino sui precedenti storici pagani. Ceravolo si sottrae allo schema – giudicato troppo rigido – della cristianizzazione e segnala i rischi di quello che viene definito "riduzionismo storico", cioè la tendenza a definire i fenomeni come reazioni ad altri fenomeni. Così quando studia il simbolismo del bosco, più che osservarlo nelle sue ascendenze "arcaiche", si mostra attento a contestualizzarlo nel quadro storico-culturale delle esperienze monacali e ascetiche medioevali in cui il bosco traduce il deserto orientale dei Padri della Chiesa. I simbolismi del rituale quindi sono osservati in specifici contesti storico-geografici, così la grot-

ta è collegata anch'essa all'eremitismo bizantino che caratterizza il territorio calabrese ed è considerata come forma primigenia da cui scaturiranno la "laura" e il "cenobio"; più complesso il tratto simbolico dell'acqua e dell'immersione che viene osservato in connessione con riti analoghi in area calabrese. Certo ciascuna di queste indicazioni allude a ricerche ancora da sviluppare ma che appaiono qui correttamente impostate nelle loro premesse metodologiche. Anche l'esplorazione del caleidoscopico universo degli spiriti di Pentecoste parte da domande di notevole interesse: perché soprattutto a Pentecoste guarisce chi è preda del demonio? Tale circostanza lascia, forse, trasparire un legame strutturale tra la Pentecoste e la guarigione degli *spirdàti*? Qui la tesi della cristianizzazione viene ulteriormente criticata a vantaggio dell'ipotesi di un più probabile incontro tra culti diversi, ovvero la sovrapposizione tra temi folklorici e motivi agiografici non è in ultima istanza riducibile allo schema della cristianizzazione. Ceravolo preferisce esplorare le diverse valenze della festa di Pentecoste quale festa agraria e festa dei morti e osservarla in un quadro comparativo più ampio, fino a riscontrare la connotazione funebre della Pentecoste nel rituale rumeno dei *calu°ari* legato all'azione di figure fantastiche femminili quali le *rusalii*. Tali fenomeni di emergenza degli spiriti nel periodo pentecostale appaiono connessi a forme di possessione e quindi anche a rituali terapeutici, come risulta essere il rito dei *calu°ari*.

Il percorso di Ceravolo ci appare originale e suggestivo, poiché il caso degli *spirdàti* sembra fornire qualche elemento in più in quel dibattito che da Eliade a Ginzburg fino a contributi più recenti di vari autori, storici e antropologi, riflette, proprio a partire dai riferimenti comparativi italo-romeni, sui rapporti stretti tra fenomeni che l'antropologia, il folklore o la storia delle religioni hanno spesso costretto in etichette rigide quali appunto "stregoneria", "sciamanismo", "possessione". Il riferimento romeno cui Ceravolo allude ha il merito di riaprire tale questione su un terreno che è al tempo stesso classico e ancora da esplorare. Il quadro calabrese si rivela come il tassello di un sistema simbolico più ampio, così che i tratti presenti nei rituali di possessione e di esorcismo a Serra San Bruno consentono di ascrivere gli *spirdàti* calabresi alla stessa costellazione di *figure inquiete* che accomuna *benandanti* friulani e *rusalii* serbo-rumene. Questo percorso spinge l'Autore a una indagine sui rapporti tra il rito di guarigione degli *spirdàti* e le credenze nel ritorno dei morti, e lo stesso fenomeno della possessione viene ricollocato nel quadro dei rapporti fra vivi e morti (su questo punto si veda la già citata recensione al volume di Éva Pócs pubblicata in questo stesso numero di "AM").

In conclusione del volume Ceravolo ritorna su una critica al contributo di Ernesto de Martino. Egli non condivide la spiegazione della decadenza del fenomeno che secondo de Martino era dovuta ai processi accelerati di medicalizzazione psichiatrica delle credenze e delle pratiche religiose. Su questo punto forse il dialogo che Ceravolo instaura con il testo demartiniano poteva essere più fruttuoso. Perché in realtà uno dei meriti del breve saggio di de Martino sta proprio nell'aver messo in relazione i mondi storico-culturali della possessione e dell'esorcismo con la genesi e lo sviluppo dei saperi e delle pratiche psichiatriche. Certo, la successione non va letta in termini di "decadenza" o di "evoluzione", ma il tema dei rapporti fra questi diversi campi di esperienze culturali, saperi locali e tradizioni scientifiche, resta centrale e ancora da esplorare.

Come tradurre una sindrome culturale

Fabio Dei

Maria Luisa CIMINELLI, *Follia del sapere e saperi della follia. Percorsi etnopsichiatrici tra i Bamanan del Mali*, Franco Angeli, Milano, 1998, 300 pp.

1.
Studiare troppo può far male. La concentrazione prolungata sui libri, innaturale per l'organismo umano, può turbarne l'equilibrio e provocare disturbi fisiologici, percettivi e psichici. Per di più, la lettura rischia di immergerci in un mondo fittizio e immaginario, facendo smarrire il senso della realtà esterna e del proprio sé – portando alla follia, in altre parole.

Questa idea di rischi patogeni legati allo studio, ben nota a generazioni di studenti svogliati, accompagna la storia dell'educazione e dello sviluppo del sistema scolastico nell'Europa contemporanea. In particolare, si presenta in quelle situazioni in cui la pratica scolastica non è ancora diffusa a livello di massa e resta estranea a larghe fasce di popolazione, pur rappresentando un canale decisivo di promozione sociale. Nella seconda metà dell'Ottocento, parallelamente alla scoperta del tema dello stress provocato dai troppo rapidi e pressanti ritmi del lavoro e della vita nella società industriale, l'affaticamento da studio diviene un tema centrale nella riflessione degli educatori: la diffusione dello sport, nelle scuole e fuori, è una delle risposte fornite a questo tipo di rischio. L'indebolimento, la sovreccitazione, l'eccessivo "carico nervoso" prodotto dal surmenage intellettuale possono esser risolti da un'attività fisica che al contempo rinvigorisce il fisico e scarica le energie nervose compresse e imprigionate (cfr. G. VIGARELLO, *Il tempo dello sport*, in A. CORBIN (curatore), *L'invenzione del tempo libero 1850-1960*, traduz. dal francese, Laterza, Roma - Bari, p. 234).

2.
Alcune "patologie da studio" sono state di recente individuate da etnologi ed etnopsichiatri in paesi in via di sviluppo, in particolare africani, nella forma apparente di *culture-bound syndromes*: ad esempio il *brian-fag* studiato in Nigeria da R. Prince, e il cosiddetto *surmenage mental* descritto per il Mali, negli anni '80, dall'etnologa francese C. Bastien. Maria Luisa Ciminelli ha dedicato appunto a quest'ultimo tema una lunga e appassionata ricerca tra i Bamanan (meglio noti in etnologia come Bambara) del Mali, di cui questo libro è il risultato. Occorre dire subito, per la verità, che il libro è molto più di uno studio su uno specifico e localizzato problema etnopsichiatrico: è in realtà il resoconto a tutto campo di un decennio di esperienza etnografica e di frequentazione teorica dell'antropologia. L'Autrice discute a fondo gli aspetti etici ed epistemologici della ricerca sul campo, si confronta costantemente e criticamente con gli indirizzi interpretativi e riflessivi delle odierne scienze sociali, si addentra praticamente in tutti i più importanti nuclei teorici dell'antropologia medica e dell'etnopsichiatria.

Ne risulta un lavoro che sta a metà strada fra la rassegna teorica e la monografia etnografica: l'intento di Ciminelli è proprio quello di far interagire costantemente le due dimensioni, mostrando come l'incontro etnografico e la sensibilità richiesta dal *fieldwork* modifichino necessariamente la comprensione dei problemi teorici, "imponendo" (p. 234) in qualche modo percorsi conoscitivi cui il lavoro puramente concet-

tuale non darebbe accesso. Questo modo di impostare il rapporto tra ricerca ed elaborazione teorica solleva a mio avviso alcune difficoltà, anche in relazione alla struttura compositiva del libro. Ma su questo vorrei tornare più avanti, cercando intanto di sintetizzare il percorso di ricerca e di riflessione dell'Autrice.

3.
Ciminelli parte per il Mali con un oggetto di ricerca in testa: il *surmenage mental*, appunto, che secondo le tesi della Bastien sarebbe la riformulazione all'occidentale di una categoria nosologica tradizionale e "probabilmente anteriore alla colonizzazione", il *kalankèbana* o, traducendo alla lettera, "malattia del sapere". Tale *culture-bound syndrome* (o altre simili, individuate da psichiatri locali, come il *jawuli*) si manifestano inizialmente con sintomi di affaticamento, cefalea, perdita dell'attenzione, e culminano con vere e proprie forme dissociative che implicano la perdita dello *jǎ*, la componente razionale della personalità. Si tratta di verificare l'esistenza di tali sindromi nella cultura tradizionale bambara, da un lato, e dall'altro di capire meglio il loro rapporto con il *surmenage mental*. In particolare, si può pensare che quest'ultimo rappresenti una categoria nosologica autonoma e in qualche modo oggettiva, di cui *kalenkèbana* e *jawuli* sarebbero (imperfette) traduzioni locali, radicate nella tradizione e rimodulate in relazione ai problemi sociali e psicologici degli studenti moderni?

L'impatto con il "campo" rende l'Autrice scettica rispetto a entrambi gli interrogativi, e la porta a mettere in discussione l'assunzione dello stesso *surmenage mental* come categoria etnopsichiatrica autonoma. Assistiamo dunque a un percorso di ricerca che decostruisce il suo oggetto iniziale, passando soprattutto attraverso una serrata critica del concetto stesso di *culture-bound syndrome*, di cui si evidenziano le implicazioni fortemente etnocentriche. Su tale critica si incentra in pratica tutta la prima parte del libro (un tema su cui Ciminelli è già intervenuta con un contributo autonomo su questa rivista, "AM", n. 3-4, 1997, pp. 247-277). La tradizionale "follia del sapere" appare all'Autrice come variante di una più generale concezione della follia nella cultura bambara (il "sapere della follia"): concezione che tenta accuratamente di ricostruire attraverso il metodo della *semantic network analysis*.

A questo compito è dedicata la seconda parte del libro, che procede a un sistematico e meticoloso esame delle nozioni tradizionali bambara di salute, malattia e persona, utilizzando come fonti il linguaggio comune, da un lato, e dall'altro il sapere specialistico dei terapeuti tradizionali quale emerge da un'ampia serie di interviste. Il volume si conclude proprio con la presentazione delle diverse figure di terapeuti che l'Autrice ha incontrato sul campo, distinti per tipologie: *marabout* (sapienti islamici), *jinètigi* (sacerdotesse del culto di possessione dedicato agli "spiriti" *jinè*), *furakèla* (guaritori tradizionali che si caratterizzano per un sapere erboristico e poteri magici). Di ogni guaritore viene tracciato un breve profilo individuale: l'Autrice ci ragguaglia in particolare sulle circostanze in cui le interviste si sono svolte, e discute i principali problemi di "traduzione radicale" emersi nel colloquio. Sceglie però (purtroppo, a mio parere) di non inserire nel testo estratti integrali delle interviste – con un'unica ma notevolissima eccezione, che, per quanto relegata in appendice, rappresenta forse l'aspetto di maggior interesse del libro: l'ampia trascrizione (30 pagine) dell'intervista con una *jinètigi*, in cui si intrecciano il dialogo in lingua bamanan tra la guaritrice e l'interprete (del quale viene fornita traduzione italiana) e il dialogo in francese fra l'interprete stesso e la ricercatrice. Ne risulta un documento di grande ricchezza, denso di malintesi, slittamenti di significato e negoziati semantici, finemente analizzati da Ciminelli.

4.
In effetti, il problema della traduzione è il vero filo conduttore del libro. L'Autrice intende il proprio sforzo di comprensione antropologica principalmente come un'opera di traduzione, nel senso di questo termine che include il costante ripensamento delle categorie semantiche della lingua dell'interprete. L'accostamento tra *kalenkèbana* e *surmenage mental* è rifiutato in quanto frutto di una traduzione approssimativa e orientata da pregiudizi etnocentici: per questo motivo, Ciminelli non considera tale accostamento un promettente punto d'approccio all'antropologia medica bamanan. Preferisce invece partire dal paziente raffronto con le categorie linguistiche dell'italiano e del francese, cercando a partire dal linguaggio comune l'accesso – per così dire – all'alterità culturale.

Risultato di tale lavorìo interpretativo, se lo intendo correttamente, è il mostrare come il sistema salute-malattia e il "sapere della follia" della cultura bamanan siano meno "esotici" e meno distanti dalle concezioni italiana e francese di quanto può a prima vista apparire. La cultura bamanan definisce la salute in termini di equilibrio fra qualità concrete dei corpi e degli oggetti naturali (fresco-caldo, secco-umido etc.) – una lévistraussiana logica del concreto che la biomedicina può ben aver abbandonato, ma che pervade ancora profondamente le strutture della lingua e del senso comune occidentali. Ciminelli conclude il libro con un richiamo alla tradizione ippocratica come a una sorta di matrice comune a entrambe le culture. Se volessimo tradurre Ippocrate in banaman, ella osserva, non ci troveremmo affatto in una situazione di incommensurabilità, e avremmo invece a disposizione un'ampia gamma di risorse linguistiche e culturali. Questo richiamo a una comune matrice, profondamente depositata nelle rispettive storie culturali, può rappresentare una pista per "tornare a casa" assai più interessante e produttiva che non l'appiglio a una esotica e improbabile *culture-bound syndrome*.

5.
Avendo sinteticamente ripercorso i contenuti del libro, e ribadendo che si tratta di un ricco e importante contributo al dibattito etnopsichiatrico contemporaneo, vorrei altrettanto brevemente avanzare alcune osservazioni critiche. Osservazioni di carattere generale, beninteso, non essendo io uno specialista dell'area etnografica in questione. La prima riguarda la stessa struttura compositiva dell'opera, che mi pare non riesca a rispondere fino in fondo ai requisiti epistemologici posti dalla stessa Autrice. Come detto, ella pone grande enfasi sul lavoro di terreno non solo come metodo per la raccolta di dati e fonti, ma come esperienza complessiva che apre le porte a una comprensione dei problemi antropologici assai più profonda e, direi, qualitativamente diversa da quella che una riflessione puramente teorica può consentire. Raccontando del suo primo approccio con la realtà africana, parla addirittura di una immediata sensazione di "disgusto per le teorizzazioni logico-empiriche elaborate nell'ambito della letteratura etnoantropologica, percepite immediatamente come falsanti e riduttive" (p. 32). Nell'introduzione come nelle conclusioni del volume, il percorso conoscitivo seguito ci viene presentato come in qualche modo direttamente imposto dall'esperienza di ricerca (cioè, non da specifici dati empirici, ma dall'esperienza nella sua globalità).

Naturalmente, e Ciminelli ne è perfettamente consapevole, è altrettanto vero che la teoria guida strettamente l'esperienza di ricerca e spesso ne "impone" i risultati; tanto che a me pare probabile che, andando in Mali vent'anni fa, l'Autrice avrebbe trovato e "riportato a casa" la sua brava *culture-bound syndrome*. Ma il punto è un altro: e cioè, che il testo non restituisce completamente il senso di questo diretto scaturire della com-

prensione teorica dall'esperienza di ricerca. La prima parte, dopo alcune osservazioni di grande interesse sulle condizioni oggettive e soggettive della ricerca, assume un andamento decisamente teoretico, addentrandosi in un'ampia discussione della recente letteratura etnopsichiatrica e dei dibattiti sulle *culture-bound syndromes* e sulla depressione africana. Le fonti locali utilizzate in questa parte sono prevalentemente opere di psichiatria, oltre ad alcune interviste con studenti affetti da *surmenage mental*. La seconda parte dedica ampio spazio all'analisi di categorie linguistiche bamanan, e solo nei capitoli finali, come detto, viene presentato il nucleo principale del *fieldwork*, vale a dire gli incontri con i guaritori tradizionali. La straordinaria trascrizione di un'intervista a tre ingressi linguistici (bamanan, francese e italiano), cui ho fatto cenno, viene addirittura relegata in appendice. Sul piano dell'effetto di lettura, e nonostante le intenzioni dell'Autrice, questi documenti appaiono in sostanza come conferme di conclusioni già raggiunte sul piano teoretico. Il proposito (ripreso da M. Kilani) di mostrare come «le interpretazioni sono sorte nel corso del lavoro sul terreno» non sembra completamente raggiunto.

6.

Eppure, quando Ciminelli decide di parlare direttamente dell'esperienza di ricerca, lo fa in modo assai efficace. Le sue riflessioni soggettive sul primo impatto con il "terreno", sul senso di isolamento e di stigmatizzazione che subisce in quanto bianca (*tubabu*), sui fraintendimenti nei codici linguistici e culturali sono molto interessanti; così come interessante e profondo è il tentativo di collegare questa "sindrome di estraneità" ad altre esperienze personali, in una sorta di percorso di "controtransfert culturale" (cap. 1). Efficacissimi sono poi alcuni dettagli descrittivi che l'Autrice inserisce talvolta nella trattazione, quasi sempre legati al tema del rapporto fra tradizione e modernità: ad esempio, la scoperta in una casa di Kolokani di una gondola veneziana in plastica dorata, souvenir *kitch* per eccellenza nella nostra cultura e inserito là in un contesto d'uso assolutamente diverso (p. 38). O ancora, l'episodio in cui la paziente di una guaritrice scambia l'antropologa per uno spirito *jinè*, in virtù del chiarore della sua pelle (pp. 35, 207).

Spunti di questo tipo sono però abbastanza rari: come ripeto, la struttura compositiva del libro privilegia nettamente la messa a punto teorica rispetto al più generale obiettivo etnografico della rappresentazione. Mi chiedo se l'Autrice non abbia per così dire tenuto a freno la propria sensibilità riflessiva per il timore di incorrere nei vizi di quel genere iper-soggettivista o "confessionale", come lo ha chiamato Geertz, che caratterizza certe tendenze dell'antropologia cosiddetta postmoderna. È sintomatico che Ciminelli decida di aprire il suo libro con una feroce tirata proprio contro tali tendenze, nelle quali «la *persona ethnologica* rischia [...] di recitare da protagonista in indegne *pièces* intimiste da decadenza post-mitteleuropea» e con un appello a credere che «tuttora sussiste un residuo di realtà contro il quale le idee cozzano duramente» (p. 19) – uno dei pochi passi decisamente sopra le righe di un testo altrimenti assai controllato. Sarebbe interessante indicare esempi di tali *pièces* intimiste e decadenti, o di quei famosi ma sempre rigorosamente anonimi antropologi che negano il concetto di realtà – senza di che, critiche del genere non hanno molto senso. Di fatto, l'antropologia riflessiva degli ultimi vent'anni ha semplicemente fatto quel che Ciminelli stessa prescrive, cioè tentare di mostrare i modi in cui il sapere etnografico nasce dall'esperienza di ricerca sul campo, e situare il ricercatore stesso all'interno della rappresentazione etnografica.

7.
Vorrei infine tornare al *surmenage mental*, la cui messa a fuoco come oggetto empirico si perde progressivamente nel testo. Ne abbiamo visto i motivi: con ottimi argomenti, Ciminelli nega il suo statuto di autonomo fenomeno psichiatrico e tende a considerarlo piuttosto come un "modo di dire": «il *surmenage mental* mi appariva dunque sempre meno un "fenomeno" di interesse etnopsichiatrico [...] e sempre più una espressione linguistica, di cui ho innanzitutto cercato di definire l'uso nei diversi contesti in cui circolava» (p. 88). Questo contesto d'uso non viene tuttavia approfondito, se non in alcune pagine conclusive. Sulla base di interviste a studenti, l'Autrice sostiene che gli attori sociali intendono il *surmenage mental* in termini di categorie linguistiche ordinarie e largamente diffuse: in particolare, come «un'alterazione del rapporto ottimale...tra l'acquisizione del sapere e la definizione della persona, in base a coordinate sociali che appaiono ancora costruite in base a punti di riferimento "tradizionali"» (p. 238). Ciò rende questa sindrome – o categoria linguistica – particolarmente utile sul piano psicologico per gli studenti che devono giustificare fallimenti scolastici, a fronte di un ingente investimento della famiglia nella loro promozione sociale. Un problema che, come giustamente osserva Ciminelli, ha come sfondo «la difficile definizione della propria identità culturale nel conflitto tra modernità e tradizione [...]: e cioè la difficile negoziazione, tra i diversi segmenti di questa complessa società in mutamento, del *confine* della propria identità» (*ibidem*).

Purtroppo questo spunto non è sviluppato dalla ricerca e dal libro. Eppure, viene da commentare, è proprio questa la dimensione più interessante cui conduce l'iniziale assunzione dell'oggetto di ricerca – il quale perde sì la propria essenzialità psichiatrica, ma non per questo si dissolve come fenomeno culturale. Anzi, ne acquista per così dire in spessore storico-antropologico. Proprio nella sua qualità di "modo di dire", il *surmenage mental* si può configurare come un punto di approccio all'intera cultura bamanan, nel quale molteplici dimensioni si intrecciano e interagiscono: dalle idee tradizionali di salute e malattia, ai processi educativi e al rapporto con i saperi occidentali, alle contraddizioni della modernizzazione, alle relazioni familiari e ai processi di mobilità sociale, ai rapporti tra città e villaggio o tra istanze individualiste e comunitarie, e così via.

Di più: come fenomeno culturale "totale", se non come *culture-bound syndrome*, il *surmenage mental* non sembra così inadatto a funzionare da interfaccia tra la cultura banaman e quelle occidentali: questa nozione è infatti cospicuamente presente nella storia contemporanea dell'Occidente, come ho accennato all'inizio di questa recensione. Trovarcela di fronte in contesto etnografico ci può spingere a "tornare a casa", ripercorrendo, per dirla alla de Martino, la sua maturazione all'interno della nostra storia culturale: andando a studiare ad esempio i modi in cui lo stress da studio è stato trattato da educatori, medici e psichiatri, i suoi nessi con le concezioni di persona e di moralità che si affermano con la rivoluzione industriale, con i nuovi rapporti fra tempo libero e tempo di lavoro, con il mutevole status degli studenti e dei giovani in generale, e così via.

Il bel libro di Maria Luisa Ciminelli sceglie di privilegiare la prospettiva specificamente etnopsichiatrica e medico-antropologica del problema, non lasciandosi trasportare dall'oggetto di ricerca verso la pista della dimensione storica – o meglio, indirizzandosi verso un differente oggetto di ricerca. Si tratta naturalmente di una scelta assolutamente legittima, che non può però esser presentata come semplicemente "imposta" dal campo. Lasciarsi guidare fino in fondo dall'oggetto *surmenage mental* poteva condurre verso potenzialità di ricerca e di scrittura altrettanto promettenti.

Dalla mal'aria alla malasanità: una storia della medicina e della sanità in Italia

Donatella Cozzi

Giorgio COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale 1348-1918*, Editori Laterza, Roma - Bari, 1987, XVI+448 pp. (Storia e società).

Giorgio COSMACINI, *Medicina e sanità in Italia nel Ventesimo secolo. Dalla "spagnola" alla II guerra mondiale*, Editori Laterza, Roma - Bari, 1989, XVI+361 pp. (Storia e società).

Giorgio COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Editori Laterza, Roma - Bari, 1994, XII+424 pp. (Storia e società).

Benché apparsi ciascuno in veste editoriale autonoma tra il 1987 ed il 1994, questi tre volumi sono da considerarsi come un'unica opera che affronta con efficace sintesi la storia della medicina e della sanità in Italia, compresa tra il 1348 (la peste europea) e il 1993. Un periodo plurisecolare che viene scandagliato con dettaglio crescente dal XIX secolo in poi, a compendiare temi e motivi già affrontati dalla vastissima produzione di questo autore (oltre ai saggi pubblicati negli *Annali* della *Storia d'Italia* Einaudi, le monografie e gli articoli dedicati alle filosofie della cura di diversi periodi storici, a singole figure notevoli della storia della medicina, o alle trasformazioni, di pratiche quanto di immaginario sociale, collegate a specifiche innovazioni tecniche nel campo della medicina, di cui parzialmente rendono conto i rimandi bibliografici). Questa indiscussa competenza permette a Cosmacini di delineare sia le tappe internazionali e locali del progresso delle scienze mediche, sia le ragioni della persistenza o del mutare dei paradigmi della "scienza normale", e soprattutto, di approfondire le ideologie terapeutiche ad essi sottesi lungo il volgere del tempo. Nell'ottica di una critica interna alla storia della medicina e delle sue istituzioni, il suo obiettivo rimane quello di evidenziare gli universi di saperi e pratiche che privilegiano oppure occultano quell'*antropologia del curare,* intesa nella sua pregnanza filosofica, che solo nella relazione tra curanti e curati e in una visione dell'uomo mai riducibile alla sola *techne* trova il senso del suo *farsi* sapere non fine a se stesso. Di un lavoro così ampio, e difficile da sintetizzare senza banalizzarlo con il riassunto cronologico dei momenti salienti dei periodi esaminati, si può cercare di renderne conto parzialmente riprendendo alcuni dei temi che ne costruiscono l'ordito.

In primo luogo, l'Autore ricompone in una unica analisi *medicina* e *sanità*, quali "gusci semantici" di una realtà esplorata a due diversi livelli, rispettivamente concernenti la *medicina* come epifenomeno sovrastrutturale che interagisce con la *salute/malattia*, intesi come fenomeni naturali e sociali. Entrambi i livelli vengono colti nella loro mutabilità e modificabilità storica, quali variabili interdipendenti del rapporto uomo/natura e uomo/società, mediati dalle tecniche e dagli apparati concettuali storicamente costruiti. Ciascun volume, oppure ogni singola parte di essi quando si tratta di configurare un quadro che giochi il ruolo di "spartiacque" temporale, viene quindi introdotto deline-

ando le caratteristiche epidemiologiche e sociali di maggior salienza, sia nel rapporto uomo/natura, sia nelle risposte epifenomenologicamente disponibili: la *gran morìa* della peste trecentesca, l'endemia di lungo periodo della malaria e le sue recrudescenze periodiche, dal Cinquecento al periodo tra le due guerre mondiali, le *malattie della miseria,* come la pellagra, la sifilide e la tubercolosi, con le teorie eziologiche, e le loro ricadute sociali, succedutesi nel tempo, sino all'epidemia di "spagnola", alle *poussées* epidemiche di poliomielite – con i colpevoli ritardi delle istituzioni sanitarie italiane a favore l'adozione di un vaccino –, al cancro, alle malattie cardiovascolari e, infine, all'AIDS. Eventi di malattia che non vengono delineati nell'ottica della "lotta" contro un "nemico" naturale – lotta ora inane e risibile per limitatezza di mezzi e di sapere, ora trionfale e retoricamente trionfalista, come nel caso della novecentesca "rivoluzione" chemioterapica – secondo lo stilema di una ricostruzione che in altre opere ha peccato «di una concezione ingenuamente cumulativa del progresso tecnico-scientifico, contribuendo ben poco alla formazione di una medicina autocritica ed epistemologicamente consapevole, avvertita delle proprie contraddizioni e delle odierne antinomie del problema salute» (*Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale 1348-1918*, p. XI). La storia sociale che Cosmacini costruisce attorno alla biplanarità medicina/sanità si condensa all'incrocio di tre piani "logici", nelle parole dell'Autore: epidemiologico, socio-antropologico, tecnologico. Il piano epidemiologico coinvolge le malattie del passato remoto e prossimo; quello sociale le strutture organizzative – università, accademie, cliniche, ospedali, le emanazioni politiche in materia di assistenza e assicurazione sanitaria, dalle magistrature di sanità ai ministeri e agli apparati legislativi – attraverso le quali si è esercitata la difesa istituzionale e professionale della salute, la trasmissione del sapere e le strategie di controllo della devianza morbosa; infine il piano tecnologico comprende le innovazioni tecniche e scientifiche, potremmo indicarlo come il livello pragmatico che traduce l'acquisizione di un nuovo elemento di conoscenza (i presidi e la strumentazione chirurgica, il rene artificiale, i vaccini, i vari farmaci) con le sottese filosofie, dalla *mal'aria* pestilenziale al giacobinismo medico-scientifico, dal nichilismo terapeutico all'interventismo chirurgico, sino alla cronaca recente dell'ambiguo connubio con il potere politico-economico e gli scandali della *malasanità*.

Una storia della medicina "ufficiale" quindi, ma con un correttivo importante rispetto alla vulgata di molti manuali dedicati a questo argomento. Innanzitutto perché dedicata al panorama italiano con uno "sguardo da vicino" particolarmente attento all'intreccio tra disegno politico e politiche sociali, sanitarie e assistenziali, per l'attenta ricostruzione della ricezione locale delle innovazioni e delle scoperte prodotte altrove, ma senza indugiare, oltre al necessario spunto informativo, sulla *techne.* Inoltre, l'Autore indaga all'interno del mondo stratificato e complesso di quel corpo altrimenti percepito dal senso comune come un universo compatto, offrendone, soprattutto nel secondo e nel terzo volume, il quadro composito. A cominciare dalla medicina di vertice, che cresce nei centri di formazione, applicazione e ricerca all'avanguardia, come l'Istituto anatomico di Torino, diretto da Giuseppe Levi (1872-1965) il quale introduce in Italia il metodo della coltura dei tessuti *in vitro* e dà orientamento biologico e citologico a scienze morfologiche quali l'anatomia e l'istologia, poi allontanato dall'insegnamento per effetto delle leggi razziali, ma non senza aver fatto crescere allievi come Salvador Luria (Nobel per la medicina nel 1969 per le sue scoperte sul meccanismo di replicazione e struttura genetica dei virus), Renato Dulbecco (Nobel nel 1975 per le interazioni tra i virus tumorali e il materiale genetico della cellula), Rita Levi Montalcini (Nobel nel 1986 per la scoperta della sostanza proteica in grado

di stimolare la crescita della fibra nervosa). Poi il mondo accademico, con le sue "filiazioni" magistrali aggrumate intorno alla figura carismatica del "maestro", almeno tra gli ultimi venti anni del secolo scorso e la prima metà di questo, accuratamente ricostruite per la portata che hanno avuto nel formare numerose generazioni di medici. Genealogie accademiche presentate allo scopo di metterne in luce ora la separazione o la noncuranza rispetto al mondo delle corsie e della pratica "bassa" e quotidiana, nell'imperare del *nichilismo terapeutico* che tutto puntava alla diagnosi, indifferente alla terapia, ereditato dalla Scuola di Vienna di fine Ottocento, ora il mutare dei tempi, tra le due guerre mondiali, quando «il passaggio dalla corsia, o dai laboratori, all'aula [universitaria] avviene senza più bisogno di cambiar abito, se non mentale: il clinico non fa più lezione in *redingote*, come ai tempi di Grocco, di Cardarelli, di Murri, clinici della generazione precedente; ora i vari Ascoli, Zagari, Castellino, Queirolo, Schupfer, Zoja, Viola, Micheli, Galdi, D'Amato, Pende, [...] fanno lezione in camice, quasi a significare un'ideale continuità tra l'attività al letto del paziente, da un lato, e le attività didattica e di ricerca, dall'altro» (*Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo,* p. 253). Oppure l'Autore ne scandaglia il conservatorismo, talvolta le madornali esclusioni dal mondo accademico di nomi di rilievo internazionale, o i ritardi, quando non la complicità del consenso come durante il periodo fascista, in un momento in cui le scienze medico-biologiche richiamano l'attenzione del regime «in quanto esprimono un modello di *sanità fisica* e di *normalità psichica*, di purezza razziale e robustezza fisiologica che risulta complementare al modello emergente delle scienze fisico-matematiche e fisico-chimiche, di macchinismo esatto, ingegnoso e potente» (*ibidem*, p. 264). L'igiene e la crescita delle scienze alimentari offrono un altro ambito di riflessione critica, confrontati soprattutto con la miseria fisiologica di ampie zone rurali italiane. Tra gli anni '20 e '30 di questo secolo entrambe si allontanano dalla primitiva base di osservazione concreta «isolandosi nel chiuso dei laboratori e calibrandosi in modo neutrale su un uomo tutto sommato astratto, generato dall'elaborazione statistica» (*ibidem*, p. 139). È il periodo, dopo la prima guerra mondiale, in cui si tesse l'elogio del "pane e uva", della patata, del fagiolo, innalzando a dignità salutifera la povertà di una dieta autoctona, favorendo i sottoconsumi tradizionali, con il conseguente risparmio di carne e altri costosi prodotti di importazione. Un altro strumento di analisi prezioso si rivela la spigolatura tra i periodici di informazione medica, che permette di avere, oltre al polso dell'aggiornamento e della ricezione italiana delle novità nel settore, la percezione dei momenti e degli argomenti di polemica o rivendicazione, quali appaiono dalla tribuna delle lettere ricevute. Altre fonti presentate criticamente, per tracciare il quadro delle ideologie terapeutiche ufficiali, sono gli stralci degli atti congressuali dei principali organi associativi medici italiani, quali si sono succeduti dall'Ottocento in poi, e dai manuali di scienze mediche più diffusi. A questa ufficialità – e alla disamina della retorica che spesso la intride, negli appelli alla componente "pastorale" della professione medica, quando non alla missione di avanguardistica fascistizzazione – si affianca l'analisi della dimensione quotidiana del lavoro dei medici "sul campo", nelle condotte rurali prima, poi dei medici "della mutua", ai giorni nostri dei medici di base. Di questa componente professionale l'Autore registra sia la voce, quale compare in varie fonti, sia l'immagine sociale quale ci viene consegnata dalla letteratura dell'Otto-Novecento italiano (Fucini, Capuana, Levi, ed anche Pascoli, Carducci, D'Annunzio), tra la lamentata discrasia rispetto ad una medicina accademica lontana dalle difficoltà e dai disagi, e l'indolenza della sicumera del "signor dottore", infingardo notabile di paese o ancora lo sguardo partecipe a constatare quanto possa essere impotente la medicina contro la miseria e il degrado sociale e contro le condizioni poli-

tiche che ne consentono il permanere, o contro gli orrori delle trincee, dei fronti di guerra.

Per constatare alcuni dei cambiamenti nell'orizzonte concettuale della professione medica lungo l'arco temporale esaminato, i filtri impiegati diventano allora temi quali la concezione dell'infanzia, del parto, della morte. Quest'ultima, prima inserita, tra Sette e Ottocento, in una filosofia naturalistica, come evento connaturato alla vita, appartenente al mondo concettuale e comportamentale del medico, il quale impegnava nella prognosi il proprio prestigio professionale, diventa poi meccanica la morte degli organi, e ancora la sconfitta, di fronte alle promesse che la rivoluzione terapeutica dischiude, di una intollerabile finitudine umana. I motivi che dischiudono la *Realpolitik* sanitaria alla questione dei rapporti tra economia ed etica, tra scienza e valori umani e al campo dei diritti: «Accanto alla *tecnologia*, una partecipe, coinvolgente *antropologia*. In essa "prendersi cura" significa anche educare il malato all'*auto-cura*, dove questa sia possibile e utile, e educare il sano a un'autovigilanza senza deleghe né allarmismi» (*Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, p. 396).

La mediazione interculturale in contesto etnopsichiatrico

Salvatore Inglese

Sybille DE PURY, *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*, Les Empecheurs de Penser en Ronde - Le Plessis-Robinson, 1998, 149 pp.

Sybille de Pury appartiene a una nuova leva di ricercatori che proiettano gli assunti di una disciplina al di là del campo tranquillo delimitato dal proprio naturale recinto epistemologico. Il lavoro di questa giovane linguista, precedentemente sviluppato sui sistemi verbali arcaici o nativi, decide di esercitarsi, ad un certo punto, sulla parola terapeutica scambiata entro un dispositivo tecnico altamente specifico e originale.

Tale dispositivo è quello multiculturale, multilinguistico, multiprofessionale e pluridisciplinare dell'etnopsichiatria clinica inaugurata a Parigi da Tobie Nathan e praticata intensivamente all'interno del Centre Georges Devereux - Université de Paris VIII. Il semplice passaggio da un campo osservativo e operativo che favorisce processi di oggettivazione naturalistica (per esempio: studio di testi, ricerche sulla lingua parlata) a un territorio tempestato dalle perturbazioni scatenate dall'interazione clinica provoca una modificazione dell'atteggiamento stesso del ricercatore chiamato a rispondere direttamente, in termini di responsabilità e di efficacia, delle sue operazioni linguistiche.

In effetti, la peculiare proposta clinica avanzata molti anni or sono da Nathan ha imposto una riflessione costante e intensiva sullo scambio linguistico in quelle situazioni in cui lo staff psicoterapeutico e il gruppo dei pazienti non condividono la medesima appartenenza culturale. Il gruppo del Devereux è riuscito a trasformare un problema complesso in opportunità eccezionale per avanzare una pratica accoppiata ad un'analisi critica dei presupposti epistemologici e culturali delle attività psicoterapeutiche esercitate su gruppi stranieri e migranti.

La differenza linguistica si è inizialmente imposta, di fatto, come principale difficoltà all'intervento clinico. Il superamento dell'impaccio viene regolarmente affidato a interpreti che dovrebbero rendere possibile un processo di traduzione affidabile delle varie lingue in cui viene espresso il disagio mentale. Si ritiene, banalmente, che questa attività di mediazione possa costituire un vantaggio concreto per il clinico e per il paziente che, comunque, dovrebbero conservare la propria posizione iniziale. La coppia terapeutica riconosce così l'esistenza di due ruoli incontestabili. Al primo si istalla l'erogatore di cure, al secondo il postulante. L'obiettivo strategico della traduzione è condensato nella riduzione progressiva delle differenze linguistiche, culturali e sociali che permette l'espansione della sovranità scientifica della psichiatria, biologicamente o psicologicamente fondata. Si ritiene, inoltre, che le lingue occupino dei ruoli gerarchici in grado di spiegare l'apparente ricchezza o la povertà dei sistemi di significato. Per questo stesso motivo si sostiene che le parole di una lingua non siano integralmente traducibili in quella di un'altra senza analizzare scrupolosamente le ragioni storiche, sociali e antropologiche di questo scarto nelle equivalenze di significato.

In effetti, a ben vedere, ciò che non si riesce a tradurre da un sistema linguistico all'altro non è tanto il particolare fenomeno designato da una parola o da un'espressione

quanto il sistema di pensiero, articolato in teorie e modelli, che ispira parola ed espressione. La scelta di far intervenire un mediatore linguistico capace di percorrere la curvatura delle lingue-madri, di quelle originarie o veicolari, indipendentemente dal grado di competenza nella lingua adottiva posseduto dallo straniero, provoca l'irruzione dei sistemi di pensiero posseduti dallo straniero stesso in qualità di soggetto culturale. Questo effetto iniziale si amplifica ad ogni passaggio espressivo producendo una moltiplicazione dei significati possibili entro uno stesso campo di interazione clinica. Il grado di complessità della comunicazione in atto aumenta così progressivamente emancipando l'intero sistema dal riduzionismo etiologico a cui sarebbe costretto dalla presenza di una lingua, di un pensiero e di una tecnica terapeutica egemone.

Una mediazione linguistica siffatta contrasta la tendenza alla tirannia del significato esercitata unilateralmente dal clinico e da questi riconosciuta come condizione necessaria del progetto terapeutico. Ciò determina uno spostamento della titolarità stessa dell'azione mutativa che deve essere negoziata in un sistema pubblico di interferenze multilaterali. Importa osservare che pur in presenza di un solo mediatore culturale l'attività di interscambio linguistico viene intrapresa dal gruppo terapeutico nella sua totalità, posto di fronte alla constatazione di fatto che i pazienti, i collaboratori terapeutici, i rappresentanti familiari e istituzionali presentano tutti uno specifico fattore di competenza tecnica sull'espressione linguistica stessa ovvero sui vari sistemi di pensiero mobilizzati nel corso del lavoro clinico. Il paziente, soprattutto, esercita un potere di convalida o di contestazione sul modo con cui la traduzione del suo discorso vivente viene realizzata dall'interprete che si vede, così, regolato nella propria azione essenziale. Si crea così un ambiente in cui il gioco della parola viene continuamente arbitrato dai locutori e non delegato al tecnico o al suo gruppo di referenza. Ciò vale per l'interprete ma anche per il clinico che viene in questo modo nuovamente regolato nel corso della sua azione da concezioni nosologiche e da processi etiologici originari sui quali non possiede nessuna competenza certa. Si istituisce così una relazione tra mondi ma se ne relativizza, giocoforza, lo statuto originale. Anzi si può dire che la relazione diviene effettivamente possibile e creativa attraverso la relativizzazione e la limitatezza riconosciuta dei vari sistemi di pensiero. Ciò favorisce l'emergenza dei diversi mondi culturali, ne autorizza l'attraversamento prudente, ne contrasta la colonizzazione.

In questa dinamica relativa ciò che veramente importa non è la traduzione perfetta di una parola o la resa fedele di un pensiero (livello semantico) ma il riconoscimento delle condizioni entro cui l'espressione e il concetto assumono la loro forma particolare (livello pragmatico). Portare attenzione consapevole alle condizioni in cui si svolge un qualunque discorso significa divenire sensibili agli stati potenziali di un sistema comunicativo formato da esseri umani e viventi. Tali condizioni, infatti, una volta individuate diventano il bersaglio specifico della trasformazione terapeutica. Esse possono essere modificate, negoziate, sovvertite o superate.

Nulla resta immutato e intoccabile all'interno del dispositivo etnopsichiatrico che si propone di conoscere e aggredire i significati mentre si dirige a modificare le condizioni iniziali del discorso morboso. Se, infatti, il paziente, grazie al riconoscimento della sua competenza sulla lingua e sul sistema di pensiero che gli appartengono, viene chiamato a farsi locutore, primo interprete e regolatore della traduzione si incrementa automaticamente l'angolo della sua libertà assertiva poiché non può più essere incarcerato nella cella nuda e oppressiva della fenomenologia morbosa. Ciò che il dispositivo etnopsichiatrico mette in movimento, grazie alla decisione prescrittiva di comunicare nelle lingue originarie dei pazienti, non è una maggiore precisione descrittiva dei fe-

nomeni morbosi (il paziente soffre di un disturbo dell'umore?; d'ansia?; dissociativo? etc.) ma una conoscenza puntuale delle condizioni culturali, sociali, psicologiche e linguistiche da cui scaturisce la vita di quello specifico paziente all'interno del gruppo originario e di quello adottivo. Qui non si tratta di giungere alla comprensione esaustiva di una Realtà ultima e fondante ma di attraversare – via *fraintendimento* – gli stati soggettivamente possibili entro condizioni esistenziali e vitali date. Tali condizioni non vengono considerate come equivalenti metaforici ma come realtà concreta indubitabile provvista di una propria logica coerente. Qui la metafora non rappresenta il vertice della costruzione discorsiva ma la trappola con cui viene catturata e neutralizzata ogni concezione del mondo alternativa all'ideologia del clinico occidentale, ogni pratica tecnica irriducibile alle logiche d'azione del pensiero scientifico. Se si decide che gli altri possiedono solo una conoscenza metaforica della realtà e una prassi erronea o inessenziale – falsa – in questo stesso momento si legittima ogni azione violenta o squalificante la legittimità delle esperienze realizzate secondo altri codici culturali.

Un problema aggiunto è rappresentato dal fatto che operando in questa direzione si finisce con il trascurare inevitabilmente o di ignorare intenzionalmente gli errori e l'inefficacia delle pratiche terapeutiche *scientificamente ispirate*. In questo caso l'anomalia che renderebbe necessario un mutamento direzionale viene ridotta a difetto costitutivo, a vizio etico, a errore logico del soggetto culturalmente "altro".

La scoperta originale dell'etnopsichiatria clinica di Nathan, alla cui impresa scientifica de Pury partecipa con le sue riflessioni sullo scambio linguistico in situazioni di interazione multiculturale, consiste nella creazione del dispositivo tecnico che rende ordinariamente praticabile il passaggio da un sistema culturale all'altro rispettando le ragioni e le logiche di tali sistemi. In questa attività i significati riprendono il loro valore in quanto vengono continuamente annodati alla matrice culturale che li genera e che costituisce il livello organizzativo della loro produzione. Il paziente viene chiamato a collocarsi all'interfaccia tra due o più lingue incominciando a riconoscere che l'acquisizione della lingua adottiva permette una circolazione della parola tra tutti i gruppi che abitano le società multiculturali e non solo tra lui stesso e la popolazione ospitante.

Il testo di questa giovane linguista è sempre puntuale ed elegante, sviluppa un discorso complicato secondo uno stile argomentativo asciutto ed essenziale. Esso costituisce un antidoto omeopatico, dato il numero moderato di pagine, alla banalizzazione del problema che si traduce spesso nella rivendicazione gridata dell'interpretariato clinico senza manifestare consapevolezza alcuna per la posta in gioco e per il tipo di fenomeni di campo che vengono sprigionati da questa metodologia operativa. La cifra critica delle sue riflessioni si estende all'analisi delle funzioni dei partecipanti all'interazione clinica e discute lievemente sullo statuto degli esperti nell'ambito delle operatività tecniche in contesti multiculturali.

Il viaggio lungo le stazioni di questo piccolo e denso volume è inoltre preparato da uno scritto di Nathan che ripercorre le tappe essenziali dell'etnopsichiatria clinica in relazione alla centralità del lavoro sulle lingue in situazioni in cui la loro proliferazione babelica non residua tra i recessi del mito ma occupa lo spazio aperto e conflittuale delle società multietniche.

Una etnologa a Lourdes

Paolo Bartoli

Clara GALLINI, *Il miracolo e la sua prova. Un etnologo a Lourdes*, Liguori Editore, Napoli, 1998, XII+ 275 pp.

... ovvero come un sottotitolo all'apparenza del tutto neutro e anodino (*Un etnologo a Lourdes)* propone invece una intrigante ambiguità autoriale. Chi è infatti l'etnologo in questione? La domanda non sembri né ovvia né retorica visto che l'Autrice del lavoro, etnologa fra le più note e autorevoli in Italia, rivela fin dall'inizio: «Da Lourdes, quando ci andai una decina d'anni fa, sono letteralmente scappata, mandando a monte l'idea (ancor vaga) di trovare lì il terreno più adatto per una ricerca sul tema dei rapporti tra medicina e religione nella società a noi contemporanea» (p. 10). Anzi, come confessa apertamente, se ne è subito ripartita «la prima volta che ci misi piede, dopo la prima giornata di una visita che avrebbe dovuto essere più lunga» (p. 14), né peraltro risulta che in tempi successivi abbia assistito personalmente ai rituali che si svolgono nel famoso santuario.

E allora chi è l'etnologo o – intanto bisognerà piuttosto dire – l'etnografo? L'etnografo è Émile Zola, il grande scrittore naturalista autore, per l'appunto, di un romanzo intitolato *Lourdes*, edito a Parigi nel 1894. Si tratta di un testo quasi sconosciuto in Italia (dove è stato tradotto una prima volta nel 1904 e mai più ripubblicato), i cui protagonisti, Pietro e Maria, compaiono in scena fin dalle prime pagine del libro di Gallini. Sono le loro vicende di pellegrini a Lourdes, infatti, a tessere il filo rosso della densa descrizione "etnografica" che Zola ha prodotto e di cui l'etnologa sapientemente si avvale.

Conformemente a una pratica di raccolta dei dati che Zola aveva teorizzato come indispensabile fondamento per la costruzione di un testo letterario, anche questo romanzo è fondato su una diretta e minuziosa osservazione dei personaggi, delle pratiche e dei luoghi simbolici di Lourdes, come risulta peraltro anche dai suoi taccuini di viaggio, recentemente ripubblicati in edizione critica. Così, se Lourdes, costantemente e ostinatamente rimossa dalla ricerca accademica, si configura come «un vero e proprio tabù antropologico» (p. 14), allo scrittore francese va riconosciuto il merito di essere stato il primo e, sottolinea Gallini, finora anche l'unico ad accettare la sfida che questo luogo e i suoi significati lanciano alla razionalità contemporanea, ed anche il merito di averlo saputo osservare con uno «sguardo realmente antropologico» (p. 40). In realtà, come l'Autrice ricorda, negli anni '70 Victor e Edith Turner, nel quadro di una ricerca sui centri di pellegrinaggio della cristianità europea, si sono occupati del santuario di Lourdes, centrandone alcuni importanti aspetti di modernità ma ignorandone altri altrettanto se non più rilevanti: «il loro occhio non coglie nessuna delle più crude evidenze di Lourdes: il malato in carrozzella, le coreografie di massa nei dispositivi processionali, l'ufficio medico, le guarigioni attestate nei bollettini a stampa» (p. 22).

Evidenze che, come abbiamo visto, nemmeno Gallini ha avuto animo di esplorare e di cui invece Zola ha inteso la drammaticità e le contraddizioni. Così, affidandosi alla perspicacia e alle capacità di osservazione dello scrittore francese, la studiosa italiana

può avvantaggiarsi di una funzionale ed efficace separazione dei ruoli: visto che Zola si è assunto quello di ricercatore sul terreno, Gallini può esercitare a tutto campo il ruolo di etnologa riconsiderando i dati della osservazione diretta alla luce di un vastissimo ed eterogeneo apparato di documenti che uomini di chiesa e di scienza hanno prodotto in più di cento anni di storia del santuario.

Il tema della *modernità* di Lourdes, che peraltro lo stesso Zola segnala come sua inquietante e vistosa caratteristica, costituisce uno dei nuclei dell'analisi condotta dall'Autrice sulla base dei dati etnografici e della imponente pubblicistica in cui risulta consegnata la lunga e veemente polemica fra difensori e detrattori di Lourdes. A precludere ogni possibilità di interpretare Lourdes in chiave di riproposizione di forme arcaiche di religiosità nel pieno dello scientismo trionfante, stanno, secondo l'Autrice, una serie di elementi tutt'affatto moderni che ne marcano i cerimoniali. Il confluire nello spazio sacro di folle sterminate, la razionalizzazione burocratica del pellegrinaggio che disciplina e organizza le attese "irrazionali" di una guarigione miracolosa, il tentativo, apertamente perseguito dalle autorità ecclesiastiche, di contrapporre alla lotta di classe e alle utopie rivoluzionarie l'interclassismo della devozione e della fede, la produzione industriale di immagini visive e poi audio-visuali dei luoghi e degli oggetti di culto, sono altrettanti aspetti che, come già Zola aveva riconosciuto, configurano il pellegrinaggio di Lourdes come fenomeno pienamente iscritto nella contemporaneità. E tuttavia il segno più inquietante di modernità – questo sì, a differenza degli altri, esclusivo di Lourdes – è il *bureau médical de constatations* la cui esistenza segnala il paradosso di un santuario terapeutico «nato, sviluppatosi e istituzionalizzatosi nell'età contemporanea, sotto gli occhi e persino col contributo delle scienze mediche» (p. 7). I medici del *bureau*, infatti, hanno il compito di verificare, con i criteri della diagnostica scientifica, l'effettiva guarigione delle persone che si dichiarano miracolate. Più precisamente, devono accertare se la guarigione sia stata improvvisa, completa e duratura: sono queste, infatti, le caratteristiche indispensabili per soddisfare la definizione teologica di miracolo su cui si dovrà definitivamente pronunciare l'autorità ecclesiastica alla quale i dossier medici vengono subito dopo inviati.

La «singolare alleanza tra taumaturgia e medicina che Lourdes ha saputo mettere in atto» (p. 153), la sconcertante contraddizione fra la fondazione teologica del miracolo e l'esclusiva competenza medica nella verifica della realtà delle malattie e delle improvvise guarigioni, rappresentano un altro, e forse il più importante, dei temi su cui l'Autrice insiste per ricostruire la storia culturale di Lourdes. Si presenta all'attenzione dell'etnologo una fitta trama di discussioni, di accese polemiche, di reciproche accuse di mistificazione la cui posta in gioco è la *realtà* delle guarigioni e la ricerca o la negazione di una loro possibile *spiegazione scientifica*; i protagonisti sono molto spesso medici – cattolici o laici e di diverso orientamento teorico –, tanto che un direttore del *bureau de constatations,* anche lui medico, poteva orgogliosamente affermare: «La storia di Lourdes è stata scritta interamente dai medici» (p. 167). Intrecciate con questo dibattito stanno una serie di ripetute analisi chimiche e batteriologiche dell'acqua miracolosa che vengono condotte nel tentativo di determinare scientificamente la *natura* del liquido e anche, successivamente, per dimostrarne l'innocuità nonostante la contaminazione organica prodotta dall'immersione di tanti corpi afflitti da ogni genere di malattie. Ma non sono le risposte a tali questioni che interessano la Gallini, quanto invece le importa «interrogare [...] proprio queste domande» nelle quali comincia a «profilarsi quell'intrusione dello scientismo destinata a prendere sempre più corpo come presunto strumento di verifica del sovrannaturale» (p. 109).

Non è difficile per Gallini contestare la pretesa di spiegare in termini naturalistici e organicisti l'efficacia di pratiche che, come il pellegrinaggio o l'immersione nelle piscine, appartengono a un registro completamente simbolico mentre intanto comincia a distillare (si è ormai a quasi metà del libro) con una certa parsimonia (che fino alla fine non si trasformerà mai in piena e confidente generosità) spunti e accenni di un percorso interpretativo che assume come asse centrale il processo di *costruzione* della "guarigione miracolosa" e la pluralità di soggetti e di riferimenti simbolici che vi intervengono.

Con giustificato sarcasmo l'Autrice racconta di come, invitata in qualità di esperta a dibattere in televisione il problema della verità delle guarigioni di Lourdes, si sia trovata nella impossibilità di rispondere con un "sì" o con un "no" alla fatale e drastica domanda del conduttore "ma allora, secondo lei, è o non è vero?" (p. 19). Il lettore di questo suo libro farà dunque bene ad astenersi da tali semplicistiche forzature disponendosi invece a seguire pazientemente l'antropologa nel suo serpeggiante itinerario di ricerca. Anche perché si tratta di un percorso che sembra deliberatamente volersi astenere dal proporre una interpretazione dei *meccanismi di efficacia* del pellegrinaggio e dei rituali di Lourdes ma che piuttosto sceglie di attraversare con grande sagacia e sapienza ermeneutica le contese teoriche che hanno costruito lo scenario entro cui le guarigioni sono state *dette*.

Credo che i capisaldi dell' argomentare di Gallini – che ad una prima lettura appaiono dispersi e quasi pudicamente o prudentemente dissimulati – possano così, pur pedantemente, essere messi in ordine dal recensore.

Intanto si sottolinea il proliferare nel corso dell'Ottocento di terapie eterodosse che, come il magnetismo e lo spiritismo, postulano la inscindibile unità di psiche e di corpo della persona e fondano pertanto le proprie pretese di efficacia sugli elementi emozionali e simbolici del rapporto terapeutico: «Le visioni di Bernadette, le grazie di guarigione fiorite attorno alla Grotta – scrive Gallini – non possono essere comprese senza un riferimento a questo nuovo clima culturale, che sta portando alla ribalta il grande rimosso dall'utopia scientista e razionalista del secolo: i territori di quanto allora si chiamò "meraviglioso", e oggi piuttosto identificheremmo in quell'irrazionale simbolico, che è anche capace di ridiscutere il linguaggio del corpo e della materia» (p. 156). In questo quadro il pellegrinaggio di Lourdes può essere interpretato come «una risposta normalizzatrice» messa in atto per ricondurre «queste spinte nell'alveo di un culto nuovo, ma istituzionalizzabile e con forti richiami alla tradizione» (*ibidem*). E per di più, come ribadisce Gallini, con il sostegno del possente apparato di verità offerto dalla medicina.

Il ruolo giocato dalla medicina è tuttavia ambivalente e potenzialmente rischioso per le pretese di verità di Lourdes, le cui guarigioni si vogliono rappresentare come effettivamente prodotte da una grazia celeste. Su questo terreno gli avversari veramente pericolosi non sono tanto i medici laici, o magari anticlericali, che le liquidano tutte come mistificazioni o falsità. Piuttosto i rivali più insidiosi sono i medici della nascente scuola alienistica francese che, sperimentando e praticando metodi terapeutici basati sull'ipnosi e sulla suggestione, rilanciano, ma questa volta dall'interno della ufficialità della scienza, l'idea di una possibile mediazione psichica nel processo di guarigione delle malattie somatiche. Questa ipotesi, come subito viene intuito, minaccia di svuotare il "miracolo" della sua essenza divina e di ridurlo ad un effetto, interamente spiegabile in termini scientifici, di fenomeni di suggestione o di controllo della mente del paziente da parte del terapeuta. Perciò i difensori di Lourdes, volendo salvare a tutti i costi la

natura sovrannaturale delle guarigioni, si vedono paradossalmente costretti ad assumere una concezione radicalmente organicista dell' essere umano: la mente non interviene in nessun modo nel processo di guarigione mentre invece il corpo fisico dell'individuo è il solo ed unico destinatario dell'intervento taumaturgico.

Tra gli alienisti dell'ultimo scorcio di secolo è stato Jean-Martin Charcot – il famoso medico della Salpetrière, autore de *La foi qui guérit* (pubblicato nel 1892, due anni prima del romanzo di Zola) di cui lo stesso Freud si riconosceva in qualche modo debitore – quello che con più lungimiranza e autorevolezza aveva accettato la realtà delle guarigioni di Lourdes provando, forse per la prima volta, come osserva Gallini, «ad analizzare il pellegrinaggio di guarigione come un istituto culturale preposto alla costruzione di un'esperienza simbolica efficace» (p. 178). A questo punto anche l'Autrice sembra finalmente non voler più eludere la questione della realtà delle guarigioni e avanza una prima esplicita presa di posizione: «Parafrasando Charcot, potremmo concludere: se Lourdes è efficace, lo è in virtù del suo apparato simbolico» (p. 179).

Il riferimento a Charcot, mi sembra, rappresenta un punto di snodo centrale nella tessitura del testo di Gallini. A partire dall'ipotesi, ancora generica, di una reale efficacia simbolica dei rituali di Lourdes, l'attenzione dell'Autrice si sposta decisamente sui racconti di guarigione, preziosi e poco esplorati documenti nei quali, pur costrette nel linguaggio oggettivante della scienza medica, restano consegnate sconvolgenti esperienze di sofferenza e di improvvisa risoluzione del male. Si tratta di un corpus imponente di *illness narratives* – per usare un termine di moda nella antropologia medica nordamericana – che i medici del *bureau des constatations* raccolgono dalla voce dei "miracolati" come prova, che si pretende il più oggettiva e scientifica possibile, della verità inoppugnabile della loro guarigione. E tuttavia la soggettività palpitante del racconto orale, anche se modellata nella forma asettica della scrittura di un caso clinico, si dichiara in talune espressioni – significativamente ricorrenti in molti delle narrazioni – con le quali i soggetti tentano di descrivere la folgorante esperienza della guarigione. Mentre i medici le accolgono quasi distrattamente nelle proprie relazioni e non le considerano significative per la dimostrazione del miracolo, Gallini le interroga, tentando di decifrarne il codice simbolico nei cui termini esse si articolano.

Ad una prima lettura già si rilevano alcuni temi costanti che rappresentano la guarigione come una straordinaria eppure ordinata *esperienza del corpo*: una scossa improvvisa che squassa le membra, un rumoroso scricchiolio delle ossa, sensazioni di calore insopportabile provocate dall'immersione nell'acqua fredda delle piscine. Ordinata esperienza nel senso che ognuno di questi segni di guarigione appartiene, secondo Gallini, a un linguaggio del corpo che si iscrive nella lunga durata dei pellegrinaggi terapeutici della cristianità.

Ma soprattutto è l'estremo dolore fisico ciò che marca l'imminenza della guarigione: un dolore che sembra evocare l'agonia che precede la morte e che invece si risolve nel ritorno del corpo alla pienezza di vita. L'enormità del dolore, che i medici interpretano e banalizzano come momentaneo riacutizzarsi di tutti i sintomi, «rinvia piuttosto a una sorta di contemporaneo ripresentarsi di tutti i mali sofferti» (p. 216), a una esasperata messa in scena o riattualizzazione del male che sembra caratterizzare molte delle terapie simboliche studiate dagli antropologi. Alla luce della comparazione etnografica, osserva Gallini, si può ipotizzare che questa straordinaria e penosa vicenda del corpo risponda a un «modello relativamente costante» (p. 218) di azione delle pratiche di guarigione la cui efficacia, peraltro, appare strettamente connessa alla specificità del contesto rituale e del sistema simbolico dal quale traggono significato e valore. In que-

sto senso, l'esperienza del dolore, che anche a Lourdes si configura come passaggio necessario nel percorso di guarigione, va interpretata nel quadro ideologico di valorizzazione cristiana della sofferenza, esemplarmente rappresentata dalla passione di Cristo. Più precisamente, come conclude l'Autrice, «la guarigione simbolica di Lourdes trae dunque la sua efficacia dalla sua iscrizione nel linguaggio della mistica cristiana, di cui sembrerebbe rappresentare la variante terapeutica» (p. 218).

Gli scenari evocati da Gallini per raffigurare il contesto ideologico e simbolico delle guarigioni di Lourdes, che nel loro insieme costituiscono una magistrale ricostruzione delle poste teoriche messe in gioco dalle diverse spiegazioni del miracolo, sono ben più complessi e articolati di quanto l'inevitabile o colpevole semplificazione del recensore riesca a dare ragione. Non si può non rilevare, tuttavia, che il suo itinerario di ricerca sembra deliberatamente escludere qualsiasi riferimento esplicito agli strumenti concettuali e alle procedure interpretative dell'antropologia medica, sia italiana che di altri Paesi. Questo non vuole essere un rilievo critico e tanto meno una sterile e non richiesta difesa di interessi o di confini disciplinari. Si può addirittura festeggiare come libertà d'autore che ha regalato un testo elegante nella forma e appassionante e originale nella tessitura dei contenuti. Ma si presta anche a qualche riflessione.

Per dirla in modo forse troppo sbrigativo, Gallini sembra non "fidarsi" dell'antropologia medica. Un'unica volta in tutto il libro la menziona esplicitamente per denunciarne il ritardo o l'incapacità di generare una lettura in chiave simbolica della malattia e della guarigione: «Ma ho qualche dubbio sui metodi di un' "antropologia medica" [virgolette dell'Autrice] che si sviluppi dalla collaborazione di antropologia e biomedicina senza problematizzare le grandi ripartizioni del sapere che stanno alla base delle rispettive discipline» (p. 21). Così, mentre è facile consentire con l'Autrice quando richiama l'autorità di de Martino (p. 21, p. 195) per mettere in guardia contro la tentazione di considerare in un'ottica medicalizzante le guarigioni di Lourdes, risulta più problematico intendere le ragioni per le quali essa pare volutamente ignorare il dibattito epistemologico, particolarmente intenso nell'ultimo ventennio, che ha investito l'assetto concettuale dell'antropologia medica sia in rapporto alla biomedicina che alla scienza antropologica nel suo complesso.

Due esempi, fra i tanti possibili, saranno sufficienti, spero, per fugare o almeno temperare i sospetti dell'Autrice riguardo alla autonomia scientifica della antropologia medica. Il primo esempio – mi si perdoni la autoreferenzialità – è italiano e procede da uno degli atti fondativi della Società italiana di antropologia medica. Il documento di base (predisposto da Paola Falteri, dal compianto Riccardo Romizi e da Paolo Bartoli) per il primo seminario di studi organizzato dalla Società e dedicato a *L'approccio alla problematica di corpo/salute/malattia in antropologia medica* (1990), era improntato appunto alla necessità di ridefinire approcci e metodi specificamente antropologici per l'analisi delle concezioni di salute e malattia, e di rivalorizzare criticamente in questa luce nozioni come ciclo della vita, tecniche del corpo o simbolismi corporei. Ma anche, per quanto interessa forse più da vicino le questioni sollevate da Gallini, il documento discuteva la biomedicina come forma di controllo sociale e la medicalizzazione – concetto pur ambiguo e impreciso– come espressione della sua egemonia culturale. Del resto, senza scomodarsi a cercare documenti rimasti dattiloscritti, basta leggere la quarta di copertina della rivista che il lettore ha in mano in questo momento per trovare, fra i temi che si propone di affrontare, figure di operatori di salute e pluralità dei saperi e delle pratiche di prevenzione e guarigione: dagli sciamani ai medici occidentali;

difesa della salute e orizzonti magico-religiosi: la questione della efficacia delle terapie rituali.

Il secondo esempio può essere tratto – c'è solo l'imbarazzo della scelta – dalla antropologia medica nordamericana che, come è noto, ha prodotto negli ultimi anni una mole impressionante di riflessioni teoriche e di ricerche empiriche che hanno largamente influenzato il dibattito scientifico internazionale in questo campo. Uno dei lavori più importanti prodotti da questa "scuola" (e il primo ad essere stato meritoriamente ma pessimamente tradotto in italiano), è forse quello di Byron Good il cui titolo originale suona come (ed in fatti il libro è) un programma di critica epistemologica della antropologia medica nei suoi rapporti con la biomedicina: *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective* (recensito nel n. 1-2 di "AM", e la cui edizione italiana è fatta oggetto di una nota critica in questo stesso numero). L'espressione "antropologia medica", scrive Good, è una specie di ossimoro nel quale appaiono coniugate ma non pacificate la prospettiva storicista e relativista della antropologia con la prospettiva naturalista e con le pretese universaliste della biomedicina. Connubio instabile e fluttuante che nel passato ha visto più volte l'antropologo subalterno all'imponente apparato di verità della medicina, ma che invece oggi sempre più apertamente riconosce «la biomedicina come una forma di sapere tra gli altri, piuttosto che come uno specchio del mondo biologico utile come criterio di giudizio per ogni altro genere di spiegazione» (a p. 136 della edizione italiana).

Il riferimento al libro di Byron Good offre lo spunto per sottolineare un altro aspetto del lavoro "solitario" di Gallini, al tempo stesso fortemente innovativo e tranquillamente noncurante delle recenti direzioni di ricerca in antropologia medica. Insieme al testo di Arthur Kleinman, *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition* (1988), questo di Good può essere considerato come una sorta di "manifesto" di un nuovo approccio allo studio della esperienza soggettiva della sofferenza, interpretabile in termini di complesso costrutto culturale cui è possibile accedere attraverso le narrazioni dei soggetti sofferenti. Mi pare questa esattamente la chiave con cui, pur senza nominarla, Gallini ha aperto i racconti dei miracolati (uno dei suoi capitoli si intitola infatti *Catene narrative*), li ha sottratti all'irrilevanza epistemologica del "caso clinico" e li ha restituiti alla densità di una esperienza potentemente modellata dalla cultura e profondamente inscritta nel linguaggio del corpo.

E in effetti le narrazioni di sofferenza e di guarigione parlano di un corpo irriducibilmente diverso dall'organismo muto e inerte pensato dai medici del *bureau* come ricettacolo passivo della malattia e oggetto inconsapevole del celeste intervento risanatore. Esse mettono in scena un corpo totale, un corpo-soggetto, agente attivo e significante nella costruzione di una esperienza di guarigione che si dà sul terreno di un orizzonte simbolico intensamente vissuto e condiviso. La sapiente e paziente attenzione con cui Gallini esplora questi documenti regala al lettore uno straordinario esempio di antropologia del corpo e costituisce, a mio modo di vedere, una delle parti più stimolanti del suo libro. Ed è un esempio fortemente originale nella misura in cui va ben al di là del terreno, oramai un po' consumato, delle "rappresentazioni culturali del corpo" per incontrare, mi sembra, la tematica della esperienza "incorporata", oggi assai frequentata dall'antropologia, anche medica, di ispirazione fenomenologica. In questo percorso certamente innovativo nell'antropologia italiana, l'Autrice avrebbe potuto imbattersi, e magari fecondamente dialogare, con le teorie dell'*embodiment* che hanno avuto almeno il merito di riportare il corpo alla radice dell'esperienza e al centro dell'attenzione dell'antropologia. Ma forse anche in questo caso non si è fidata.

Infine la stessa impotenza ermeneutica che Gallini imputa alla antropologia medica nei confronti delle guarigioni simboliche, sembra aver paralizzato finora anche le altre scienze sociali, almeno riguardo al fenomeno di Lourdes, la cui complessità solo il letterato Zola ha avuto il coraggio e la capacità di sfidare frontalmente. E infatti, come afferma l'Autrice nelle prime pagine del suo testo, Lourdes si presenta come un luogo di confine in cui agiscono intrecciandosi e scontrandosi le pretese di verità della medicina e quelle della fede, gli apparati burocratici della modernità e le forme della devozione popolare tradizionale, il razionalismo scientista e la potenza dei simboli religiosi: se finora è sfuggita a una rigorosa analisi culturale è proprio perché si tratta di un "territorio-limite" che nessuna delle scienze storico-sociali – ciascuna chiusa nella rigidità dei propri confini disciplinari e tematici – è riuscita ad occupare.

A questo proposito, e in conclusione, si vorrebbe allora ricordare che il progetto di ricerca cui si ispira questa rivista vuole proprio costituire un contributo al superamento delle barriere disciplinari fra scienze dell'uomo e scienze della natura in vista di una considerazione unitaria e integrata della condizione umana, al tempo stesso e inscindibilmente biologica e socio-culturale. In questo quadro si possono legittimamente rivendicare alla competenza della antropologia medica «cruciali oggetti scientifici di *frontiera* (corsivo mio)» come, per esempio, «la pluralità dei cosiddetti "stati di coscienza" e i loro correlati neurofisiologici [...] la incidenza delle "attese" e delle dinamiche emozionali sugli equilibri di salute/malattia», oppure la efficacia dei rituali radicati in un forte orizzonte magico-religioso nell' «attivare investimenti emozionali e stati psichici di «attesa di guarigione» sufficientemente intensi da produrre [...] reali positivi risultati» [(1)].

Così Clara Gallini non me ne vorrà se mi permetto di considerare questo suo libro come un testo esemplare di antropologia medica.

Note

[(1)] Seppilli Tullio, *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 7-22, cfr. pp. 14-15 e p. 17.

Il destino dei rituali terapeutici nella modernità

Fabio Dei

Vittorio LANTERNARI - Maria Luisa CIMINELLI (curatori), *Medicina, magia, religione, valori. Volume secondo: dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori Editore, Napoli, 1998, X+452 pp.

Qualche anno fa Vittorio Lanternari intitolava una sua importante raccolta di saggi *Medicina, magia, religione, valori*. *Volume primo* (Liguori Editore, Napoli, 1994, 312 pp.). Titolo in apparenza didascalico ed elencativo, volto a coprire campi di ricerca separati anche se contigui, ma in realtà tutt'altro che banale. Esso indicava infatti il profondo intreccio che per l'Autore esiste fra le quattro nozioni citate – il fatto, per essere ancora più precisi, che non si può pensare l'una senza riferirsi alle altre. Tali nozioni definiscono un ambito compatto della vita culturale, o se vogliamo dell'esperienza umana culturalmente plasmata, che non ha senso scindere sulla base di partizioni e di specialismi sub-disciplinari: è così che mi pare di poter leggere quel complesso titolo. I saggi del volume, come del resto forse l'intera opera di Lanternari, sono volti per l'appunto a intessere un fitta rete di collegamenti tra lo studio delle concezioni e delle pratiche concernenti corpo, malattia, guarigione, da un lato, e dall'altro l'analisi dei sistemi religiosi, delle pratiche rituali, degli orizzonti etici che regolano la vita di concrete comunità umane. In particolare, antropologia medica e antropologia religiosa non si presentano mai in Lanternari come campi di studio autonomi e dominati da peculiari specialismi: si tratta semmai di differenti prospettive da cui guardare ai medesimi problemi, e da cui mettere alla prova le medesime strategie di comprensione.

Oggi Lanternari presenta come seconda parte dell'opera un'antologia di scritti di antropologi ed etnopsichiatri, curata con la collaborazione di Maria Luisa Ciminelli (*Medicina, magia, religione, valori. Volume secondo: dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori, Napoli, 1998, X+452 pp.). Si tratta di una raccolta focalizzata su temi di stretta pertinenza dell'antropologia medica, che mantiene tuttavia l'ampio respiro interpretativo del precedente volume. I contributi inclusi sono principalmente di due tipi. Da un lato, la riproposizione e/o traduzione di alcuni importanti e ormai classici saggi che hanno segnato il recente dibattito internazionale in antropologia medica; dall'altro, una scelta significativa (per quanto necessariamente incompleta) dell'attuale quadro della ricerca italiana, con un'attenzione particolare rivolta agli studiosi dell'ultima generazione.

Il libro è assai ricco sul piano empirico come su quello teorico, e offre una quantità di spunti di riflessione che non è qui possibile sviluppare neppure per sommi capi. Mi limiterò a sottolineare un paio di nodi tematici che mi sembrano percorrerlo con forza particolare: il problema dell'efficacia simbolica e quello che potremmo chiamare il destino dei rituali terapeutici nella modernità. Trascurerò, semplicemente per limiti di spazio, altri temi centrali e non meno importanti del volume, soprattutto quelli di ambito etnopsichiatrico: mi limito a segnalare il tema dei fondamenti teorici ed epistemologici dell'etnopsichiatria (si veda il contributo di Roberto Beneduce), le riflessioni su immigrazione e psichiatria di Bernardo Bernardi, Salvatore Inglese e

Giuseppe Cardamone, la questione delle *culture-bound syndromes*, discusse da Maria Luisa Ciminelli. Per inciso, il contributo di quest'ultima come curatrice include anche due ampie introduzioni alle due parti in cui il volume si articola (*Problemi teorici* e *Case studies*) e un preciso lavoro di traduzione dei saggi selezionati dal francese e dall'inglese. Le traduzioni sono come gli arbitraggi delle partite di calcio: quando sono buone non le si nota. È tuttavia un errore trascurare il ruolo che svolgono nello sviluppo di una disciplina. Una traduzione non è mai operazione meramente tecnica. Come una traduzione letteraria partecipa della dimensione artistica e creativa dell'originale, così una traduzione scientifica implica uno sforzo di comprensione e di messa a punto concettuale che la rende, per così dire, opera d'Autore. Tale è il lavoro di Ciminelli, che unisce l'eleganza stilistica alla chiarezza e al rigore delle scelte lessicali.

Prima di entrare nel denso spessore delle pagine di quest'opera, mi sembra però necessaria qualche osservazione sul ruolo che essa gioca nel percorso intellettuale di Lanternari. Perché uno studioso così importante e Autorevole decide di presentare, come seconda parte di una propria opera, un'antologia di scritti altrui? La risposta può esser forse suggerita dalla duplice linea di riflessione che emerge nei suoi più recenti lavori. Lanternari è studioso dalla formazione ampia e poliedrica, che nella sua carriera ha spaziato su temi di pertinenza di discipline diverse come l'etnologia, la storia delle religioni, l'antropologia sociale, il folklore. In alcuni lavori degli ultimi anni (penso soprattutto a libri come *Antropologia religiosa*, Bari, Dedalo, 1997, e *La mia alleanza con Ernesto de Martino*, Napoli, Liguori, 1997), tuttavia, egli ha insistito sulla formazione storico-religiosa come momento unificante dei suoi interessi e delle sue ricerche. In particolare, ha sottolineato l'appartenenza a quella scuola romana di studi storico-religiosi che ha il suo fondatore in Raffaele Pettazzoni e che ha annoverato studiosi del livello di Brelich e de Martino, della cui eredità Lanternari si sente oggi portatore. Egli tenta appunto di radicare l'antropologia medica e l'etnopsichiatria in questa grande tradizione specificamente italiana, sfuggendo a facili mode culturali e a infatuazioni teoriche dell'ultim'ora.

Dall'altra parte, forse più di ogni altro studioso della sua generazione, Lanternari si è mostrato e si mostra aperto alle sollecitazioni di nuovi indirizzi teorici e di ricerca, come per l'appunto quelle delle scuole medico-antropologiche canadesi, americane, francesi, etc. Per meglio dire, tenta puntigliosamente di saldare sul piano teoretico e concettuale le rispettive acquisizioni – aggiornando anche terminologicamente la tradizione italiana, arricchendola con il riferimento a contesti di ricerca nuovi e più ampi. In questo senso, la sua è un'operazione che mira alla crescita e alla maturazione complessiva della tradizione italiana degli studi, che può esser avvicinata per la sua ampiezza a quella svolta a suo tempo da de Martino. Il de Martino consulente editoriale della "Collana viola", o curatore di un'antologia come *Magia e civiltà*, si caratterizzava – mi pare – proprio per questa stessa potente tensione: grande apertura internazionale e invincibile curiosità intellettuale, unita alla rigorosa fedeltà verso certi capisaldi teorici e ancor prima etici. Forse è anche questo un aspetto di quella affinità con de Martino che Lanternari, nei già citati testi, ha sentito il bisogno di ribadire e sottolineare. In entrambi i casi, il progresso conoscitivo è connesso a un faticoso lavoro di mediazione e traduzione concettuale, di fusione di orizzonti interpretativi, di discussione critica. In entrambi i casi, ci troviamo di fronte a uno stile di pensiero tanto rigoroso e coerente quanto ansioso di nutrirsi di sempre nuove sollecitazioni, di consolidarsi nel rapporto con gli ampi contesti della ricerca internazionale.

Efficacia simbolica

L'efficacia simbolica è un problema cruciale – forse, *il* problema cruciale – per l'antropologia medica. Nel concetto di efficacia simbolica sembra annidarsi il segreto del nesso tra aspetti biologici, psicologici e culturali della vita umana. È a partire da questo nesso che l'antropologia può aspirare a farsi perno di una scienza dell'uomo unificata – laddove, senza l'efficacia simbolica, dovrebbe limitarsi a collezionare repertori di credenze, a descrivere una variabilità culturale di idee e pratiche senza alcun rapporto con le scienze "dure" del corpo, della salute e della malattia.

Il tema dell'efficacia simbolica è massicciamente presente nel volume. Lo affrontano in modo diretto, in particolare, due importanti contributi qui tradotti in italiano per la prima volta: un saggio di Gilles Bibeau, apparso originariamente nel 1983 e dedicato ai meccanismi endogeni di guarigione nei rituali angbandi, e una rassegna teorica sul processo terapeutico di Thomas Csordas e Arthur Kleinman (ediz. orig.: 1990). Bibeau ripercorre con ampiezza il dibattito antropologico sull'efficacia simbolica, partendo dai celebri studi di W.B. Cannon sulla "morte vodu" e dal fondante articolo *Lo stregone e la sua magia* di C. Lévi-Strauss, per giungere alle più recenti riflessioni di V. Turner, D. E. Moermann, M. Augé e A. Zempleni, fra gli altri. Infine, tenta di calare la riflessione teorica nel contesto del proprio terreno di ricerca – i rituali terapeutici degli Angbandi della foresta equatoriale del Congo.

I contributi classici come quello di Lévi-Strauss, sostiene Bibeau, hanno un limite per così dire etnografico: mostrano in modo suggestivo il potenziale di efficacia di un rito, ma non collegano questo potenziale alla rete di saperi e pratiche simboliche di una determinata cultura. È solo il contesto complessivo che produce efficacia, non la forma astratta o i contenuti specifici del rito. Bibeau tenta di fornire appunto questo quadro nella sua analisi etnografica: in sostanza, egli riconosce tra gli Angbandi un certo numero di modalità rituali direttamente collegate a stati emozionali e psicologici, i quali rimandano a loro volta a relazioni sociali da un lato e a condizioni somatiche dall'altro. In questo modo, riesce a mostrare come i rituali terapeutici affondino le radici in un ricco e complesso sistema culturale, in una rete di idee e di pratiche attraverso cui gli Angbandi costruiscono la loro "realtà" fisica, psicologica e sociale.

Al di là della ricchezza dell'analisi etnografica, tuttavia, possiamo chiederci se Bibeau faccia davvero passi avanti rispetto alla classica impostazione del problema. In ultima istanza, come egli stesso riconosce (p. 156), tutto ruota ancora attorno al "mistero" della somatizzazione: come avviene il passaggio dai processi psicologici, indotti dal comportamento sociale (nella patogenesi) o dal rituale (nelle pratiche terapeutiche), ai processi biologici della malattia e della guarigione? Questo era il problema per Cannon, per Lévi-Strauss, e lo è ancora oggi per gli antropologi medici. Bibeau ritiene di indicare la soluzione a questo problema negli sviluppi più recenti (dagli anni '60 in poi) degli studi di neurobiologia, endocrinologia e psicosomatica. Si conoscono oggi molto bene, egli scrive,

> «i meccanismi mediante i quali il cervello reagisce agli stati emozionali e instaura a livello endocrinologico le comunicazioni con gli organi; [...] si comprende sempre meglio il ruolo dei neurotrasmettitori tra l'ipotalamo e l'ipofisi, e quello degli ormoni fra l'ipofisi e il resto dell'organismo. L'ipotalamo viene sempre più considerato come il luogo di congiunzione tra gli stati emozionali e i processi neuroendocrini che provocano manifestazioni fisiologiche nell'individuo» (p. 136)

In ultima analisi, per Bibeau, gli sviluppi più recenti delle citate discipline fornirebbero una sicura base scientifica che conferma le intuizioni degli antropologi. Dimostrerebbero cioè

> «che la persona è un'unità, che i suoi diversi livelli di funzionamento – sociale, emozionale e affettivo, neuro-ormonale e fisiologico – sono interdipendenti e collegati da strutture di mediazione; [e che] i processi fisiologici sono [...] posti sotto il controllo del sistema neuro-ormonale che – esso stesso – è un sintetizzatore degli stati emozionali, principalmente per il tramite dell'attività dell'ipotalamo» (p. 138).

In altre parole, avremmo a disposizione una solida teoria neurobiologica che fonda la possibilità dell'efficacia simbolica. L'attività simbolica mobilita emozioni: queste ultime a loro volta innescano un processo neuro-ormonale che induce modificazioni fisiologiche. A questo punto, l'antropologia sarebbe libera di descrivere la quasi infinita variabilità culturale delle pratiche simboliche in grado di produrre la malattia e la guarigione. Sarebbe così la stessa tradizione della biomedicina, ai vertici del suo sviluppo, a distruggere con una mossa spettacolare le proprie basi – il cosiddetto dualismo cartesiano e il programmatico rifiuto del "significato" nella comprensione della salute e della malattia.

Ma le cose non sembrano così semplici. Prima di tutto, l'ottimismo che Bibeau mostra per gli sviluppi della neurobiologia è forse eccessivo. Il suo articolo è del 1983, e da allora la ricerca è ulteriormente progredita; per quanto le mie conoscenze in proposito siano assai frammentarie, mi pare di poter dire tuttavia che non avevamo allora e non abbiamo oggi una visione chiara e indiscussa dei processi psicosomatici. Che le situazioni della vita individuale e sociale producano stati affettivi, e che questi in determinate circostanze possano venir somatizzati, provocando «reazioni a catena che finiscono per raggiungere gli organi e la psiche, attraverso la mediazione dell'ipotalamo e del sistema endocrino» (p. 145), sembra certo plausibile. Ma andar oltre questa generica e vaga constatazione, descrivendo e spiegando le modalità di queste reazioni, è assai difficile. Csordas e Kleinman, scrivendo nel 1990, colgono bene questo punto di debolezza delle teorie sull'efficiacia simbolica, l'incapacità di tradurre concetti generali come "suggestione", "catarsi" o "placebo" nei termini di specifiche azioni cliniche. La loro critica a Lévi-Strauss si attaglia di fatto anche a molti degli studi più recenti:

> «che lo stabilire un'omologia o il condurre una transazione simbolica possiedano una loro intrinseca efficacia non è affermazione molto distante dalla spiegazione indigena della guarigione, che si basa esclusivamente sulle forze spirituali o extranaturali mobilitate dal processo terapeutico» (p. 121).

In altre parole, può non far grande differenza il parlare di neurotrasmettitori invece che di spiriti, di archetipi, di prana o che altro, se il lessico scientifico non riesce a produrre modelli più chiari sull'andamento dei fenomeni clinici: il che vuol dire formulare nessi causa effetto, previsioni empiricamente verificabili etc. Può anche darsi che prima o poi potremo disporre di simili modelli. Il punto è però un altro. È singolare che gli antropologi debbano appellarsi agli sviluppi della biomedicina per fondare una teoria dell'efficacia simbolica. Tanto più che i medici stessi sembrano aver rinunciato a risolvere in termini puramente biologici il simmetrico problema dell'effetto placebo, riconoscendo la necessità di comprenderlo all'interno di una prospettiva antropologica e di un modello di "paziente" come attivo interprete di significati (vedi ad esempio il lavoro recentemente tradotto in italiano di Howard BRODY, *Per una filosofia della guarigione. Scienza ed etica dell'effetto placebo*, traduz. dall'inglese,

Franco Angeli, Milano, 1999, 142 pp. [ediz. orig.: *Placebo and philosophy of medicine*, University of Chicago Press, Chicago, 1980].

Il problema del rapporto tra la prospettiva dell'antropologia e quella della neurobiologia è in effetti complesso. Se è auspicabile una ricomposizione delle due discipline in una scienza dell'uomo unificata, occorre anche piena consapevolezza della difficoltà di fondere i rispettivi linguaggi e apparati concettuali. Possiamo accettare di considerare una descrizione e spiegazione dell'efficacia simbolica in termini di ormoni, ipofisi, ipotalamo etc. come l'unica possibile fondazione scientifica del fenomeno? Ciò implicherebbe che solo la tradizione biomedica dispone di un linguaggio "reale" per la descrizione della salute e della malattia. Così, i linguaggi locali studiati dall'antropologia non sarebbero che coperture metaforiche, che per così dire intuiscono vagamente la realtà senza poterla cogliere in termini oggettivi; e i rituali terapeutici risulterebbero efficaci solo involontariamente – cioè, in virtù di meccanismi oggettivi che sfuggono alla consapevolezza degli attori ma che l'antropologo-scienziato può identificare attraverso una teoria dei processi neuroendocrini.

L'antropologia medica, come oggi la intendiamo, nasce nel momento in cui decide di assumere la biomedicina come *oggetto* e non più come *risorsa* della propria indagine (un punto che nel volume è svolto con molta chiarezza da Csordas e Kleinman e, a proposito dell'etnopsichiatria, da Roberto Beneduce); nasce cioè nel momento in cui decide di trattare simmetricamente i "loro" e i "nostri" processi terapeutici, piuttosto che identificare e spiegare i primi nei termini dei secondi. La simmetria metodologica implica in primo luogo assumere come problema e non come assioma di base la naturalizzazione del corpo, della salute e della malattia, la purificazione di queste nozioni da ogni elemento di "significato" - purificazione su cui si fonda (normativamente se non praticamente) la modernità. Nel programma di un'antropologia radicalmente simmetrica in tal senso (quale è proposta p.es. da Bruno LATOUR, *Nous n'avons jamais été modernes*, La Découverte, Paris, 1991), l'efficacia simbolica gioca un ruolo cruciale, poiché mette in crisi proprio la dicotomia tra un ambito puro della natura e un altrettanto puro ambito del "sociale" o del "significativo". Vanno in questo senso, mi pare, anche le indicazioni di studiosi come Raymond Prince e José Gil, ampiamente discusse da Lanternari nell'introduzione (p. 23 sgg.), sulle "forze" che i simboli rituali sarebbero intrinsecamente in grado di sprigionare – tanto che per comprenderli siamo costretti a profanare la più basilare delle distinzioni, quella fra cose e segni.

Ora, una spiegazione integralmente naturalistica dell'efficacia simbolica è davvero ciò di cui una simile antropologia ha bisogno? Intendo questa domanda in modo non retorico, e mi rendo conto della difficoltà di dare una risposta. Ricondurre l'efficacia simbolica nell'ambito di una pura naturalità attenuerebbe la sua portata per così dire eversiva: sarebbe proprio la biomedicina a risolvere quell'anomalia che muoveva le richieste antropologiche di "ampliamento della consapevolezza storiografica", per dirla con de Martino. L'efficacia simbolica, si potrebbe allora sostenere, non dimostra affatto l'inscindibilità di natura e significato: si fonda su meccanismi (i neurotrasmettitori, l'attività dell'ipotalamo etc.) che sono sì attivati dai sentimenti, dagli eventi sociali, dai fattori umani, ma che sono di per sé assolutamente oggettivi e non-significanti. Il programma simmetrico, più che risultare confermato da questa scoperta, ne subirebbe un arresto. D'altra parte, si possono vedere le cose anche in modo diametralmente opposto. Ammettendo al proprio interno la possibilità dell'efficacia simbolica, il linguaggio biomedico imploderebbe: riconoscendo che i confini tra la natura e il significato sono irrimediabilmente confusi, e tollerando l'intrusione

del secondo nella pratica clinica, minerebbe le stesse basi su cui si è storicamente costituita.

Terapie rituali e modernità

Un secondo punto che emerge con forza dal volume curato da Lanternari e Ciminelli è il rapporto fra rituali terapeutici e modernità. Le teorie antropologiche classiche associano le terapie rituali a società e culture tradizionali, anzi al concetto stesso di tradizione: concetto che include tra l'altro un basso grado di sviluppo del sapere scientifico e tecnico, una sistematica contaminazione tra l'ordine naturale e quello simbolico, una scarsa autonomia della personalità individuale rispetto ai ruoli sociali, e così via. L'apparente irrazionalità delle credenze simboliche e delle terapie rituali può esser compresa in relazione alle caratteristiche della tradizione – questa, più o meno, la tesi dominante dell'antropologia novecentesca. Ma come spiegare allora l'ampia presenza di saperi simbolici e pratiche rituali nel cuore stesso della modernità?

Gran parte dei saggi del volume, in particolare i *case studies* della seconda parte, hanno a che fare con questo problema. Alcuni si occupano della permanenza o della ripresa di terapie rituali nella moderna società occidentale: è il caso dei contributi di Clara Gallini su Lourdes, di Giordana Charuty sul movimento pentecostale francese, di Adelina Talamonti sull'esorcismo cattolico a Roma. Altri saggi discutono contesti extraeuropei e più tradizionali, ma investiti da processi di rapido mutamento e modernizzazione: Ellen Corin sul rito africano di possessione *zebola*, Mario Polia sulle *culture-bound syndromes* del Perù, Pietro Vulpiani sul pluralismo medico delle Ande boliviane, Pino Schirripa sulle associazioni dei guaritori in Ghana, Barbara Fiori sulla medicina Dogon. Questi ultimi contributi forniscono nel loro complesso un quadro etnografico molto ricco. Se c'è un loro punto comune, al di là della diversità dei contesti e degli approcci, è la constatazione che anche in ambiti "esotici" la tradizione si manifesta oggi non tanto come una semplice permanenza o inerzia, consentita per così dire da una ancora imperfetta modernizzazione; quanto come effetto di consapevole scelta e ripresa, in un quadro di sincretismo e di pluralismo medico, in cui la malattia e la guarigione si trovano al centro di complessi negoziati semantici e in senso lato politici.

Vorrei però soffermarmi brevemente sui primi tre lavori citati, riguardanti il contesto occidentale. I saggi di Gallini, Charuty e Talamonti, insieme all'introduzione di Lanternari, sviluppano da diverse angolature un unico tema: la riconfigurazione moderna della ritualità terapeutica cattolica. Nell'affrontare il cattolicesimo popolare, gli antropologi hanno spesso studiato i modi del suo incontro-scontro con sistemi religiosi e culturali precedenti, che ne sono stati inglobati e si sono talvolta mantenuti in forma trasfigurata al suo interno. Il lavoro di de Martino sul tarantismo è il paradigma di questo approccio. Più raramente si è studiato l'incontro-scontro del cattolicesimo popolare e delle sue modalità magiche e terapeutiche con la modernità. Per lo più, si è dato per scontato che tale impatto tendesse semplicemente a dissolvere le forme folkloriche tradizionali. de Martino è un buon esempio anche di questo atteggiamento: all'inizio degli anni '60, egli riteneva prossima la completa disgregazione dei sincretismi magico-religiosi a valenza terapeutica di fronte all'avanzare del progresso – anzi, la auspicava, giacché la loro scomparsa avrebbe coinciso con l'emancipazione delle "plebi rustiche del Mezzogiorno".

È oggi abbastanza evidente che non è stato così. Il rapporto del cattolicesimo con la modernità si è rivelato non meno complesso di quello con le culture popolari pagane;

come quest'ultimo, ha implicato e implica strategie di confronto, di negoziato, di contaminazione. Clara Gallini mostra ad esempio nel suo saggio il rapporto peculiare che l'apparato miracolistico di Lourdes ha stabilito, nel corso dell'Ottocento, con il positivismo medico. Non vi si è contrapposto, nel senso della banale dicotomia scienza-fede o fatto-miracolo, ma ha tentato di inglobarlo al proprio interno, costruendo un sistema di "prova" scientifica del miracolo, garantita dalla presenza medica all'interno dell'istituzione religiosa stessa, con il celebre *bureau des constatations*. Questa alleanza è avvenuta sulla base di una rigida suddivisione degli ambiti di competenza: la medicina governa l'ordine dei corpi, la religione quello delle anime. Il miracolo, che opera un corto circuito fra i due ordini, è l'eccezione che conferma la regola: esso può esser provato soltanto dall'autorità medica, che ne risulta rafforzata nel momento in cui sembra abdicare a favore di un più alto ordine metafisico.

Naturalmente, una simile alleanza è possibile solo con un tipo di medicina che Gallini chiama "organicismo estremistico", che «punta a rappresentare e a verificare la guarigione come processo avvenuto all'interno di organi specifici del corpo umano» (p. 201). Ciò che il discorso religioso e miracolistico rifiuta è quella riflessione delle scienze umane che si esercita appunto attorno all'"anima" e ai meccanismi di interfaccia psicosomatica. Una riflessione che a fine Ottocento, ad esempio con autori quali Bernheim e Charcot, giungeva a proporre una interpretazione secolare e psicosomatica della stessa *faith healing*, sottraendo il miracolo alla competenza del teologo e rivendicandolo a quella dell'alienista, e finendo per erodere la stessa concezione religiosa di anima (p. 204). È in questa fase storica che si cristallizzano argomentazioni e ruoli discorsivi (il sacerdote, il medico, l'alienista) che domineranno fino ad oggi l'intero dibattito sulle guarigioni miracolose. Nello scenario novecentesco, il discorso sull'uomo organicista e quello religioso non solo non si escludono, ma addirittura si rafforzano a vicenda. Sembra che il destino del disincanto resti affidato alla psicologia e a quelle scienze (antropologia inclusa, occorre riflessivamente notare) che tentano di produrre una rappresentazione in termini secolari dell'identità individuale e che lavorano sui confini tra il corporeo e lo spirituale – giungendo persino, come Charcot, a rileggere il miracoloso attraverso la nozione di forza psichica.

Lo spazio dell'interiorità e il concetto introspettivo di persona aperto da queste scienze rappresentano, nel ventesimo secolo, il fronte avanzato dell'opposizione al discorso religioso. Quest'ultimo, tuttavia, non solo non abbassa le armi, ma prosegue nelle sue strategie di compromesso e inglobamento. Il saggio di Giordana Charuty mostra alcuni recenti risultati di queste strategie, a proposito delle attività di un movimento pentecostale francese. Le comunità studiate da Charuty praticano forme di sostegno collettivo a singoli individui che stanno a metà fra l'iniziazione religiosa, la psicoterapia e la vera e propria guarigione spirituale. Loro caratteristica saliente è la fusione tra un linguaggio religioso tradizionale, che definisce la condizione individuale in termini di rapporto con Dio, peccato, grazia, e un linguaggio psicoanalitico che parla invece di entità interne, traumi, sensi di colpa, rimozioni; nonché la fusione tra consuete pratiche rituali (preghiera, assemblee comunitarie) e modalità terapeutiche basate sull'analisi introspettiva. Questo nuovo codice consente al movimento la "scoperta" delle malattie psicologiche e dei nessi psicosomatici – elemento peraltro centrale in tutta la nuova spiritualità e il *new age* di fine Novecento. L'alleanza ottocentesca tra miracolo e medicina organicistica, individuata da Gallini, si spezza: non a caso i carismatici rifiutano per lo più la perizia medica sulle guarigioni spirituali, considerando in sé inaccettabile la scissione tra lavoro sul corpo e lavoro sull'anima. Non è più, come a Lourdes,

solo l'istantaneo e inesplicabile corto circuito del miracolo a porre in comunicazione i due ambiti, ma un lento e faticoso lavoro religioso-psicologico, che parte dal riconoscimento delle colpe-peccati del paziente e procede attraverso una dettagliata analisi-confessione e un processo di transfert-affidamento.

Potremmo però chiederci, a buona ragione, se questa commistione di linguaggi non sia meramente strumentale: vale a dire, se non si tratti di un rivestimento superficiale della visione religiosa tradizionale, che svuota il reale contenuto di modernità della concezione psicoanalitica del Sé. Questa è la tesi della stessa Charuty, secondo la quale le pratiche carismatiche sono ben lontane dall'aderire ai valori della modernità, rappresentando al contrario

> «dispositivi di distacco che mirano a sottrarre i fedeli a certi modi di autoanalisi, modellati da quei saperi il cui linguaggio viene adottato solo per meglio svuotarlo di senso. Se, al contrario del cattolicesimo integralista, l'efficacia dei riti non viene più affidata al rispetto immutabile della loro forma, ma alla volontaria riattivazione del loro significato, sono però gli identici valori morali a guidare la conversione delle esistenze operata dalle liturgie della sventura» (p. 237).

In ultima analisi, per l'Autrice, il movimento pentecostale opera una consapevole e mistificante confusione di linguaggi volta a riattivare un pensiero tradizionale basato sulla centralità delle scritture sacre, intese come repertorio di racconti fondanti ogni possibile crisi e risoluzione individuale; sulle nozioni di colpa ed espiazione; sulla preoccupazione per il destino delle anime nell'aldilà, e dunque, per usare le parole di Charuty, per l'azione dei vivi sui morti (*ibidem*). I modi di questa inversione o stravolgimento del modello introspettivo psicoanalitico sono assai sottili. Ad esempio, le cure carismatiche iniziano con il disvelamento di un trauma infantile, inteso come origine di una "cattiva immagine di Dio" causata dalle relazioni conflittuali del paziente con la famiglia e soprattutto con il padre. È evidente come la concezione freudiana venga rovesciata. Dio non è la proiezione del padre, ma viceversa: il conflitto irrisolto col padre conta solo in quanto turba il più fondamentale rapporto con Dio (p. 216).

Ugualmente, il lavorio introspettivo volto al riconoscimento di sensi di colpa viene piegato nella direzione del concetto cattolico di peccato, inteso come presenza di comportamenti o anche soltanto desideri ed emozioni contrari alla morale cattolica. In questo caso, l'interpretazione psicoanalitica viene sfruttata, come nota acutamente Charuty, per ancorare più in profondità nel soggetto la nozione di peccato: «il decentramento operato dalla psicoanalisi nella decifrazione della sessualità fornisce oggi alla pastorale cristiana nuovi strumenti per rivalutare ed estendere l'ingiunzione della confessione, reiterata senza sosta nel corso della storia del cristianesimo occidentale come mezzo di riconquista delle anime, se non delle istituzioni sociali» (p. 223). Ancora, la ricostruzione di una narrazione biografica è intesa dai pentecostali come appiattimento dell'esperienza individuale del paziente su racconti esemplari contemplati dal "Grande Codice" delle scritture, il cui senso è già bell'e pronto e non dev'esser faticosamente costruito dal paziente. I "cattivi ricordi" non devono essere elaborati, ma, osserva Charuty, prodotti ed esibiti, «a partire dalla localizzazione di un evento originario che permette di unificare la diversità delle lagnanze, l'eterogeneità delle sofferenze disseminate lungo tutta un'esistenza» (p. 229).

Dunque, il movimento carismatico si appropria strumentalmente dei linguaggi della modernità per trasmettere un messaggio radicalmente antimoderno. L'interpretazione di Charuty è convincente, anche se per certi versi tautologica. Si tratta di intenderci sul significato dei termini. Se definiamo la modernità in termini di secolarizzazione, va da

sé che il cattolicesimo non potrà mai essere moderno. Se la definiamo, come sopra suggerito, come particolare rapporto tra l'ordine della natura e quello del significato, le cose si fanno più complesse. Non mi pare che i moderni movimenti carismatici si limitino a fornire una accattivante copertura modernista a un contenuto immutabile. C'è una grande differenza tra il modello antropologico assunto dai pentecostali e quello miracolistico descritto da Gallini (modello, quest'ultimo, che è oggi tutt'altro che scomparso, continuando a dominare vasti settori delle pratiche cattoliche; basti pensare al fenomeno delle apparizioni mariane o al culto di Padre Pio). Così come c'è una grande differenza con la pratica dell'esorcismo descritta da Adelina Talamonti (in un saggio molto bello, che meriterebbe di esser discusso a parte): qui abbiamo un rituale ingessato in una struttura formale e in una sintassi simbolica sostanzialmente arcaiche, che però viene gestito dall'esorcista in modo "normalizzante", fino a configurarlo (con l'iterazione delle sedute, l'introduzione di toni ironici e del dialogo libero con la paziente, etc.) come una sorta di psicoterapia nel senso moderno del termine – una procedura, se vogliamo, inversa rispetto a quella pentecostale, che, nell'interpretazione di Charuty, recupererebbe contenuti dogmatici e tradizionali all'interno di una forma esteriore completamente rinnovata.

Per inciso, la coesistenza nell'universo di riferimento cattolico di tutti questi diversi modelli terapeutici, e delle soggiacenti antropologie, è già di per sé un problema rilevante. Ma restiamo al tema della modernità vera o fittizia dei pentecostali. Le loro pratiche, possiamo chiederci, svuotano davvero di senso la concezione moderna del Sé psicosomatico, oppure si limitano a sfruttare le ambiguità che in essa già sono presenti? L'uso strumentale che i pentecostali fanno del senso di colpa, del complesso edipico etc. potrebbe spingerci a esaminare meglio la natura mitologica di questi stessi costrutti e dell'idea "moderna" di psiche. Ad esempio, non è forse vero che anche in versioni radicalmente laiche della psicoanalisi i ricordi d'infanzia vengono "prodotti ed esibiti" più che semplicemente disvelati ed elaborati? Non è vero che la psicoanalisi, seppur in forme meno semplificate e abbreviate, tende a costruire narrazioni biografiche appiattite su modelli tipici, in grado di conferire alla crisi individuale un orizzonte di rappresentabilità e di risoluzione sulla base – in definitiva – di un altro genere di Grande Codice? Indubbiamente, nel nostro secolo le moderne scienze del Sé hanno rappresentato la principale opposizione all'alleanza tra una cieca fede miracolistica e una biomedicina organicista altrettanto cieca; hanno rappresentato, come Gallini e Charuty mostrano efficacemente, il principale bastione della secolarizzazione antropologica dell'Occidente. Lo hanno fatto cercando di recuperare a una dimensione di razionalità i rapporti tra soma e psiche, per mezzo di una teoria scientifica dell'anima. Ma l'anima non ha mai potuto esser depurata fino in fondo dagli elementi di "significato". L'effetto delle scienze del Sé è stato dunque quello di produrre una serie di "quasi-oggetti" (per usare ancora il linguaggio di Latour), di ibridi in cui natura e senso si intrecciano inestricabilmente: ciò vuol dire che esse hanno riaperto spazi scientificamente legittimati all'irruzione del significato, e di conseguenza dell'interpretazione, nell'ordine stesso della corporeità. Paradossalmente, hanno così riaperto orizzonti "premoderni" che la modernità ottocentesca aveva ritenuto di chiudere definitivamente (e che nel secolo scorso si erano manifestati solo in saperi marginali e dall'incerto statuto come l'occultismo o il mesmerismo).

Questo riaffacciarsi del significato e del simbolismo all'interno di una teoria scientifica del Sé ha affascinato profondamente le avanguardie artistiche della prima metà del Novecento, e spiega in buona parte il successo culturale della psicoanalisi (nonché, per

molti versi, dell'antropologia). È vero che le scienze del sé rappresentano inizialmente un attacco formidabile all'antropologia cristiana, alle fondazioni religiose dell'etica. Ma nulla garantisce che gli spazi di significato che esse aprono non possano esser riletti in prospettive non secolari, ad esempio cristiane, oppure mitologiche e neo-pagane, e così via. Lo stesso cattolicesimo, almeno da T.S. Eliot in poi, ha tentato questo passo: accettare la sfida delle scienze del Sé e la loro critica agli aspetti più superficiali della fede religiosa, ma solo per radicare più in profondità la fede e la pratica religiosa stessa.

Non intendo affatto, naturalmente, accostare Eliot ai pentecostali francesi studiati da Charuty. Vorrei solo suggerire che questi ultimi, pur rovesciando con modalità rozzamente semplificatorie il linguaggio della psicoanalisi, si collocano comunque all'interno di spazi che sono aperti dalle scienze del Sé, e non semplicemente in una linea di ininterrotta continuità con la ritualità terapeutica cattolica. Spazi che potremmo azzardarci a chiamare – in un senso strettamente etimologico del termine – post- o tardo-moderni, dal momento che reintroducono elementi di "tradizione" (nessi natura-significato) che erano stati espunti dalla modernità per così dire classica, e che sembrano oggi riempiti da una molteplicità straordinaria di "offerte" medico-culturali. Sarebbe interessante chiedersi, in questa prospettiva, se le pratiche pentecostali non siano che una particolare declinazione cattolica del più generale fenomeno della "nuova spiritualità". Gli elementi chiave che Charuty individua in quelle pratiche, come il nesso malattia-colpa-confessione, il ricorso a modelli semplificati e stereotipati di costruzione della "cattiva memoria" etc. sembrano in effetti tratti comuni a tutta la nuova spiritualità, condivisi da gruppi carismatici anche non cattolici, da movimenti *new age*, da molte delle cosiddette terapie alternative.

È un peccato che il volume non presenti raffronti in questa direzione. È Lanternari, nell'introduzione (come in altre sue opere, peraltro), a cogliere il punto. A suo avviso, il caso pentecostale dev'esser letto non solo come esempio di un cattolicesimo sempre in grado di adattarsi ai tempi e di inglobare al proprio interno nuovi linguaggi, ma anche sullo sfondo della proliferante molteplicità di sistemi simbolico-terapeutici che caratterizza gli ultimi decenni. Egli individua come tratto comune a ritualità tradizionali, a pratiche carismatiche, a medicine alternative etc. l'auto-terapia, la tendenza cioè del paziente a farsi «protagonista autonomo del trattamento curativo» (p. 32). Altri tratti comuni, o almeno somiglianze di famiglia, potrebbero forse esser proposte: ad esempio, quella concezione morale della malattia che Charuty riconosce fra i pentecostali e che permea a fondo il pensiero *new age*. Lanternari, in questa sede, non spinge molto oltre il discorso: mi sembra però evidente che il compito principale che egli assegna all'antropologia medica - e questo è forse il senso del volume nel suo complesso - è la descrizione di quel complesso di fine ventesimo secolo, intricato e multiforme, che configura in modo storicamente nuovo i rapporti medicina-magia-religione-valori.

Indice. Vittorio LANTERNARI, *Introduzione. Dall'antropologia simbolica all'etnopsichiatria* / Parte prima. Problemi teorici: Maria Luisa CIMINELLI, *Presentazione dei contributi* / Gilles BIBEAU, *Come denominare le relazioni tra antropologia e psichiatria? Breve nota sull'ambiguità semantica dei termini proposti* / Roberto BENEDUCE, *Etnopsichiatria: modelli di ricerca ed esperienze cliniche* / Maria Luisa CIMINELLI, *La decostruzione del concetto di "culture-bound syndrome"* / Thomas J. CSORDAS - Arthur KLEINMAN, *Il processo terapeutico* / Gilles BIBEAU, *L'attivazione dei meccanismi endogeni di autoguarigione nei trattamenti rituali degli Angbandi* / Bernardo BERNARDI, *L'immigrato tra sistemi di cura della salute* / Parte seconda. Case studies: Maria Luisa CIMINELLI, *Presentazione dei contributi* / Clara GALLINI, *Lourdes e il discorso*

medico / Giordana CHARUTY, *Liturgie della sventura: le cure dei cristiani carismatici* / Adelina TALAMONTI, *La produzione rituale della possessione e del ruolo di posseduta nell'esorcismo cattolico* / Ellen CORIN, *Il rito Zebola: la possessione come linguaggio in un contesto di cambiamento sociale* / Mario POLIA, *Le "sindromi culturali" da perdita della* sombra *nel curanderismo andino del Perù settentrionale* / Pietro VULPIANI, *Pluralismo medico e ideologia della malattia: gli Aymara delle Ande boliviane* / Pino SCHIRRIPA, *Le associazioni di guaritori tradizionali e il gioco della legittimazione in Ghana* / Barbara FIORE, *Medicina dogon tra Islam e tradizione* / Giuseppe CARDAMONE - Salvatore INGLESE, *Migrazione e malattia mentale nella realtà italiana (1978-1996)* / Bibliografia.

Corpi, significati e pratiche sociali: percorsi storico-antropologici in Europa.

Alessandro Lupo

Giovanni PIZZA (curatore), *Figure della corporeità in Europa*, "Etnosistemi. Processi e dinamiche culturali", n. 5, CISU, Roma, 1998, pp. 2-135.

Nel generale ampliamento e rinnovamento dei classici oggetti di studio dell'antropologia avvenuto negli ultimi lustri, la dimensione corporea ha indubbiamente ricevuto un'attenzione di straordinario rilievo, che ha stimolato un cospicuo numero di studi e pubblicazioni, ove si è cercato di evidenziare ed analizzare la centralità del corpo nei processi cognitivi, nella sfera espressiva, nella definizione e nella costruzione delle identità, nel controllo politico degli individui. Ciò ha senz'altro permesso di ammodernare e ampliare prospettive d'indagine che per decenni avevano riservato ben scarso spazio a quello che è il primo e irrinunciabile supporto, strumento, veicolo e termine di paragone della conoscenza, dell'azione e dell'interazione umane. Nel far ciò, tuttavia, si è privilegiata talora la dimensione delle costanti universali, talaltra quella dell'esperienza individuale, non di rado relegando in secondo piano le specifiche modalità culturali attraverso cui le diverse società umane costruiscono sulla base di modelli loro peculiari la percezione, l'impiego, la rappresentazione e la significazione dei corpi dei propri membri.

Mettendo insieme gli otto saggi che compongono questo numero monografico di "Etnosistemi", il curatore Giovanni Pizza si è orientato proprio in quest'ultima direzione, con la finalità di illustrare come «l'esperienza corporea non è riducibile alla sfera esistenziale individuale, ma è presa nell'intreccio, storicamente profondo, fra dimensione culturale, sociale, biologica e psicologica» (p. 4); in linea con lo stile editoriale della rivista che li ospita, gli articoli offrono dettagliate etnografie di alcune delle espressioni assunte dalla corporeità nel passato e nel presente dell'Europa, ben mostrando, anche oltre le stesse intenzioni degli autori, i molteplici e radicati legami che le connettono attraverso il tempo e lo spazio, al di là delle ovvie ed evidenti differenze locali. Ed è proprio la qualità etnografica dei materiali esaminati a consentire la formulazione di proposte analitiche particolarmente stimolanti e convincenti, che confermano la fecondità dell'approccio adottato: penso ai temi, ricorrenti trasversalmente in più articoli, della differenziazione tra corporeità maschile e femminile (così ricca di sfumature e implicazioni sui piani del simbolismo, della narrativa, delle norme di condotta), del rapporto tra l'interiorità corporea e il mondo esterno (con le diverse maniere di concepire e rappresentare la disposizione e il funzionamento degli organi, nonché le minacce costituite da possibili intrusioni di sostanze e fluidi estranei), della proiezione sui corpi individuali dei modelli etici elaborati dalla società (che li sottopone a un rigoroso controllo e ne fa delle specie di icone esemplari), della percezione della complessità del sé (che produce un variopinto intreccio di concezioni, metafore e pratiche, ricostruito ed analizzato con pregevole efficacia).

Quanto alla scelta di circoscrivere per un verso il campo d'indagine alla sola Europa e dall'altro di estenderlo al passato rinascimentale e barocco (quando non più indietro ancora, come in alcuni spunti comparativi), essa è coerente con la finalità di smentire

l'idea di un modo razionale di vivere e pensare la dimensione corporea tipico dell'Occidente, contrapposto a modalità extraeuropee più propriamente irrazionali ed emotive: dai saggi qui raccolti emerge con chiarezza come l'interazione dei diversi piani sia di fatto una costante universale, non meno presente in Europa che altrove. E d'altronde è proprio in contesto europeo dove la profondità dello sguardo storico meglio consente di apprezzare la natura processuale e dinamica (nonché, per altri versi, le persistenze) delle figure e delle pratiche della corporeità: l'abbondanza e la vastità della documentazione cui gli autori possono attingere è evidentemente fuori da ogni possibilità di paragone con quella disponibile per i tradizionali terreni dell'etnologia "esotica". Cionondimeno, ciò che a mio avviso rappresenta il principale elemento di forza dei saggi più riusciti della raccolta (penso in particolare a quelli di Godeau, Faeta e Pizza) è la sensibilità con cui viene condotto l'esame del ricco materiale etnografico, che evidenzia i nodi problematici dei fenomeni studiati, consentendo di riconsiderare criticamente le chiavi analitiche già applicate ad essi in passato, eventualmente proponendone di nuove e rivelatrici.

Nel limitato spazio di cui dispongo non mi sarà possibile render conto esaustivamente di tutti e otto gli articoli; mi soffermerò soltanto su quelli che hanno maggiore attinenza con le tematiche dell'antropologia medica, dedicando alcune considerazioni agli argomenti che, attraversando in maniera trasversale più contributi, mi paiono più meritevoli di riflessione.

In apertura del volume, Emmanuelle Godeau illustra come l'esperienza del proprio corpo (soprattutto se malato) incida fortemente nelle scelte, nella formazione, nella costruzione dell'identità e dei rapporti professionali dei giovani medici francesi. Applicando lo sguardo antropologico al proprio corpus di interviste, l'Autrice ha modo di rilevare come il vissuto corporeo individuale degli aspiranti medici finisca inevitabilmente per plasmarsi sui modelli culturali predisposti dalla società, in base ai quali nel binomio medico-malattia una compiuta costruzione del primo non può aver luogo che alla condizione di aver superato la seconda e/o di esserne immuni. L'esperienza in prima persona della malattia, e comunque l'esplorazione del proprio corpo alla ricerca di quegli indicatori che si impara ad associare alle categorie nosologiche, si configura – assieme ad altri passi obbligati dell'iter formativo (quali le esercitazioni in sala settoria) – come l'equivalente moderno delle prove iniziatiche attraverso cui le società tradizionali sanciscono i passaggi di status dei propri membri e la loro connessa (e immaginata) trasformazione ontologica. Nelle frasi riportate da Godeau traspare chiaramente come gli apprendisti medici (al pari dei loro pazienti) si riconoscano nel modello pressoché universale in base al quale il terapeuta, per poter curare efficacemente gli altri, deve aver prima eliminato il male dentro di sé. Si tratta però di una "immunizzazione" che, come l'Autrice opportunamente rileva, si realizza sul piano simbolico assai più che non su quello empirico; non stupisce, dunque, se tante ricostruzioni *a posteriori* dei percorsi che hanno condotto determinate persone a divenire medico ricalcano lo stereotipo della carriera dei guaritori tradizionali: ciò che è in gioco non è in questo caso l'effettiva padronanza dei saperi e delle tecniche su cui la biomedicina basa i suoi successi, ma piuttosto il riconoscimento sociale di uno status; un fenomeno che, appartenendo all'ordine culturale, ben difficilmente potrebbe esprimersi prescindendo dai simboli. Inoltre, l'attraversare in qualche fase della propria vita la condizione "paradossale" di paziente offre ai medici l'occasione per ripensare criticamente – con uno sguardo che mostra non poche convergenze con quello transculturale degli antropologi – gli stessi presupposti dell'approccio biomedico: è proprio in seguito all'esperienza

della malattia che una dottoressa giunge ad affermare che «la cura è una cosa, ma è una piccola parte e il medico, il suo ruolo è abbastanza limitato, ovvero il suo ruolo essenziale è di mobilitare la persona perché possa adattarsi e trovare la propria strategia [rispetto alla malattia]» (p. 17).

I saggi seguenti prendono in esame due diverse modalità di rappresentazione del corpo nel passato europeo: Andrea Carlino avendo scelto per oggetto le prime riproduzioni a stampa dell'anatomia umana che ebbero vasta diffusione nell'Europa del XVI secolo, Marino Niola soffermandosi sulle valenze che la dimensione corporea assume nel grande tema narrativo di don Giovanni a partire dall'epoca barocca. Nell'esaminare aspetti distinti ma complementari dei saperi e delle concezioni intorno al corpo all'inizio dell'era moderna, gli articoli illustrano la circolazione – ben oltre la fascia colta della società – delle conoscenze sempre più dettagliate che si andavano acquisendo circa la composizione e il funzionamento dell'organismo umano, così come del parallelo cospicuo rilievo che la simbologia corporale assunse nella raffigurazione – non solo iconografica – dei modelli etici della società. Partendo dalla nozione di "bracconaggio" quale libera appropriazione e riadattamento creativo di saperi e tecniche da parte di consumatori "popolari", formulata da Michel De Certeau ne *L'invention du quotidien* (Paris, 1980), Carlino mostra i molteplici impieghi, destinazioni e letture che ebbero, nelle fasce appena alfabetizzate della popolazione europea del '500, le silografie con figure umane a fogli sovrapposti, sollevando i quali si svelavano la disposizione, la forma e la funzione degli organi interni. Queste stampe vennero riprodotte e commercializzate con grande successo, diffondendo presso un pubblico vastissimo un'immagine stereotipata ed omogenea del corpo umano e delle sue parti, che gli stessi stampatori definivano "contraffatta", nel duplice senso di "copiata da un'altra immagine" e di "riproducente il vero". Ma accanto alle semplici nozioni riguardanti l'anatomia e le tecniche chirurgiche, i fogli volanti proponevano anche una interpretazione teologica del corpo, quale specchio della potenza di Dio e della perfezione dell'opera sua. Un prodotto, insomma, la cui intrinseca ambiguità rispecchia in maniera esemplare il dinamismo e la complessità dell'ambiente culturale e sociale nel quale ebbe circolazione, in un intreccio di saperi colti e popolari, scritture e immagini, conoscenze tecniche e interpretazioni edificanti, che già lascia presagire la vorticosa ricchezza del mondo barocco.

È appunto questo il mondo cui si riferisce l'analisi condotta da Niola sul mito di don Giovanni, affiancando all'esame delle sue numerose versioni la ricostruzione dei codici simbolici che all'epoca facevano del corpo (vivo, sofferente e morto) un portentoso «trasduttore di ordini significanti» (p. 37), fonte inesauribile di spunti metaforici per mezzo dei quali rappresentare realtà di carattere psicologico, sociale, morale, teologico, ecc. Le diverse immagini corporee che si alternano e contrappongono nell'agone narrativo (lo sfrenato libertino, le vittime dei suoi appetiti e della sua violenza, la statua semovente del commendatore) offrono quella che viene definita «una vertiginosa *mise en abîme* della 'presenza'» (p. 39, 54) e sono inserite nel multiforme repertorio dell'anatomia fantastica elaborata dal cristianesimo controriformato. Adottando una prospettiva che per certi versi richiama quella proposta nel saggio di Pizza di cui dirò in seguito, Niola presenta una lettura trasversale alle tradizioni locali in cui il mito si incardina, cercando di evidenziare la grammatica soggiacente che lo informa e che ne garantisce la straordinaria vitalità nello spazio e nel tempo.

Ad una diversa e attuale teatralità corporea è dedicato il denso saggio di Francesco Faeta, che affronta la complessa analisi dei riti che scandiscono la settimana santa a

Nocera Terinese, in provincia di Catanzaro, e in particolare la flagellazione cruenta dei *vattienti* ('battenti'), che il sabato santo percorrono e segnano con il proprio sangue lo spazio comunitario, offrendo una mimesi del sacrificio di Cristo carica di implicazioni sul piano dei rapporti sociali, delle politiche e dei valori. Nell'impossibilità di richiamare in queste poche righe la ricchezza dei dettagli etnografici illustrati nel testo, la loro attenta contestualizzazione storica e i molti risvolti dell'analisi, mi limiterò a segnalare alcuni dei punti che mi sembrano collocarsi al centro dell'esame proposto da Faeta. Innanzitutto, la constatazione che il corpo e la sua sofferenza – quella paradigmatica del Cristo e della Vergine, quella dei portatori del gruppo statuario della Pietà, quella paventata e scongiurata dalle anziane donne che si identificano con l'Addolorata, ma soprattutto quella degli uomini che per adempiere un voto si lacerano le carni e irrorano col proprio sangue le strade, gli usci e financo le persone – sono il fulcro simbolico dell'intera celebrazione pasquale, vera e propria «iperfesta [...], cui è elettivamente devoluto il compito di identificare uno spazio comunitario, tessere al suo interno relazioni fitte e stabili tra soggetti sociali, vita quotidiana e lotta politica» (p. 64). In secondo luogo il fatto che la mortificazione consapevolmente autoinflitta è sempre attentamente contenuta entro argini che escludono il danno fisico eccessivo e il cedimento al "furore"; in tal senso la manipolazione controllata del corpo dolente si iscrive nella concezione locale della persona e dell'onore, quest'ultimo irrinunciabile componente della costruzione del prestigio sociale che tanto peso ha nella dialettica politica. Strettamente collegata al concetto di onore è poi la diversa maniera di concepire la corporeità maschile e quella femminile, che spiega il ruolo di primo piano svolto nell'intero rituale dagli uomini, di contro all'apparente marginalità delle donne. Mentre infatti queste ultime sono predestinate a sopportare periodicamente dolori (ed emorragie) naturali, quali quelli legati al mestruo e al parto, e sono esentate dalla flagellazione cerimoniale, la sofferenza maschile si inserisce in una causalità culturalmente perseguita e socialmente agita, legandosi al versamento rituale di un sangue che fisiologicamente si accumula e, specie in primavera, "ribolle", quasi richiedendo che si intervenga a ridurne la pressione (p. 69). Eppure la sovraesposizione del corpo virile nell'episodio rituale del sabato santo è accompagnata dal costante richiamo della figura della donna, il cui onore è garantito dalle restrizioni imposte all'ostentazione del suo corpo e soggetto alla tutela esercitata su di esso dai maschi; Faeta rileva infatti che, per svolgere le proprie prestazioni rituali, i *vattienti* e i giovani *ecce-homo* che li accompagnano indossano capi di abbigliamento tipicamente femminili, come il velo nero e la gonna di panno rosso: «il travestimento virile [...] sembra voler parlare alle donne, e delle donne, nel momento in cui socialmente si nega loro la parola e le si mette ai margini del discorso rituale» (p. 71). Alle radici dei codici espressivi che ispirano l'azione dei flagellanti, vi è dunque una peculiare concezione della persona, che solo può realizzarsi pienamente attraverso un uso del corpo che rispetti le norme della comunità, consenta di incarnarne i simboli e che tuteli l'onore degli individui e ne affermi l'appartenenza e l'identità.

Per certi versi speculare all'etnografia esaminata da Faeta è quella trattata da Giovanni Pizza nell'articolo sulle metafore corporee femminili in Irpinia. Anche in questo caso ci troviamo di fronte a un minuzioso lavoro di scavo interpretativo e di contestualizzazione storica, solo che anziché con l'uso rituale del corpo maschile, abbiamo stavolta a che fare con concezioni e narrazioni relative alla costituzione e al funzionamento del corpo della donna. L'interesse e l'originalità dell'analisi svolta da Pizza sul proprio corposo materiale etnografico derivano dalla scelta (ispirata agli

scritti di Laurence Kirmayer) di esplorare attentamente i codici simbolici locali, ricercando attraverso di essi le più profonde ed estese radici culturali che stanno alla base dei saperi sul corpo, potendo così ricostruire i possibili nessi esistenti tra le narrazioni incentrate sull'esperienza individuale e i grandi modelli (mitici) che esse finiscono spesso per ricalcare; in tal modo vengono efficacemente scongiurati i rischi (cui si espone certa antropologia di ispirazione fenomenologica) di perdere di vista la natura socialmente condivisa e la profondità storica degli strumenti culturali per mezzo dei quali ogni individuo percepisce e rappresenta le proprie esperienze corporee (i «saperi *del* corpo», distinti dai «saperi [specialistici] *sul* corpo»). Nelle diverse parti in cui si articola il saggio di Pizza, vengono esaminate alcune metafore che ricorrono nei discorsi intorno alla corporeità femminile (in particolare quella dell'utero-ragno, che inevitabilmente richiama il morso al pube della tarantola), le peculiarità delle concezioni popolari intorno all'anatomia e alla fisiologia della donna e dell'uomo, la capacità d'attrazione che certi simboli e temi narrativi esercitano sulle forme espressive assunte dal vissuto individuale, la persistente vitalità delle metafore incarnate nell'esercizio delle proprie tecniche del corpo da parte delle donne irpine. Il percorso analitico si snoda a partire da una serie di enunciati registrati sul campo che rappresentano la struttura fisica degli individui come un intreccio composito di organi, fluidi, pulsioni ed esseri; la diversa natura e combinazione di queste componenti determina le differenze riscontrabili tra gli esponenti dei due sessi, secondo una idea della corporeità maschile e femminile che ben si accorda, integrandola, con quella ricavabile dal precedente saggio di Faeta. Nella concezione delle 17 donne intervistate (13 delle quali sopra i 60 anni), il corpo femminile differisce da quello maschile essenzialmente per il fatto di essere "aperto", nel senso che, oltre a rilasciare periodicamente parte dei propri fluidi (e a partorire i figli), è costantemente esposto alla possibile penetrazione (prevalentemente attraverso l'orifizio genitale) di sostanze e influssi capaci di alterarne gli equilibri e le funzioni. Contrariamente al corpo maschile, "chiuso" e volto semmai alla proiezione verso l'esterno (il modello ispiratore è sempre quello dell'atto sessuale, ma si pensi anche al vicino esempio calabrese della flagellazione cruenta testè esaminato), quello femminile è soggetto a intrusioni ed assalti (come quando una fattura inocula magicamente «roba sporca» patogena o «lega» gli organi, bloccandone l'azione) e a sommovimenti interni, specialmente da parte dell'utero, che non solo viene avvertito spostarsi e premere su altri organi, ma si dice possa addirittura uscire dal corpo: è a questa eventualità che si riferiscono i racconti in cui l'utero è raffigurato sotto le spoglie di un "ragno", spinto all'esterno dall'attrazione di sostanze (come la *nèpeta* e la *lucente*, erbe dall'odore "mascolino") ritenute in grado di appagare le sue voglie ferine. Va infatti aggiunto (o premesso) che nell'immaginario irpino la veemenza degli istinti e degli appetiti (sessuali, ma non solo) è espressa mediante la presenza entro il corpo di un altro essere, talora definito un «animale feroce», capace di sovrapporre la propria autonoma volontà a quella del suo ospite umano; e tuttavia si tratta di una "ferocia domestica", ovvero contenibile entro i limiti che rendono possibile un'interazione non violenta e omicida tra i sessi: una volta di più ci troviamo dinanzi alla esplicitazione della necessità che le azioni e le passioni che le determinano non eccedano la misura. La precisa concatenazione argomentativa dei passi dell'itinerario tracciato da Pizza ne rende impossibile una riproposizione sommaria; mi limiterò ad accennare al fatto che in esso si collegano dapprima i motivi mitici che ispirano le narrazioni sull'utero-ragno alle svariate e multiformi afflizioni che colpiscono i corpi femminili (e, con significative e

fantasiose analogie, quelli maschili, in cui lo stomaco svolge funzioni analoghe all'utero), e poi questi mali alla sterilità, alla stregoneria e alla possessione (nonché alla licantropia maschile), per giungere infine alle rappresentazioni che nel passato europeo venivano date delle streghe quali donne dal cui corpo fuoriuscivano animali (ragni, rospi). Questo ampio excursus attraverso alcuni grandi temi della mitologia corporea, che ha tra l'altro il merito di riconsiderare criticamente e superare la stessa interpretazione demartiniana del tarantismo pugliese, trova come punto d'arrivo la figura della levatrice, manipolatrice privilegiata e ambigua del corpo femminile, coadiutrice dei parti e potenziale "succhiatrice" magica dei neonati, capace nei racconti di trasformarsi a sua volta in ragno per tessere le sue insidie; una figura, in altre parole, che racchiude in sé ed incarna molte delle metafore, delle aspettative e delle paure che gravitano attorno alla delicatissima e fondamentale funzione riproduttiva del corpo femminile.

L'ultimo saggio del volume di diretta pertinenza antropologico-medica è quello di Adelina Talamonti sul rituale esorcistico cattolico. L'accurato esame delle procedure seguite da un sacerdote romano, don Gabriele Amorth, illustra come la diagnosi e la cura della possessione demoniaca avvengano per mezzo di una stretta interazione con il corpo delle vittime (anche in questo caso in grande maggioranza donne), che mira all'esteriorizzazione della presenza malefica e contribuisce a insegnare loro un linguaggio corporeo coerente con i codici simbolici elaborati dalla tradizione cristiana. Analogamente a quanto avviene per i *vattienti* di Nocera Terinese, anche qui la figura del Cristo ha valore paradigmatico, offrendo il modello che dà forma e significato agli atti rituali mediante i quali la Chiesa si riappropria del "corpo diabolico": la manipolazione su cui l'esorcismo s'impernia avviene mediante gesti (soffi, segni di croce, imposizione della mano, ma anche carezze e percosse) e contatti con oggetti (il crocefisso, la stola) e sostanze (olio, sale, acqua benedetta) cui le possedute reagiscono in maniera spesso anche violenta, contribuendo attivamente alla rappresentazione del dramma rituale. È attraverso il controllo dei corpi in cui riesce a introdursi, infatti, che secondo la teologia cattolica il demonio cerca di influenzare l'anima, insinuandosi nel delicato punto di congiunzione tra le due componenti della *persona*; concentrandosi a sua volta sul corpo, dunque, l'azione esorcistica «opera sull'anima e si propone di ricostituire l'unità della persona cristiana minacciata dall'agente separatore malefico» (p. 107). Ogni performance risulta così essere l'incontro tra modelli di interpretazione ed azione storicamente codificati e idiosincratiche esperienze di sofferenza individuale, realizzato attraverso l'esercizio da parte dell'esorcista dei saperi e delle tecniche che egli ha personalmente elaborato nel corso della propria carriera e la cui applicazione al corpo delle pazienti fornisce loro una cornice di significato entro cui esternare (e a volte superare) il proprio malessere.

Gli ultimi due saggi del volume hanno entrambi per oggetto la dimensione corporea nell'area balcanica. Il primo, di Jane Cowan, tratta le pratiche del corpo messe in atto dai giovani nei comportamenti ritualizzati che accompagnano la partenza per il servizio militare nella Grecia nordorientale; proponendo una puntugliosa verifica attraverso l'etnografia dell'applicabilità di categorie analitiche e prospettive proposte dalla teoria socio-antropologica (e in particolare dal Bourdieu dell'*Esquisse d'une théorie de la pratique*, Droz, Genève, 1972), l'Autrice condivide l'interesse che molti dei coautori del volume hanno dimostrato per il modellamento sociale e culturale delle esperienze affettive individuali e mira a dimostrare fra l'altro come l'evento che trasforma i giovani "paesani" in adulti "cittadini" dello stato nazionale venga affrontato da questi

riaffermando la propria appartenenza alla comunità locale per mezzo di un linguaggio corporeo improntato ai repertori simbolici tradizionali. E benché ciò avvenga secondo modalità che sembrano togliere enfasi alle azioni eseguite – al contrario di occasioni dal più marcato carattere celebrativo, come le nozze e il carnevale –, esse non mancano di esplicitare i valori sociali convenzionalmente legati alla mascolinità. Infine, nell'ultimo articolo Sarah Green esamina come la variabile permeabilità del confine fra Grecia e Albania, che dopo anni di totale chiusura ha recentemente permesso un'accresciuta penetrazione di immigrati illegali in Epiro, si ripercuota direttamente sulla percezione e la rappresentazione che gli abitanti hanno delle identità locali, che vengono espresse in termini corporei, contrapponendo modelli opposti di «autocontrollo del proprio comportamento fisico» (p. 128), quando non attraverso una radicale "ferinizzazione" degli Albanesi, la cui presenza in territorio epirota è talora avvertita alla stregua dell'intrusione patogena di organismi estranei in un corpo sano.

Prima di concludere, vorrei osservare che, pur attraverso una varietà apparentemente eterogenea di approcci e di oggetti d'indagine, gli otto contributi del volume non mancano di dare al lettore una sensazione di unitarietà, in quanto fanno tutti emergere con chiarezza la produttività di un'etnografia che sappia evidenziare quanto gli specifici codici culturali socialmente condivisi pesino nella costruzione che gli individui fanno, attraverso le proprie personali esperienze, delle immagini e delle pratiche legate alla corporeità. Immagino che il merito di questa coerenza di fondo sia da attribuire al curatore, per essersi rivolto a studiosi dotati di una sensibilità comune e per aver fornito loro una convincente cornice teorico-metodologica entro cui inscrivere l'esposizione e l'analisi dei propri materiali etnografici.

È così stato possibile che trasversalmente ai saggi venissero esplorati da più versanti il tema della definizione corporea delle identità (individuali, di genere, professionali, politiche, "etniche") e dei ruoli ad esse connessi, quello dell'uso ricorrente del corpo e delle sue metafore per incarnare e rappresentare valori (facendone una sorta di teatro sul quale inscenare i contrasti fra le qualità morali degli uomini), e quello dei fondamenti concettuali in base ai quali vengono diversamente immaginati la persona, i suoi rapporti con il mondo circostante (sociale, naturale e sovrannaturale) e il controllo che è in grado di esercitare sui propri appetiti, emozioni e comportamenti. Ma la produttività del percorso seguito mi sembra sia confermata anche dalle convergenze più casuali tra i saggi, che confermano l'importanza e la pervasività delle radici che soggiacciono ai diversi modelli culturali attraverso cui gli esseri umani vivono, plasmano e utilizzano il proprio corpo. Penso ai richiami che emergono a più riprese rispetto alla costruzione delle differenze di genere tra corpi maschili e corpi femminili ("chiusi" e "aperti", più o meno "caldi" e internamente "mobili", variamente "penetrabili" da essenze e corpi esterni, nonché diversamente dominabili nelle pulsioni che li animano); oppure all'ampia ricorrenza di certi motivi simbolici, comprensibili nella loro piena ricchezza espressiva solo se adeguatamente collocati nel proprio contesto di significazione locale. Viene così da interrogarsi sullo spessore delle sedimentazioni di senso che nel tempo si sono accumulate su metafore vegetali come quelle attinenti alla *nèpeta*, erba le cui proprietà ne inducono il consumo rituale da parte delle anziane donne che accompagnano la processione del sabato santo a Nocera (Faeta, pp. 60-61) e che al contempo ne fanno una sorta di surrogato della mascolinità bramata nei racconti intorno all'uscita extracorporea dell'utero-ragno (Pizza, p. 78). Ma questa non è che una delle molte sollecitazioni ricavabili dalla

lettura parallela degli otto articoli, che offrono l'esempio non frequente di un'opera collettanea al tempo stesso originale, innovativa e coerente.

Indice. Giovanni PIZZA, *Introduzione* / Emmanuelle GODEAU, *Il paradosso del medico malato* / Andrea CARLINO, *Il bracconaggio dell'anatomia nell'Europa del XVI secolo: i fogli volanti anatomici come «imagines contrafactae»* / Marino NIOLA, *Anatomie della dissolutezza. Don Giovanni ovvero dei due corpi del mito* / Francesco FAETA, *Il sangue, la rosa e il cardo. Note sul corpo in un contesto rituale* / Giovanni PIZZA, *«Così siamo composte noi...». Figure della corporeità femminile in un'area appenninica della Campania* / Adelina TALAMONTI, *La costruzione del "corpo diabolico"* / Jane COWAN, *Piccoli soldati per e contro lo Stato. Incorporazione e riposizionamento in un rito di passaggio maschile nella Grecia settentrionale* / Sarah GREEN, *A proposito della dimensione corporea del conflitto sul confine greco-albanese*.

Sistemi di comunicazione con l'aldilà: una lettura della stregoneria nell'Europa centro-sud-orientale

Giovanni Pizza

Éva PÓCS, *Between the Living and the Dead. A perspective on witches and seers in the early Modern Age*, tradotto dall'ungherese da Silvia RÉDEY e Michael WEBB, CEU Press, Central European University Press, Budapest, 1999, 187 pp. [ediz. orig. *Élök és holtak, látók és boszorkányok*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1997].

Il quadro attuale degli studi storici e antropologici sulla stregoneria in Europa appare decisamente ricco, sia dal punto di vista quantitativo, per l'ampiezza della bibliografia, sia dal punto di vista qualitativo, per il livello alto del dibattito internazionale. Anche se un certo scarto nel confronto fra antropologi e storici della stregoneria continua a ostacolare un dialogo interdisciplinare che sia reciprocamente aggiornato, le distanze appaiono oggi più ravvicinate. I dibattiti degli anni Novanta in seguito all'uscita nel 1989 della *Storia notturna* di Carlo Ginzburg (GINZBURG C. 1989), la collaborazione fra storici e antropologi quali, a esempio, Gustav Hennigsen e Elsa Guggino (HENNIGSEN G. 1990), la pubblicazione di opere di studiosi ungheresi o danesi in lingua inglese – e quindi più accessibili al dibattito internazionale –, hanno di fatto contribuito a riavvicinare antropologi e storici della stregoneria e hanno posto le basi per andare oltre quella prima epoca di confronto che appariva ferma al 1937, ovvero all'opera di Edward Evan Evans Pritchard sulla stregoneria zande: un terreno antropologico che aveva influenzato, negli anni Settanta, le storiografie più attente al significato culturale e al funzionamento sociale della stregoneria europea (EVANS PRITCHARD E. E. 1937, DOUGLAS M. cur. 1980 [1970], MACFARLANE A. 1970, THOMAS K. 1971).

Uno dei temi di dibattito che con maggiore continuità ha segnato l'andamento del confronto fra antropologia e storia della stregoneria è stato senza dubbio quello relativo al sottofondo sciamanico della stregoneria storica europea, un argomento già affrontato da diverse generazioni di studiosi quali Mircea Eliade (ELIADE M. 1975), Géza Róheim (RÓHEIM G. 1961), Vilmos Diószegi (DIÓSZEGI V. 1958), Carlo Ginzburg (GINZBURG C. 1966, 1989), Mihály Hoppál (HOPPÁL M. 1984), Gabor Klanikzay (KLANIKZAY G. 1984), e che ha coinvolto, in particolare negli ultimi dieci anni, per le sue connotazioni teoricamente dense, autori diversi che hanno riflettuto sul rapporto fra sciamanismo, possessione e stregoneria in Europa, sia dal punto di vista concettuale sia dal punto di vista documentario (cfr. PIZZA G. 1996). Come è noto la questione di uno sciamanismo europeo arcaico da considerarsi come terreno generativo delle grandi configurazioni simboliche relative alla stregoneria – il volo notturno, la metamorfosi, la *transe* - posta da Ginzburg già nel 1966, ma ulteriormente sviluppatasi fino a oggi, nasceva dallo studio di fenomeni culturali situati al confine fra Europa occidentale ed Europa centrale e orientale: i *benandanti* friulani venivano studiati da Ginzburg come figure appartenenti alla stessa "famiglia" degli antichi sciamani slavi, in particolare i *táltos* ungheresi. È dunque su piste centro-sud-orientali che il tema delle basi sciamaniche della stregoneria si è andato affermando, e non a caso anche nella *Storia notturna* le fonti slave apparivano fondamentali per tale opera di comparazione morfologica e strutturale, anche se i materiali ungheresi erano noti a Ginzburg solo indirettamente, stante l'inaccessibilità della lingua.

Ma cosa accade quando, superate le barriere linguistiche, possiamo leggere studi di antropologi ungheresi svolti direttamente sui dati etnografici, folclorici e archivistici balcanici, rilevati e documentati nel corso di ricerche decennali e quindi sottoposti ad analisi sistematica? A questa domanda possiamo oggi rispondere poiché disponiamo di un lavoro di grande interesse, pubblicato in lingua inglese due anni dopo la sua edizione originale in ungherese. Si tratta del libro di Éva Pócs, *Between the Living and the Dead. A perspective on witches and seers in the early Modern Age*, un volume che per la prima volta presenta in maniera sistematica i risultati di più di venti anni di ricerche sulla stregoneria nell'Europa centro-sud-orientale.

La ricerca di questa studiosa nasce fin dall'inizio in un contesto interdisciplinare. Nei primi anni Ottanta, infatti, sotto la guida di Éva Pócs si costituì un ampio gruppo di studio composto da antropologi, folcloristi, etnografi e storici, presso il centro di ricerca etnografica dell'Accademia ungherese delle scienze a Budapest, e fu avviato un lavoro sistematico di classificazione e informatizzazione che ha oggi prodotto numerose pubblicazioni, tesi di dottorato di giovani studiosi e una enorme banca dati di materiali provenienti da pluriennali inchieste di terreno e di archivio sulla stregoneria in Ungheria e nell'Europa centro-sud-orientale. Antropologa e storica della cultura popolare europea, esperta fra le più autorevoli nei campi della stregoneria e della possessione in Europa centro-orientale, Éva Pócs è ben nota agli specialisti di antropologia e storia della stregoneria per i suoi lavori sulle relazioni fra la stregoneria e la mitologia riguardante le fate in ambito balcanico, condotti sempre sulla comparazione tra fonti folcloriche e l'immensa mole dei verbali testimoniali dei processi: il suo saggio sulle fate in area balcanica, accanto ai lavori dello storico ungherese Gabor Klaniczay sugli elementi sciamanici nella stregoneria centroeuropea, fu un riferimento fondamentale per Ginzburg che lo definì «uno studio ampio e penetrante» nella sua *Storia notturna* (p. 120, nota 19). Studiosa colta e raffinata, Pócs fonda il suo lavoro su una grande capacità di analisi sistematica di quadri documentari molto estesi e su interpretazioni che muovono da una rigorosa metodologia comparativa teoricamente informata. D'altra parte i lavori di Pócs si confrontano con le più recenti tendenze antropologiche, essendo costantemente aggiornati al dibattito internazionale corrente, di cui la studiosa stessa è un'attiva promotrice come organizzatrice di convegni periodici sui temi della stregoneria, dello sciamanismo e della possessione in Europa, in cui antropologi e storici provenienti da tutto il mondo si confrontano da diverse prospettive: quelle dell'antropologia storica e religiosa, dell'antropologia medica e dell'etnopsichiatria, dell'etnografia e della ricerca d'archivio, della storia delle religioni e della storia sociale. Molti di questi convegni hanno dato luogo a interessanti pubblicazioni in ungherese (si veda la scheda di Marinella Lörinczi in questo stesso fascicolo di "AM").

In questo volume, che fa tesoro di una così lunga e ampia esperienza di studio, di ricerca e di confronto teorico, Éva Pócs propone una nuova lettura della stregoneria osservata come un complesso sistema di mediazione e di mediatori fra il mondo dei vivi e il mondo dei morti in una prospettiva che entra nel dibattito internazionale sui rapporti fra stregoneria, sciamanismo e possessione, in critica rispetto alla idea di uno sciamanismo europeo inteso come sfondo arcaico della stregoneria storica europea. L'idea centrale del volume è che la strega europea rientri nel quadro di quelle figure di mediazione fra mondo dei vivi e mondo dei morti e che il suo statuto appaia "duale", cioè integrato con quello dei suoi storici avversari: maghi, veggenti e altre figure antistregoniche. Il libro si incentra sullo studio delle tecniche di mediazione e di comunicazione fra il mondo terreno e il mondo soprannaturale, nonché dei sistemi di cre-

denze a esse correlati attivi nei villaggi e nelle piccole città nell'Ungheria dal sedicesimo al ventesimo secolo. Allo studio delle tecniche di mediazione si affianca non solo la tipologia analitica delle figure di mediatori, cioè di quei soggetti specializzati professionalmente nella comunicazione con l'invisibile e il soprannaturale nella vita quotidiana dei villaggi ungheresi e esteuropei, ma anche lo studio di quelle pratiche di mediazione accessibili a tutti, quali la visione o il sogno. Su un piano metodologico, fin dall'inizio Pócs sgombra il campo da separazioni meccaniche fra élite e classi popolari, sottolineando la praticabilità ordinaria e trasversale di tali tecniche mediatorie.

Il lavoro di Pócs ha due obiettivi principali: il primo è quello di esaminare la genesi e lo sviluppo di tali sistemi di comunicazione nell'Ungheria della prima età moderna, osservando il loro funzionamento nella vita quotidiana di villaggio, in un confronto comparativo con i sistemi europei occidentali coevi; il secondo è quello di osservare le concettualizzazioni, soggettive e oggettive, delle figure della stregoneria, ovvero le posizioni e la dialettica dei protagonisti del sistema stregonico, in modo da illuminare i cambiamenti paradigmatici che il sistema stregonico subisce nel tempo al variare delle relazioni tra i protagonisti, quali veggenti, maghi e streghe.

Compulsando migliaia di pagine riguardanti i processi di stregoneria del sedicesimo e del diciassettesimo secolo, nonché i documenti pubblicati relativi a duemila processi e centinaia di ulteriori documentazioni prodotte dai ricercatori del gruppo di lavoro, l'analisi della stregoneria nell'Europa centro-sud-orientale muove proprio da una precisa tipologia delle figure stregoniche e degli specialisti che funzionavano nel sistema come antistregoni, in base alle fonti testimoniali. Si tratta di figure che operavano in un campo di pensiero e di pratiche che rispondeva a esigenze individuali e collettive, fisiche e spirituali che non venivano soddisfatte né dalla chiesa, né dai sistemi medici ufficiali, spesso inesistenti.Vengono così esaminati tutti i ruoli: streghe, maghi, veggenti, indovini, terapeuti e *táltos* (una particolare figura di antistregone che molti ricercatori considerano l'erede in età moderna dell'antico sciamano ungherese). L'attenzione allo status e al ruolo dei protagonisti della stregoneria, sia che fossero considerati esseri reali, sia che fossero rappresentati come entità soprannaturali, si rivela una strategia efficace per delineare la struttura del sistema stregonico, poiché consente di cogliere non solo le differenze fra essi, ma anche le somiglianze e gli scambi reciproci di ruolo, che definiscono spesso una vera e propria ambivalenza intrinseca a ogni singola figura.

Seguendo questo taglio il volume si struttura in sette capitoli. Il primo capitolo è dedicato alla definizione della metodologia di lavoro sistematico. Vengono chiariti i limiti delle fonti ma anche il loro straordinario potenziale: se è vero che lo studio delle fonti testimoniali esclude la possibilità di cogliere le relazioni dei sistemi di mediazione osservati, esterne al campo della stregoneria, dall'altro lato consente tuttavia una osservazione intensa delle loro funzioni interne alla stregoneria. Nel secondo capitolo sono descritte le condizioni generali della comunicazione con il mondo soprannaturale, e quindi le relazioni fra vivi e morti attraverso operatori di mediazioni quali soprattutto la figura femminile della *mora*, strega femminile, notturna e succhiasangue, e quella maschile del lupo mannaro, che aggredisce in gruppo e sottoforma di animale. Il capitolo terzo è dedicato alle diverse figure di strega e fornisce un'ampia casistica delle attività della strega sottoforma di "doppio", cioè quando, grazie alle sue capacità, riesce a lasciare il proprio corpo, per poi rientravi dopo un lungo viaggio. È in questa natura duale della persona stregonica che risiede l'ambivalenza della strega nelle sue diverse forme: la mora, il lupo mannaro, i demoni notturni, le dee della morte e le fate. Il quarto capitolo è dedicato alla strega malfattrice e alle sue aggressioni nei confronti

di uomini, animali domestici e campi coltivati. Il quinto capitolo ricostruisce il mondo simbolico "alternativo"del sabba attraverso le immagini del viaggio, delle metamorfosi e delle battaglie notturne. Il sesto è dedicato alla figura della strega guaritrice e il settimo ai nemici delle streghe e alle diverse tipologie di "antistregoni", veggenti, maghi, guaritori e *táltos* che danno vita alle battaglie notturne nella tradizione balcanica.

La natura delle fonti spinge l'Autrice a focalizzare l'attenzione inizialmente sulle modalità attraverso le quali streghe, maghi e veggenti contribuivano allo sviluppo del sistema di credenze della stregoneria radicato in Europa. Partendo dalla interpretazione socio-antropologica della stregoneria intesa sia come un'ideologia esplicativa della sventura umana sia come un'istituzione normativa dei conflitti comunitari, Éva Pócs aveva già affrontato, in un altro lavoro precedente, il problema preliminare di una classificazione dei tipi stregonici che è utile riprendere. Sulla base di settantaquattro processi per stregoneria documentati nella regione di Sopron in Ungheria, a partire dalle testimonianze dei malefici, Pócs aveva proposto una classificazione tripartita dei tipi stregonici dal sedicesimo al diciottesimo secolo. Le narrazioni testimoniali prese in esame, infatti, offrivano materiali interessanti relativi alla esperienza e alla conoscenza, o anche agli stereotipi narrativi, che i testimoni fornivano delle streghe e degli esseri stregonici. A partire dalle immagini di strega emergenti da queste fonti, e dalle tipologie di azione sia da parte delle streghe sia da parte degli stregati, nonché dai tipi di interazione, specialmente tensioni e conflitti, Éva Pócs propose la seguente tipologia: streghe di tipo A: la "strega del vicinato", che si identifica con i conflitti sociali o di vicinato. Conflitti che nascono quando una norma di coesistenza non viene osservata (a esempio il diniego del prestito di un oggetto o di denaro). Il maleficio è in quel caso la conseguenza della maledizione della strega. Questo era il modo in cui persone comuni potevano essere accusate di stregoneria: chiunque facesse parte dello scambio economico e morale di una piccola comunità poteva facilmente diventare una strega di questo tipo; streghe di tipo B, la "strega magica" o "fattucchiera", presente nei racconti che riferiscono di atti magici della strega o di atti che comunque conducono a tale interpretazione. Queste streghe sono esperte in magia o in fattucchieria: possono essere guaritrici, fattucchiere, veggenti, o persone ordinarie che praticano una magia domestica e traggono un reddito anche dall'esercizio della magia. L'ambiguità della magia e della terapia è il fattore che istiga al maleficio che è espresso nella opposizione "proprio-altrui", cioè l'opposizione fra la propria casa, la comunità, i maghi e terapeuti e il mondo stregonico; streghe di tipo C, le streghe "soprannaturali" o "notturne", quelle cioè del sabba stregonico, caratterizzate nelle narrazioni come demoni notturni della visione e del sogno. Queste narrazioni di tipo C sono lette da Pócs come resoconti esperienziali del conflitto tra gli uomini e i mondi soprannaturali, dove le streghe come esseri soprannaturali attaccano le loro vittime. Ma le streghe "notturne" sono anche persone che, pur estranee a concreti conflitti sociali o di vicinato, sono considerate o sospettate di essere dotate di poteri soprannaturali. Tali poteri sono soprattutto relativi alla capacità di praticare malefici e al tempo stesso di guarire le malattie: le streghe "notturne" nell'immaginario esistevano anche come persone viventi, guaritori e guaritrici capaci di curare i loro stessi malefici, e che pertanto erano accusabili anche se non entravano in conflitto diretto con gli accusatori. Questo carattere duale di malfattrice-guaritrice della strega soprannaturale, secondo Éva Pócs, fa di fatto crollare la separazione netta fra "stregoneria attribuita" (*witchcraft*) e "fattucchieria incarnata" (*sorcery*), coniata da Evans Pritchard in relazione alla stregoneria zande e ripresa dagli storici della stregoneria europea almeno a partire da Alan Macfarlane e Keith Thomas (MACFARLANE A. 1970, THOMAS K. 1971). Inoltre secondo l'Autrice tale tipologia stregonica è quella che

maggiormente consente di esplorare le "radici" di senso, il sistema simbolico della stregoneria nel contesto europeo. Non a caso è stata quella più esplorata poiché connessa alla grande configurazione del sabba stregonico, dunque alle rappresentazioni del volo magico, delle metamorfosi animali e dei fenomeni di *transe*, in termini di estasi o di possessione.

È su questo terzo tipo dunque che in questo lavoro si concentra l'attenzione dell'Autrice in un tentativo rigoroso di ricostruzione del complesso sistema simbolico che dà senso a insiemi di rappresentazioni quali quelle delle streghe e dei loro doppi, delle streghe in forma di animali, o viste come esseri fantastici a carattere vampiresco, o ancora come lupi mannari, demoni della notte o dee della morte, capaci di incantare uomini, donne e animali. Piuttosto che ricostruire l'intero sistema della stregoneria locale, Pócs preferisce focalizzarsi dunque sulla strega "soprannaturale" che appare estranea a concreti conflitti reali, ma che, in tutta Europa, costituisce l'immagine arcaica della strega intorno alla quale fioriscono sistemi di credenze da cui si attinge per definire e qualificare anche le figure concrete di "streghe del villaggio".

La ricerca quindi si sposta progressivamente verso l'analisi di quelle tecniche di mediazione che giocano un ruolo nelle azioni delle streghe, o almeno di certi tipi di streghe, all'interno del sistema concettuale dello sciamanismo. E qui la posizione di Eva Pócs si distacca notevolmente da quanti hanno considerato lo sciamanismo come un fenomeno culturale precursore della stregoneria. Sottolineando come nel campo dello sciamanismo europeo, storici, etnologi e folcloristi si siano principalmente occupati di fenomeni centro-sud-europei, e rileggendo le opere di quei germanisti e celtologi che hanno a lungo esaminato da diverse prospettive le memorie linguistiche e letterarie di un presunto sciamanismo nordico o celtico così come i suoi residui medievali e moderni o che hanno discusso un presunto sciamanismo indoeuropeo e i suoi antecedenti classici, Pócs mostra più di una cautela nel seguire questa linea interpretativa. L'Autrice sostiene infatti che è vero che il contatto con il mondo soprannaturale attraverso la *transe* per soddisfare le esigenze della comunità era una tecnica comune ai mediatori connessi al sistema della stregoneria. E che inoltre tale tecnica era favorita da spiriti aiutanti e pertanto corrisponde ai criteri generalmente accettati per definire lo sciamanismo. Tuttavia i maghi e veggenti esaminati non possono essere considerati sciamani in senso stretto, né i sistemi mediatori possono essere visti come sciamanismo *tout court*: figure di mediazione e sistemi di comunicazione con l'aldilà sembrano intrecciare caratteristiche appartenenti alle tre categorie della stregoneria, della possessione e dello sciamanismo. Il lavoro di Pócs sembra voler andare oltre queste definizioni tipologiche. Pócs fa riferimento a maghi che comunicano con l'altro mondo attraverso le tecniche della *transe*, ma il termine "sciamanistico" è usato solo per definire le loro tecniche. Pur non mettendo in discussione i caratteri di uno sciamanismo europeo periferico opposto e non riducibile allo sciamanismo eurasiatico centrale, l'Autrice appare decisamente riluttante all'idea di ascrivere al campo sciamanico i fenomeni della *transe* connessi alla stregoneria: data la complessità e la varietà delle pratiche di mediazione, la variabilità dei contesti di riferimento e soprattutto le qualità ambivalenti dei protagonisti, Pócs preferisce parlare di *sistemi collettivi di transe rituale* nell'Europa sudorientale, ritenendo che tali pratiche di comunicazione con l'invisibile appartengano spesso alla nozione di *culti di possessione*, e che solo incidentalmente e solo in parte rientrino nel quadro dello sciamanismo.

A questo proposito Pócs decostruisce le tesi di studi precedenti che vedevano nella figura dei *táltos* gli eredi degli antichi sciamani ungheresi e apre così un confronto

dialettico con le posizioni di Gabor Klaniczay e di Carlo Ginzburg. Illuminando la complessa polivalenza delle figure che rientrano in questa definizione – dei loro ruoli, funzioni, status – Pócs prende in considerazione ventisei diverse figure di *táltos* presenti nelle fonti processuali dal diciassettesimo al diciottesimo secolo . Come già accadde ai *benandanti* friulani, tali figure erano presenti nei processi, accusate di stregoneria anche se nella realtà il loro compito era quello di combattere le streghe. La medesima dualità già evidente nel caso della strega "notturna", malfattrice-terapeuta, o delle due figure stregoniche aggressive – *mora* e lupo mannaro – torna nel caso della duplice tipologia dei *táltos.* Quelli "aggressivi", che danno battaglia, e quelli "veggenti", capaci di identificare le streghe. Ma anche figure femminili dette "*semi-táltos* " nei processi, profondamente differenti da quelle dei *táltos* maschi. Più che puntare dunque a uno studio sulle origini sciamaniche dei *táltos* , Pócs preferisce segnalare – e ciò ci appare dal punto di vista dell'analisi etnografica ben più fruttuoso – come *táltos* sia un nome che si riferisce a diversi tipi di mediatori, e pertanto occorre mettere in dubbio l'idea ammessa dagli storici della stregoneria secondo la quale i *táltos* documentati nell'età moderna si identificano con la rappresentazione originaria del *táltos* arcaico ungherese di tipo sciamanico.

Ne consegue che le tradizionali ipotesi cronologiche sulla genesi sciamanica della stregoneria diventano molto problematiche. La familiarità con le fonti spinge Pócs a conclusioni molto diverse:«Questi sistemi di mediazione» scrive Pócs, «non devono essere presi come i precursori della stregoneria, ma devono essere visti come sistemi coesistenti o strettamente interconnessi. Nel sistema gerarchico a più livelli della stregoneria, la figura arcaica della strega come essere ambivalente e soprannaturale coincide con quella di mediatrice, ed è solo tenendo in mente questa specificità che si può ritenere che la stregoneria condivida le sue radici con alcuni fenomeni di sciamanismo europeo» (p. 16). Per lo stesso motivo Pócs considera sbagliato guardare al mondo degli spiriti e dei demoni e delle fate come a una quadro simbolico che anticipa e precorre quello successivo della stregoneria (HENNINGSEN G. 1990), poiché il problema non è quello della ricerca dei "precursori" o della individuazione di fasi che si susseguono nella storia della stregoneria. Sembrerebbe più utile infatti parlare di sistemi alternativi che vivono l'uno accanto all'altro intrecciandosi occasionalmente, piuttosto che del succedersi di fasi storiche, poiché, in questo secondo caso, si corre il rischio di individuare come "antenati" della stregoneria figure arcaiche di demoni che a una analisi più complessa si rivelano essere le stesse figure di streghe "notturne" il cui lato demonico era già caratterizzato fin dalle origini. Una strega-antenato, a carattere immaginario e "notturno" (tipo C), che successivamente un particolare contesto sociale connette alla strega reale e umana, cioè alla strega di vicinato delle comunità della prima età moderna (tipo A).

Questo lavoro assume un carattere innovativo nel quadro degli studi di antropologia e storia della stregoneria europea. Il rifiuto di considerare lo sciamanismo europeo come una fase storica, che spiegherebbe la genesi del sabba e delle figure "notturne" della stregoneria, appare, da un punto di vista etnografico e antropologico, la premessa per risultati fruttuosi. Evitando di reificare la categoria di sciamanismo e considerando la difficoltà di frammentare la realtà esperienziale nei campi definiti dalle discipline storico-antropologiche, *stregoneria*, *sciamanismo* e *possessione* si rivelano fortemente intrecciati. Lo studio delle forme di comunicazione fra visibile e invisibile, mondo terreno e mondo dei morti, alla luce della stregoneria, ha il vantaggio di far crollare vecchie opposizioni e dicotomie poiché la figura della strega europea e le figure di antistregone ad essa correlate, incarnano una inseparabile dualità osservata qui nelle straordinarie

potenzialità del "doppio", una categoria della persona duale che trae senso dall'esperienza stregonica del volo notturno e della *transe*. Le figure stregoniche analizzate hanno un carattere mediatore in quanto sono "demoni umani" preposti a mantenere una comunicazione con il mondo dei morti, figure "doppie" capaci di usare la *transe* o altri stati alterati di coscienza e di penetrare nel mondo soprannaturale. Altresì esse assumono un carattere positivo, quello di streghe-guaritrici e di maghi-mediatori. D'altra parte, l'antagonismo mitico tra maghi e veggenti da un lato e streghe dall'altro, e insieme il loro legame con i morti, è testimoniato dagli stessi rituali di iniziazione che caratterizzano l'accesso al loro statuto di "doppiezza": i maghi e i veggenti sono iniziati dalla "buona morte", le streghe dalla "cattiva morte". Una esperienza simmetrica che rende, in ultima analisi, impossibile separare le figure e le pratiche appartenenti ai campi della stregoneria, della possessione e dello sciamanismo, poiché questi tre sistemi risultano inestricabilmente intrecciati. Cosicché il libro di Éva Pócs ci spinge in ultima analisi ad andare oltre le classificazioni delle nostre discipline per tentare un approccio alla "verità" dell'esperienza culturale della stregoneria, osservata dal punto di vista del suo carattere di sistema di comunicazione, specialistica e ordinaria.

In un simile quadro il problema delle *origini* del sabba diventa secondario. Piuttosto si pone il problema, antropologicamente più interessante, delle forme "selvagge", per così dire, della "persona" nel contesto europeo, di una pluralità delle rappresentazioni del sé operanti nell'esperienza europea della persona indagata alla luce della fenomenologia stregonica. In relazione al dilemma che ha ossessionato non solo gli inquisitori ma anche gli studiosi, e cioè "Il sabba era un'esperienza o un racconto, una reale comunicazione col mondo dei morti o un topos letterario?" Éva Pócs risponde così: «Dobbiamo assumere una permanente dualità e interrelazione tra le due possibilità , come ricercatori delle visioni religiose hanno fatto in relazione alla letteratura visionaria» (p. 96). In tal senso i quadri culturali provenienti dall'Europa orientale forniscono risposte nuove e interessanti: il carattere visionario della esperienza del sabba è connesso alla credenza nella natura doppia degli esseri stregonici, e ciò è molto più visibile nei materiali dell'Europa balcanica, in quanto in quest'area le dottrine teologiche non hanno oscurato il sabba consentendogli di conservare un carattere "predemonologico" di esperienza fisica della *transe* e del sogno.

Riferimenti bibliografici

Diószegi Vilmos (1958), *Die überreste des Schamanismus in der ungarischen Volkskultur*, "Acta Ethnographica Academiae Scientiarum Hungaricae", vol. VII, pp. 97-134.

Douglas Mary (curatore) (1980 [1970]), *Stregoneria. Confessioni e accuse nell'analisi di storici e antropologi*, traduz. dall'inglese di Carla Faralli e Giovanni Ricci, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Witchcraft. Confessions and accusations*, Tavìstock Publications, London, 1970 (ASA. Association of Social Antropologist of Commonwealth. Monographs, 9)].

Eliade Mircea (1975), *Some observations on European witchcraft*, "History of Religions", n. 14, 1975, pp. 149-172.

Evans Pritchard Edward Evan (1976 [1937]), *Stregoneria, oracoli e magia tra gli Azande*, traduz. dall'inglese di Vito Messana, nota alla traduzione italiana di Bernardo Bernardi, Franco Angeli Editore, Milano [ediz. orig.: *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, Oxford University Press, London 1937].

Ginzburg Carlo (1966), *I Benandanti. Stregoneria e culti agrari tra Cinquecento e Seicento*, Einaudi, Torino.

Ginzburg Carlo (1989), *Storia notturna. Una decifrazione del sabba*, Einaudi, Torino.

Hennigsen Gustav (1990), *The "Ladies from Outside": an archaic pattern of the witches' sabbath*, pp. 191-217, in Gustav Henningsen - Bengt Ankarloo (curatori), *Early modern European witchcraft. Centres and peripheries*, Clarendon Press, Oxford [ediz. italiana: *Le "donne di fuori": un modello arcaico del sabba*, con una nota di Elsa Guggino, "Archivio Antropologico Mediterraneo. Semestrale di studi e ricerche", anno I, n. 0, 1998, pp. 35-60].

Hoppál Mihály (curatore) (1984), *Shamanism in Eurasia*, Herodot, Göttingen.

Klanikzay Gabor (1984), *Shamanistic elements in Central European witchcraft*, pp. 404-422, in Mihály Hoppál (curatore), *Shamanism in Eurasia*, Herodot, Göttingen.

Macfarlane Alan (1970), *Witchcraft in Tudor and Stuart England. A regional and comparative study*, Evanston, New York.

Pizza Giovanni, *Sulla "possessione europea"*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 261-286.

Róheim Géza (1961), *Hungarian shamanism*, "Psychoanalysis and the Social Sciences", vol. 3, pp. 131-169.

Thomas Keith (1971), *Religion and the decline of magic, Studies in popular belief in sixteenth and seventeenth century England*, Routledge & Kegan Paul, London.

Cocullo rivisitata: sul dialogo fra Giuseppe Profeta e Alfonso Maria Di Nola

Giovanni Pizza

Giuseppe PROFETA, *Il serpente sull'altare. Il patronato antifebbrile di San Domenico di Cocullo e la sua metamorfosi antimorso. Ecologia e demopsicologia di un culto*, Japadre Editore, L'Aquila - Roma, 1998, 223 pp.

Con questo volume Giuseppe Profeta ritorna su una ricerca che lo vede impegnato da molti anni in un confronto diretto con una delle monografie più note e importanti dell'antropologia italiana post-demartiniana: *Gli aspetti magico religiosi di una cultura subalterna italiana* di Alfonso Maria Di Nola. La prima parte di quel volume, edito nel 1976, era dedicata al culto abruzzese dei serpenti e di san Domenico di Cocullo: fu la prima esperienza etnografica con cui Di Nola, all'inizio degli anni Settanta, passava dall'impostazione storico-religiosa dell'*Enciclopedia delle religioni* alla etnografia, nel quadro di uno specifico filone marxiano-gramsciano degli studi antropologici italiani. Fin dall'inizio quel testo ebbe un notevole impatto, sia sullo stesso terreno di ricerca (Cocullo e, più in generale, l'Abruzzo), sia nel campo scientifico locale, italiano e internazionale. Da allora Di Nola tenne sotto osservazione annuale la festa di Cocullo e in numerosi saggi, alcuni pubblicati sulla "Rivista Abruzzese", continuò a valutarne i cambiamenti, a estendere la comparazione a culti analoghi praticati in altre aree euromediterranee, a tenere vivo il dialogo e il contatto con gli studiosi locali abruzzesi. Pure nella diversità di approccio, e senza tacere le critiche, Di Nola mostrò sempre molta stima per i lavori di Giuseppe Profeta, se nel suo libro del 1976, in una valutazione della documentazione prodotta dagli studiosi sulla festa, scriveva: «la documentazione disponibile in italiano, relativa all'esibizione festiva di Cocullo, non ha carattere scientifico, ove si escludano, per la loro qualità notevole, le informazioni limitate che vengono da un breve scritto del Profeta» (p. 45).

Negli anni successivi Profeta ha pubblicato almeno quattro volumi e numerosi articoli che arricchiscono il panorama documentario e introducono nuove interessanti ipotesi sull'origina storica del culto, e spesso quei volumi furono recensiti da Di Nola in contributi di notevole interesse. Gli studi di Profeta si mostrarono importanti per documentare la diffusione del culto di san Domenico in un'area molto più ampia di quella delineata nel volume di Di Nola e, inoltre, proposero una lettura storica diversa sostenendo che l'origine del culto fosse fondata sulla funzione patronale del santo contro i cani rabbiosi e il lupo, capovolgendo così l'ipotesi dell'origine antiofidica.

Un dialogo, quello fra Di Nola e Profeta, che colpisce il lettore ancora oggi non solo per la qualità scientifica, ma soprattutto per il tono di assoluto rispetto e stima e per il franco riconoscimento delle reciproche ragioni. È per questo che nell'ultimo suo lavoro Profeta ha opportunamente dedicato un ampio paragrafo allo studio dinoliano nella stessa introduzione al libro, anche se il dialogo con quel classico è pressoché continuo e attraversa molte altre pagine del volume. Il libro difatti è dedicato a un'analisi dell'apparato documentario, edito e inedito, prodotto per più di due secoli intorno alla festa di Cocullo, che consente, secondo Profeta, di vedere confermata la sua teoria sul complesso cultuale di san Domenico di Cocullo e sulla sua diffusione nell'Italia centro-

meridionale nonché di spiegare la metamorfosi del suo patronato, da protettore contro febbri e temporali (Sora, Lazio) a protettore contro i morsi dei cani rabbiosi e dei serpenti velenosi (Cocullo, Abruzzo). Secondo Profeta tale metamorfosi non si collega a episodi antiofidici che caratterizzano la vita del santo, né trova spiegazione in corrispondenze con i mondi culturali marsicani, ma sarebbe più semplicemente da attribuire alla presenza mitica di un dente molare del santo come reliquia potente.

Al di là delle reinterpretazioni specifiche del culto, uno degli aspetti più interessanti dei libri di Profeta su questo argomento è una certa riflessione sul "morso" come categoria centrale del rischio nell'Italia rurale centro-meridionale, con un inevitabile richiamo al lavoro di Ernesto de Martino sul tarantismo pugliese.

Il volume si sviluppa esaminando, classificando e criticando le diverse teorie degli intellettuali sull'origine del culto e sulla genesi del patronato antimorso e presenta, nella parte terza, i risultati di quella che viene definita «una grande inchiesta di archivio e di campo» (cap. 3°) destinata a disegnare una «nuova geografia e nuova storia del culto» (cap. 4°) e, attraverso la confutazione delle teorie tradizionali (cap. 5°), giungere a definire le origine antirabbiche del patronato antimorso e l'inattendibilità delle categorie antiofidiche.

La riflessione sul "morso" come categoria unificante del rischio muove dalla interpretazione del significato simbolico del dente, a partire dalle sue valenze magico religiose, sia generiche sia specifiche, che lo rendono coprotagonista, come reliquia o come amuleto, in molti altri culti antimorso e antiodontalgici. Rispetto al classico dinoliano, dunque, si vorrebbe fornire una spiegazione alternativa della genesi e della diffusione del culto, criticando al tempo stesso la dialettica egemone/subalterno che limitererebbe in maniera determinante il lavoro di Alfonso Di Nola. A noi pare invece che quel paradigma marxiano-gramsciano, anche alla luce degli strumenti dell'antropologia contemporanea, abbia consentito alla analisi dinoliana di cogliere aspetti della festa che ancora sfuggono a pur rigorose ricerche e riletture attuali, locali o accademiche, tese a rintracciare le "origini" del culto e della festa. Se è vero che le antropologie successive, anche in Italia, hanno riflettuto su una maggiore elasticità dell'opposizione egemone/subalterno, è vero anche che non lo si è fatto, come invece suggerisce Profeta, in nome di una «unità fondamentale dello spirito umano» (p. 188), ma in nome di una maggiore complessità dei processi e delle dinamiche culturali. Né quella opposizione era mai stata intesa nei termini di un rigido contrasto «mentalità rudimentali *versus* mentalità culte». Inoltre sembra riduttivo considerare l'impostazione "neo marxiana" del saggio di Di Nola unicamente come un tributo alla «cultura socio-politica del tempo» (p. 59).

In realtà un lavoro ancora da fare sarebbe quello di mostrare l'originalità della rilettura di Gramsci e di Marx nell'antropologia dinoliana, nel quadro degli sviluppi antropologici italiani dopo Ernesto de Martino. Il fatto è che Profeta considera il proprio lavoro in continuità con la tradizione demopsicologica italiana, più che con quella antropologica; ne è un esempio il contrasto con Di Nola sulle interpretazioni della festa nel presente: se Profeta guarda alla attuale fase di fruizione del culto di Cocullo come ad una degradazione turistica e consumistica priva di significato, Di Nola era ben lontano dal non considerare antropologicamente interessanti queste ulteriori trasformazioni indicando nuove vie etnografiche e interpretative alla ricerca antropologica. Pur avendo egli concluso la sua monografia nel 1976, non aveva mai smesso di osservare lo sviluppo e le trasformazioni del rituale nella contemporaneità e aveva anche accettato

in maniera totale la sfida del rapporto continuo fra l'etnografo e il terreno della sua etnografia.

Da tempo l'antropologia non è più interessata alle "origini" dei rituali se non per il fatto che la ricerca delle "origini" appare sempre di più come una delle componenti non secondarie della stessa pratica rituale. Ed è in questa ottica che oggi, dopo la recente scomparsa di Alfonso Di Nola, si assiste a numerose iniziative locali di politica culturale, di "conservazione del patrimonio" e di riscoperta dell'identità che, ricordando il valore scientifico e umano dello studioso e l'importanza del suo terreno abruzzese, tendono a integrarne la memoria intellettuale, umana ed etnografica.

In fondo, accettando nei primi anni Ottanta la cittadinanza onoraria conferitagli dal Comune di Cocullo e continuando a sostenere gli studi di giovani studiosi sulle trasformazioni della festa contro i "piagnistei" di chi ne lamentava la scomparsa, Alfonso Di Nola ci aveva indicato fin da allora queste nuove prospettive di ricerca. Prospettive che ora si ampliano: con *Il serpente sull'altare* di Profeta, il dibattito intellettuale sulla festa di Cocullo, che coinvolge antropologi, storici e studiosi locali, amministratori, studenti e giovani ricercatori, si arricchisce di un nuovo contributo destinato a sollecitare ulteriori rivisitazioni di un terreno etnografico che resta fra i "luoghi della memoria" dell'antropologia italiana.

07. Schede di lettura

Xavier ALLUÉ MARTÍNEZ, *Urgencias. Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas*, prologo di Josep María COMELLES, Mira Editores, Zaragoza, 1999, 190 pp.

«*Urgencias*» nella lingua e nella organizzazione sanitaria spagnole corrisponde, come è abbastanza intuitivo, al nostro pronto soccorso e il libro di Xavier Allué Martínez presenta i risultati di uno dei pochissimi studi di campo condotti sulle dinamiche socioculturali che interessano questo settore dei servizi ospedalieri. Per indagarne la crescente importanza che ha acquisito nella domanda degli utenti, l'Autore mette in campo una doppia competenza: quella di medico pediatra che ha lavorato per più di trenta anni nei servizi di pronto soccorso pediatrico, e quella, forse meno sperimentata perché molto più recentemente acquisita, di antropologo medico.

Il pronto soccorso è uno dei luoghi focali in cui si incontrano, e spesso si scontrano, la cultura degli utenti o pazienti e quella degli operatori sanitari, schierati normalmente su fronti opposti quando si tratta di valutare e interpretare le sempre più numerose richieste di prestazioni che la popolazione, e in particolare i genitori, rivolgono ai servizi pediatrici di urgenza. Le analisi di questo fenomeno, e delle difficoltà della struttura sanitaria di farvi fronte, provengono finora tutte dall'ambito medico e istituzionale e per questo motivo di solito non considerano la possibilità che gli utenti abbiano una immagine del pronto soccorso diversa da quella dei medici, e se lo fanno è per deplorarne il basso livello di informazione e una insufficiente educazione sanitaria.

L'obbiettivo che si pone l'Autore è invece quello di studiare i condizionamenti socioculturali della domanda degli utenti e di confrontarla con la risposta del servizio per infine arrivare a costruire, con gli strumenti delle scienze sociali, un modello di valutazione della qualità di questa interazione da offrire alla riflessione dei medici e degli amministratori ospedalieri.

L'indagine si basa su dati sia qualitativi che quantitativi. Da quanto è dato di capire dalle annotazioni metodologiche che compaiono nella prima parte del libro, sembra che i dati qualitativi non siano tanto l'esito di una specifica ricerca formalizzata e delimitata nel tempo quanto piuttosto della lunga esperienza personale dell'Autore che, iniziata nel 1964 nello Hospital Clínico di Barcellona, è proseguita in numerosi altri ospedali spagnoli e nordamericani. I dati quantitativi, invece, riguardano quasi esclusivamente l'ospedale universitario "Juan XXIII" di Tarragona, dove attualmente l'Autore lavora, e si riferiscono in particolare alla attività del pronto soccorso pediatrico negli anni 1994 e 1995. Relativamente a questi due anni il libro fornisce una serie di informazioni sulla numerosità, sulle modalità e sulle cause degli accessi al servizio, ma il dato che maggiormente richiama l'attenzione è che, a fronte della diminuzione delle nascite e dei ricoveri ospedalieri, tra il 1979 e il 1995 le richieste di prestazioni rivolte al pronto soccorso pediatrico sono quasi triplicate. Si tratta evidentemente di un uso improprio o eccessivo di questa specifica particolare prestazione ospedaliera che secondo l'Autore è da attribuire più a motivazioni socio-culturali che non clinico-epidemiologiche. Così, la distinzione

fra "vere" urgenze e "pseudourgenze", di cui facilmente si accontentano gli operatori sanitari, non coglie e nemmeno sfiora la sostanza di un problema (peraltro comune a molti paesi industrializzati) che si presenta invece assai complesso e denso di contraddizioni. Nel suo configurarsi convergono una pluralità di fattori culturali che riguardano da una parte le condizioni sociali della genitorialità e dall'altra i modelli cognitivi e operativi con cui all'interno delle famiglie si interpretano e si cercano di risolvere i problemi di salute dei bambini, mentre intanto una immagine molto positiva del pronto soccorso risulta dalla spettacolarizzazione prodotta da alcuni messaggi della comunicazione di massa. Né sono da dimenticare, come infine l'Autore sottolinea, una serie di interessi carattere economico (come quelli dei giovani medici in cerca di lavoro o degli amministratori ospedalieri che in base al numero delle prestazioni ottengono una maggiore quantità di risorse) che sostengono e incrementano la domanda di assistenza rivolta al pronto soccorso.

[PBa]

Roberto BENEDUCE (curatore), *Mente, persona, cultura. Materiali di etnopsicologia*, L'Harmattan Italia, Torino, 1999, 143 pp. (collana "Connessioni").

Si tratta del più recente lavoro di curatela portato a termine da Roberto Beneduce e che si segnala per la sua consistente massa critica e per lo sforzo compiuto (e riuscito) di introdurre in Italia i temi e le questioni cruciali dell'etnopsicologia. Questa viene definita come quella precipua area di ricerche e riflessioni, psicologiche ed antropologiche, che affrontano le caratteristiche dello sviluppo psicologico e dei modelli di comportamento nelle diverse culture e in specifici contesti. Il volume risulta costituito da quattro saggi che, pur nella loro differente scrittura e cifra stilistica, si fanno leggere con curiosità e rapidità; il primo, "Iniziazione all'etnopsicologia" scritto dallo stesso curatore, si articola sulle questioni metodologiche e pone alcune precise concettualizzazioni in tema di etnopsicologia (in particolare sulla costruzione culturale del sé e del legame sociale). Il secondo dell'antropologo francese Andras ZEMPLÉNI, *Fra 'sickness' e 'illness': dalla socializzazione all'individulizzazione della malattia*, già pubblicato su "Social Science & Medicine" (vol. 27, n. 11, pp. 1171-1182, 1988), "spiega" la struttura dei sistemi interpretativi e terapeutici funzionanti in una cultura africana. Questo saggio entra nel merito dell'uso sociale della malattia facendo cogliere al lettore attento come senso e significato della malattia e della cura assumone rilievi diversi in contesti *altri*.

Il terzo saggio, di Silvia Spandre, affronta la nozione di persona in altre culture; mentre il quarto e ultimo, di Francesco Vacchiano, si concentra sul rapporto fra cultura, emozioni e fenomeni psicopatologici culturalmente specifici (*koro* e *dhat*).

Il libro, nel suo insieme, si pone come un interessante e originale apripista sul terreno dell'etnopsicologia e riesce a fornire un esaustivo scenario a quanti si affacciano su questi temi con il desiderio di capire e pensare intorno a temi e a questioni ancora poco esplorati.

Indice. Roberto BENEDUCE, *Prefazione* / Roberto BENEDUCE, *Iniziazione all'etnopsicologia* / Andras ZEMPLÉNI, *Fra 'sickness' e 'illness': dalla socializzazione all'individualizzazione della malattia* / Silvia SPANDRE, *Altre nozioni di persona* / Francesco VACCHIANO, *Emozioni, culture, psicopatologie*.

[GCa]

Howard BRODY, *Per una filosofia della guarigione. Scienza ed etica dell'effetto placebo*, Franco Angeli, Milano, 1998, 142 pp. (collana "Scienze e salute / Teorie") [ediz. orig.: *Placebo and philosophy of medicine*,

University of Chicago Press, Chicago, 1980].

Appare finalmente, nella ormai prolifica collana "Scienze e salute" di Franco Angeli, patrocinata dalla Fondazione Cecchini Pace e coordinata da Mara Tognetti, questo saggio di Howard Brody, filosofo e bioetico americano. Al centro della riflessione proposta è un approccio all'effetto placebo basato su una concezione del rapporto mente-corpo che, in sede logico-filosofica, si sbarazza di ogni ipoteca cartesiana, utilitarista o materialista e prelude alle più aggiornate ipotesi psiconeuroimmunologiche, che attualmente si propongono di rendere conto dell'interfaccia tra il mondo biologico interno e quello sociale e culturale esterno.

Dopo una serrata disamina della storia e della definizione del concetto di *placebo*, che nei suoi effetti, dal punto di vista della storia della medicina, viene a costituirsi come il "rumore", l'anomalia, l'effetto di disturbo da eliminare dalle indagini sperimentali o dalle metodiche cliniche, l'autore intraprende un percorso epistemologico di riflessione sulle componenti contestuali della cura, nel duplice versante delle conoscenze e giudizi dell'individuo sul contesto curativo, e dello stato delle credenze della scienza medica sui fenomeni che possono essere spiegati dalle teorie o leggi esistenti. Una valutazione dell'effetto placebo che non liquidi il fenomeno come mera suggestione, manifestazione emotiva dei soggetti, incorporamento involontario dei desideri del terapeuta, richiede un mutamento epistemologico. Anche il ritardo con il quale avviene la traduzione italiana di questo testo rivela le difficoltà dell'assumere un nuovo punto di vista entro le scienze sperimentali. Brody rileva l'importanza della dimensione sociale e culturale del contesto di cura, dei suoi aspetti simbolici, della cogenza relazionale del rapporto curante-curato, basandosi sulla disamina degli stati *cognitivi* dei soggetti. Finché si ha avuto a che fare con "mente" e "corpo", abbiamo avuto difficoltà nel collegare gli stati di credenza del soggetto e i cambiamenti nelle condizioni organiche, aspetti che dovevano essere per definizione correlati per rendere possibile l'effetto placebo. Nel migliore dei casi, la sfera socio-culturale veniva ad essere una estensione delle menti individuali, anziché un aspetto di per sé centrale della condizione umana. «Il cambiamento dei sintomi causato dall'effetto placebo è quindi l'espressione corporea della partecipazione della persona al contesto di cura inteso come un fenomeno simbolico culturalmente determinato» (p. 86), all'interno del quale viene somministrato un intervento riconosciuto come valido dal soggetto. Da qui il cambiamento, attribuibile alla portata simbolica dell'intervento e del contesto, e non a qualche specifico effetto terapeutico o a proprietà farmacologiche o fisiologiche note. La controversa questione dell'efficacia simbolica di lévistraussiana memoria – della quale non troviamo alcun riferimento, né diretto, né indiretto in questo testo, dallo sviluppo tutto interno alla teoria filosofica – viene qui riesaminata in termini solo apparentemente analoghi, ma affatto diversi per metodo, strumenti e retroterra epistemologico. Il richiamo al termine *sociosomatico* di Arthur Kleinman chiarisce le implicazioni causali invocate per inquadrare le conseguenze terapeutiche del modello del significato. Il testo si conclude con una discussione dei problemi etici posti dall'uso del *placebo*, nella constatazione che anche le ricerche sulla *compliance* dei pazienti sarebbe più fruttuosa se prendesse esplicitamente in considerazione le funzioni simboliche dell'incontro medico-paziente.

[DCo]

Piero CAMPORESI, *Camminare il mondo. Vita e avventure di Leonardo Fioravanti*

***medico del Cinquecento*, Garzanti, Milano, 1997, 309 pp. ("Collezione storica").**

Il tesoro della vita humana, dell'eccellente dottore & cavaliere M. Leonardo Fioravanti Bolognese, Venezia, 1570 e *De' capricci medicinali dell'eccellente medico e cirugico Messer Leonardo Fioravanti Bolognese*, Venezia, 1602, letti con il magistero storiografico di Piero Camporesi consentono di ricostruire una sorta di autobiografia letteraria, unica nella storia della cultura medica italiana e avvicinabile a quella che, attraverso le sue opere, ci lascia Ambroise Paré. La figura del "medico pellegrino" nella quale si trasfigura letterariamente Leonardo Fioravanti trova, in effetti, un precedente nel *Reverendo Donno Alessio Piemontese* che il letteratissimo Girolamo Ruscelli aveva inventato. Le similarità e le differenze tra i due personaggi sono focalizzate da Camporesi con agilità e pertinenza, ma il libro segue poi la avventurosa e originale formazione, tra guaritori erranti, ciarlatani vagabondi, medici girovaghi, di un accademico che non esitava a dichiarare i suoi debiti verso le culture pratiche dei pastori e dei contadini. Le "affinità patologiche" tra animali e uomini erano ben conosciute da boari, pecorari, sofi di montagna e di villaggio che potevano considerarsi come maestri: le loro culture secolari avevano individuato trattamenti efficaci sia per gli animali sia per gli uomini, e di tutto faceva tesoro la sapienza di Fioravanti. C'è una relazione diretta tra il viaggiare e l'apprendere: in Sicilia, a Pantelleria, nell'Agro Campano aveva acquisito conoscenze e competenze che oggi diremmo di etnobotanica; Protomedico dell'armata di Don Garcia di Toledo, imbarcato su una galea della flotta imperiale di Carlo V diretta a Monastir, oppure nella città-ospedale di Trapani dove si affaccendavano chirurghi e barbieri, aveva una pratica non comune nelle cose chirurgiche; il "flusso" e la dissenteria degli eserciti gli avevano fatto intuire le proprietà dell'idroterapia marina. Ma il carattere di modernità del medico bolognese emerge anche da altri aspetti: dalla sua gnoseologia clinica e dalla sua deontologia professionale. Così, verso la patologia "umoralistica" degli accademici trova parole di definitiva iconoclastia; scrive in italiano intuendo le potenzialità della nascente industria tipografica in relazione alla domanda di salute e assesta bordate considerevoli contro il potere delle corporazioni mediche chiuse nel loro sapere esoterico.

[EPe]

Giuseppe CARDAMONE - Salvatore INGLESE - Sergio ZORZETTO (curatori), *Djon Djongonon. Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano (provincia di Milano), 1999, 255 pp.

Il volume raccoglie i contributi presentati da alcuni dei maggiori esponenti dell'etnopsichiatria italiana al seminario tenutosi a Prato il 30 gennaio 1999 e dal cui nome è stato tratto il sottotitolo. In appendice viene proposto un testo di Salvatore Inglese (*Linee fondamentali per un osservatorio della salute mentale in una società multiculturale*), che trascrive una relazione da lui tenuta al CNEL di Roma nel maggio dello stesso anno, durante il Convegno nazionale "Medicina, immigrati e culture della salute mentale nel Servizio pubblico".

Il titolo dell'opera costituisce la traduzione in donno-so – una delle lingue più parlate in terra dogon – del termine "guaritore", o più propriamente "colui che guarisce", evocando così la prospettiva di fondo che accompagna tutto il libro e che secondo i curatori costituisce «il principale vincolo epistemologico di questa giovane metodologia disciplinare» (p. 14): la consapevolezza della necessità di un ripensamento critico dei paradigmi psichiatrici "ortodossi", che attraverso un confronto continuo con altri *saper-fare* favorisca «l'istituzione di un sistema

pluralista di cure, il più possibile aperto, disponibile a trasformarsi costantemente per vincere la propria gara di adattamento al reale» (*ibidem*). Del resto, la recente e progressiva riconfigurazione dell'Italia a luogo d'accoglienza di leve sempre più ampie di immigrati "extracomunitari", ha reso ancor più evidente come una calibrazione in chiave culturale dei servizi sanitari – e dunque una ridiscussione dei programmi di formazione e delle competenze degli operatori – sia ormai da considerarsi improrogabile. È anche in quest'ottica che gli Autori muovono le loro riflessioni, focalizzando l'attenzione sulla tutela della salute mentale di soggetti e gruppi considerati a maggiore "rischio" psicopatologico, portatori di «una doppia alterità: quella della follia e quella di un'altra cultura, con propri differenti concetti di persona, di esistenza, di terapia» (p. 21). In tutto ciò assume valore fondamentale il monito con cui i curatori (nel saggio di introduzione al volume, *Linee di sviluppo dell'etnopsichiatria italiana: ruolo, sfide e limiti di una disciplina di confine*) dichiarano di volersi discostare da quella «anonima, indifferenziata *invasione etnosensibile*» (p. 23) che sembra inflazionare oggi le discipline psicologiche e psichiatriche, e si propongono invece piuttosto alcuni obiettivi – primo fra tutti quello di «contrastare le semplificazioni e i riduzionismi» (p. 23) – che costituiscono la specificità d'approccio di tutti gli Autori di questo volume.

Nella *Presentazione*, Alberto Parrini offre una panoramica d'insieme di quella che è oggi la realtà economica, politica e sociale della città di Prato, ricordando come negli ultimi anni, in seguito all'aumentare dei flussi migratori, essa abbia subito alcune fondamentali trasformazioni che hanno investito «l'intera ecologia sociale del territorio» (p. 9) e che si sono di fatto ripercosse a livello delle strutture sanitarie e quindi dei servizi di salute mentale. L'Autore presenta inoltre il seminario (e di conseguenza il volume) come un tentativo di dare risposta alle esigenze che gli operatori sanitari avvertono di più adeguati «strumenti teorici e tecnici per poter far fronte in maniera efficace alla sofferenza psichica grave che le soggettività migranti presentano» (p. 10).

Il saggio di Piero Coppo, *Etnopsicoterapie*, offre un percorso teorico conoscitivo dei principali temi della riflessione etnopsichiatrica, passando poi ad analizzare la pratica della relazione terapeutica. L'obiettivo è quello di individuare possibili modalità di intervento etnopsicoterapeutico in setting transculturali: partendo da uno «smontaggio consapevole […] del dispositivo psicoterapeutico di matrice scientista e occidentale […], *consapevolmente iniziato* alla sua propria cultura, cosciente della sua funzione, lo psicoterapeuta "etnico" sarà in grado di lavorare con e sull'intero spessore della cultura cui appartiene, divenendo nel contempo più efficace e più libero […]» (pp. 41-42). In questa ottica, non sarà difficile identificare elementi in comune con terapie "altre" della psiche (i casi specifici analizzati sono quelli del guaritore africano e dello sciamano americano) e valorizzarne le risorse.

In *Le reazioni psicotiche acute nei migranti* gli Autori (Alberto Merini, Maria E. Ridolfi, Eva Rizzati, Paolo Rubatta, Fabio Santarini, Annalisa Vigherani) presentano quattro casi clinici di pazienti provenienti dal Maghreb e dalla Costa d'Avorio. L'esperienza vissuta dall'équipe bolognese si propone come l'applicazione pratica delle posizioni teoriche più volte esplicitate dagli altri Autori di questo testo, e riconosce la propria efficacia nella focalizzazione dello sguardo clinico sul singolo paziente in quanto «irriducibile specificità umana e antropologica» (p. 25).

Giovanni Stenghellini in *Antropologie della vulnerabilità* propone un'analisi critica del concetto di "vulnerabilità" psichica, che può essere sintetizzata in una domanda chiave di cui l'intero saggio costituisce l'approfondimento: «esistono […] in culture diverse modi di essere diversi che si confi-

gurano come vulnerabili, inclini alle psicosi?» (p. 98). La risposta cui giunge l'Autore nelle conclusioni è sicuramente ricca di stimoli: «la condizione di vulnerabilità non ha niente a che vedere con le aberrazioni dalla normatività […], cioè con il conoscere o meno le regole del gioco vigenti in una data società, né tantomeno con il rispettarle. La vulnerabilità concerne il rapporto che si ha con la mente (individuale o collettiva) in cui percepiamo queste regole incarnate» (p. 100).

Davide Bertorelli (*Società multiculturale e problematiche emergenti nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC)*) affronta, da un punto di vista teorico-operativo, la realtà dei Servizi psichiatrici, descrivendone difficoltà e problemi. Il rischio di decontestualizzare i sintomi (perdendone quindi il "senso") appare quasi inevitabile «in un'atmosfera di urgenza, […] senza la possibilità di fare riferimento alla metodologia di un *approccio transculturale*, che veramente consenta di entrare "nel mondo dell'altro"» (p. 107). D'altra parte, è innegabile il ruolo che tali Servizi svolgono «come luoghi della "messa a fuoco" delle emergenze, delle contraddizioni e dei disservizi, non solo inerenti la Salute Mentale, ma di una intera società in rapida trasformazione» (p. 106).

I due saggi che seguono (Salvatore Inglese, *Radici strappate e malattie migranti. Intorno al costrutto nosologico di Culture-bound Syndrome* e Cesare Peccarisi - Salvatore Inglese, *Tre voci da un catalogo delle sindromi culturalmente ordinate (CBS): Amok, Taijinkyofusho, Koro*) costituiscono l'uno un'occasione di riflessione teorica all'interno dell'ampio dibattito concernente la validità del concetto "culture-bound" in psichiatria; l'altro un contributo conoscitivo di tre esempi di "sindromi culturalmente ordinate", descritte nelle loro caratteristiche salienti.

Il fine che si propongono Sergio Zorzetto, Salvatore Inglese e Giuseppe Cardamone in *Per un'analisi etnopsichiatrica delle sindromi anoressiche*, è ben esplicitato nelle prime righe del loro articolo: «evidenziare il ruolo che le variabili possono giocare nella comprensione delle sindromi anoressiche […], condurre un ragionamento comparativo di tipo diacronico fra l'attuale anoressia nervosa e i fenomeni ascetici tardo medioevali che hanno fatto invocare alla *santa anoressia* […], quindi proporre l'inquadramento dell'anoressia nervosa secondo una specifica categoria etnopsichiatrica: quella di *disturbo sacro*» (p. 146).

Giovanni Tagliavini, in *Pallottolieri e amuleti. Il difficile rapporto tra epidemiologia psichiatrica ed etnopsichiatria di fronte al problema delle nuove densità etniche*, analizza le modalità con cui l'epidemiologia psichiatrica e la psichiatria *culturally sensitive* hanno intrattenuto fino ad ora rapporti a distanza e di scarsa comunicazione e collaborazione, anche nell'affrontare il problema delle nuove densità culturali nei Paesi "occidentali" (p. 177).

Roberto Marino (*Emergenze nelle popolazioni: modelli di intervento*) riporta in particolare l'esperienza del Centro Eos per le Vittime di Traumi e Catastrofi come esempio di intervento psichiatrico attento alle specificità culturali, in casi di traumi provocati da catastrofi naturali, guerre o altre emergenze ed eventi stressanti.

Ad un tema analogo si allaccia Salvatore Inglese sia nel suo contributo autonomo, *Etnopsichiatria ed etnopsicoterapia in tempo di guerra: nuove cartografie della migrazione, della fuga, della deportazione*, che, per certi versi, nel saggio scritto in collaborazione con Giuseppe Cardamone e Michela Da Prato, *Sinistrosi. Note psicopatologiche ed etnopsichiatriche*.

Indice. Alberto PARRINI, *Presentazione* / Giuseppe CARDAMONE - Salvatore INGLESE - Sergio ZORZETTO, *Linee di sviluppo dell'etnopsichiatria italiana: ruolo, sfide e limiti di una disciplina di confine* / Piero COPPO, *Etnopsicoterapie* / Alberto MERINI - Maria E. RIDOLFI - Eva RIZZATI - Paolo RUBATTA - Fabio SANTARINI - Annalisa VIGHERANI, *Le reazioni psicotiche acute nei migranti* / Giovanni STANGHELLINI, *Antropologie della vul-*

nerabilità / Davide BERTORELLI, *Società multiculturale e problematiche emergenti nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC)* / Salvatore INGLESE, *Radici strappate e malattie migranti. Intorno al costrutto nosologico di Culture-bound Syndrome* / Cesare PECCARISI - Salvatore INGLESE, *Tre voci da un catalogo delle sindromi culturalmente ordinate (CBS): Amok, Taijinkyofusho, Koro* / Sergio ZORZETTO - Salvatore INGLESE - Giuseppe CARDAMONE, *Per un'analisi etnopsichiatrica delle sindromi anoressiche* / Giovanni TAGLIAVINI, *Pallottolieri e amuleti. Il difficile rapporto tra epidemiologia psichiatrica ed etnopsichiatria di fronte al problema delle nuove densità etniche* / Roberto MARINO, *Emergenze nelle popolazioni: modelli di intervento* / Salvatore INGLESE, *Etnopsichiatria ed etnopsicoterapia in tempo di guerra: nuove cartografie della migrazione, della fuga, della deportazione* / Salvatore INGLESE - Giuseppe CARDAMONE - Michela DA PRATO, *Sinistrosi. Note psicopatologiche ed etnopsichiatriche* / Salvatore INGLESE, *Appendice. Linee fondamentali per un osservatorio della salute mentale in una società multiculturale.*

[MPe]

Giorgio COSMACINI, *Ciarlataneria e medicina. Cure, maschere, ciarle*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998, VIII+251 pp. (collana "Scienza e idee", 41).

Ciarlataneria e *medicina*: non due categorie oppositive escludentesi l'una con l'altra, bensì vasi comunicanti che anche dopo la nascita della medicina scientifica hanno continuato a travasarsi l'una nell'altra, rendendo di volta in volta il confine che le separa più o meno «netto o sfumato, stabile o labile» (p. 1).

Giorgio Cosmacini, medico, laureato in filosofia e docente di Storia della sanità alla Facoltà di lettere e filosofia dell'Università degli studi di Milano, traccia un *excursus* storico (partendo dai cerretani e i norcini umbri fino ai guaritori e ai maghi di città dei giorni nostri) che egli utilizza come supporto per giungere ad una definizione della ciarlataneria intesa come «costante metastorica suscettibile di analisi tipologica» (p. 1), proprio perché pur assumendo connotazioni diverse in relazione alle molteplici variabili storico-culturali, rappresenta sempre una delle possibili – per non dire necessarie – risposte alla ricerca di qualità nella "cura".

L'Autore parla infatti della ciarlataneria come di una «risposta invariante alle pulsioni esistenziali per cui l'uomo in ogni tempo cerca di dare realtà alle proprie illusioni. L'insopprimibile bisogno di trovare rimedio alle proprie paure e ai mali dell'esistenza – malattia, sofferenza, invecchiamento e morte –, trasformando l'angoscia in consolazione e la disperazione in speranza, determina in molti la convinzione di poterli trovare. […] Quel bisogno insopprimibile ingenera allora una richiesta a cui il ciarlatanismo, secondo le leggi della domanda e dell'offerta, dà, in qualche maniera, adeguata soddisfazione» (p. 231).

Ma la tesi di fondo che Cosmacini sostiene e che emerge con chiarezza dalla lettura di questo volume è che la contiguità tra medicina e ciarlataneria può essere letta soprattutto come proiezione della relazione dicotomica che c'è tra i due aspetti complementari della malattia, quello della patologia organica, oggettivata (*disease*) e quello del suo vissuto soggettivo (*illness*), che a loro volta sono connessi rispettivamente ai due concetti di "terapia", così come viene generalmente condotta dal medico moderno – che si applica all'affezione vera e propria e che prevede una «somministrazione ragionata dei farmaci», nonché la «riparazione chirurgica degli organi guasti» (p. 3) –, e di "cura", propria in modo particolare dei guaritori tradizionali – che comporta la presa in carico del paziente in quanto "persona" o, più in generale, «dell'angoscia esistenziale» e della «sofferenza psicofisica dell'uomo» (p. 3).

In qualche misura, pertanto, la figura del ciarlatano trova legittimazione non soltan-

to «nel campo delle illusioni e delle attese dei miracoli» (p. 4), ma si colloca soprattutto nelle pieghe oscure delle competenze della medicina tecnico-scientifica, non soltanto quindi nell'incapacità dei "curanti tradizionali" di porre rimedio a flagelli quali la peste secentesca, ma soprattutto nell'inadeguatezza dei medici contemporanei ad instaurare un rapporto "umano" con i propri pazienti.

Fino a quando la medicina "ufficiale" continuerà a sottovalutare il vissuto soggettivo del sofferente, ignorando ogni approccio di tipo "umanistico" al paziente, la "ciarlataneria" continuerà a convivere con le pratiche di salute/malattia, siano esse di tipo scientifico oppure no, condotte da medici-ciarlatani o da ciarlatani-medici.

Tuttavia è proprio su questi ultimi che si concentra la sferzata finale dell'autore quando, come sottolinea Isabelle Stengers nel suo saggio *Il medico ciarlatano* [in Tobie NATHAN - Isabelle STENGERS, *Medici e* stregoni, Bollati Boringhieri, Torino, 1995, 144 pp., cfr. p. 119], «"il ciarlatano moderno" è colui che "pretende che la sua pratica sia razionale perché dimostrata dalle guarigioni da lui operate". Sono queste le sue pietre di paragone opinabili, diverse dai criteri di razionalità oggettiva sui quali si basa la medicina scientifica» (p. 233). Ma soprattutto quando Cosmacini conclude dicendo: «[…] la medicina non può farcela a vincere la sfida. Per riuscire vittoriosa sulla ciarlataneria contemporanea, essa dive ritrovare rapporti più affabili e "modi di azione [più] affidabili, invece di limitarsi a eliminare i pretendenti illegittimi" con la pretesa, a sua volta, di squalificarli senza competere. […] Il ciarlatano d'oggi profitta anche, e soprattutto, della ragione saccente e della scienza distante. Finché queste troveranno cittadinanza, la ciarlataneria, in medicina, vivrà» (p. 234).

[MPe]

Franca DI VALERIO (curatore), *Contesto e identità. Gli oggetti fuori e dentro i musei*, CLUEB (Cooperativa Libraria Universitaria Editrice di Bologna), Bologna, 1999, X+266 pp., 16 tavv. f.t. / in particolare Francesca VANNOZZI, *I beni culturali in ambiente sanitario. Strumenti e oggetti fuori dai musei*, pp. 141-143.

Il volume raccoglie i contributi presentati al Convegno di studio "Contesto e identità. Gli oggetti fuori e dentro i musei" svoltosi a Parma il 16-17 aprile 1998, promosso dall'Istituto per i beni artistici culturali e naturali della Regione Emilia-Romagna e dall'Assessorato alla cultura della Provincia di Parma in collaborazione con la Soprintendenza ai beni artistici e storici di Parma e Piacenza (Ministero per i beni e le attività culturali), il Comune di Collecchio, il Comune di Fornovo, il Parco regionale del Taro.

Nel corso del suo contributo congressuale, qui pubblicato, Francesca Vannozzi pone in modo esplicito i problemi della tutela e della conservazione e riproposizione museale, come *beni culturali*, degli strumenti costitutivi del "patrimonio storico-scientifico" e, in particolare, del "patrimonio storico-sanitario", definito come «tutto ciò che un ospedale ha *prodotto* nel corso degli anni, ossia strumentaria e apparecchiature medicali, modelli didattici, vetreria, suppellettili e arredi sanitari, fondi librari e archivistici» (p. 142). Per tutti questi materiali valgono – sottolinea l'Autrice – le medesime metodologie «di qualsiasi altro patrimonio storico: l'inventariazione, la catalogazione, il restauro conservativo, la ripresa fotografica» (p. 142). Ma a tal proposito ci si trova di fronte in Italia a una situazione di grave emergenza e a una serie di difficoltà. Vi è anzitutto una scarsa attenzione a un tale patrimonio, costituito da oggetti non di rado ingombranti, di cui appare evidente la utilità quotidiana ma assai meno la possibile attribuzione a valori di tipo estetico. In secondo luogo, la rapida obsolescenza

tecnologica della strumentazione sanitaria, unita alla assenza di spazi adeguati e di competenze e attenzioni, in questo campo, fa sì che gli ospedali scarichino continuamente i loro materiali e la loro stessa documentazione archivistica, che vengono condannati così ad una rapida e incontrollata distruzione, in assenza peraltro – ed è questo un altro fattore – di ogni specifica normativa di tutela.

In questa prospettiva l'Autrice riferisce infine dell'attività e della consistenza documentaria del Centro universitario per la tutela e la valorizzazione dell'antico patrimonio scientifico senese, istituito recentemente dalla Università degli studi di Siena, incaricato ora di elaborare un progetto di allestimento museale in collaborazione con l'Istituto e Museo di storia delle scienze di Firenze (nato in seguito agli esiti della mostra fiorentina di storia della scienza tenuta nel 1929). Per ogni informazione sul centro e sulla sua attività è consultabile il sito web *www.unisi.it/ateneo/ricerca/cutvap/home.html*.

[TS]

Françoise LAUTMAN - Jacques MAÎTRE (curatori), *Gestions religieuses de la santé. Colloque de l'Association française de sociologie religieuse (Paris 29-30 mars 1993)*, Éditions L'Harmattan, Paris, 1995.

«Gli stati di salute hanno un peso sugli individui; i problemi epidemiologici e demografici sono determinanti per le popolazioni. Ma la costruzione sociale delle risposte a queste situazioni gioca il proprio ruolo, compresa la sua dimensione ideologica, di cui la religione costituisce uno dei principali ambiti. È dunque senza timidezza di fronte ai trionfi della biomedicina che sono qui affrontati alcuni esempi significativi delle gestioni religiose della salute, della malattia e della guarigione. Ai giorni nostri, le ricerche storiche, sociologiche, antropologiche e psicoanalitiche concernenti la religione considerano spesso il campo della salute. I testi qui riuniti s'inscrivono in questa prospettiva. Preoccupati di evitare un'eccessiva dispersione, sono stati raccolti soprattutto dei contributi che affrontano la sfera del cattolicesimo e altri cristianesimi, attraverso i «nuovi movimenti religiosi». Si è fatto comunque spazio a dei confronti inter-religiosi, facendo riferimento ai Caraibi, al Guatemala e alla Guinea Bissau, e anche al filone europeo di una nuova religione giapponese».

Questa breve presentazione, riportata sulla quarta pagina di copertina, rivela in tutta la sua complessità l'argomento e l'ambito del lavoro intrapreso dall'Association Française de Sociologie Religieuse sulle gestioni religiose della salute. Lo sguardo che gli autori posano sulle tematiche della salute, della malattia e della guarigione mette in luce alcuni aspetti che si collocano al di fuori dei templi che generalmente legittimano il sapere medico nella cultura occidentale, basato sull'istituzione medica e sulla ricerca biologica. L'approccio degli autori non tende a minimizzare l'importanza degli sviluppi scientifici in ambito medico, legati alle neuroscienze e alle nuove tecnologie mediche, ma cerca di puntualizzare il ruolo che la religione e la fede possono avere nel vissuto soggettivo di malattia, nella gestione della cura e nell'aspettativa di guarigione. Il presupposto è che le concezioni della malattia, della salute e del corpo siano intrise di significati culturali specifici nei quali la tematica religiosa, in quanto costruzione sociale, fa parte al tempo stesso del sistema simbolico di una società e dei repertori di temi e immagini possibili e legittimi al suo interno. Un aspetto interessante diventa, allora, la riflessione e l'analisi delle cosmologie specifiche sulle quali si appoggia tutto il sistema di significati, miti, pratiche e azioni reali dell'individuo-in-un-contesto; è questa cosmologia che colloca il soggetto in un universo e in una storia, offrendogli possibilità d'azione e

modi coerenti con le ideologie legittimate dal sistema culturale.

Partendo da questi presupposti di base viene analizzato, ad esempio, il ruolo della preghiera come atto terapeutico che permette all'individuo che la pratica non soltanto il contatto e la comunicazione con il divino, ma anche la ricostruzione della propria biografia, della propria identità di credente all'interno di un contesto sociale. In questo modo la preghiera, che comporta un ancoraggio istituzionale, un rituale, una codifica, dei luoghi e dei tempi, ricolloca costantemente l'individuo in uno spazio sociale, intersoggettivo.

Consapevoli del carattere locale di ogni pratica terapeutica gli autori hanno raccolto vari esempi che s'inscrivono in matrici culturali diverse, mirando nel caso specifico al confronto inter-religioso e al superamento dell'etnocentrismo medico che pervade il sapere scientifico occidentale.

[GCa]

Casper J. MILLER, *Guaritori di fede dell'Himalaya: medicina e tradizioni sciamaniche in Nepal*, traduz. dall'inglese, Xenia, Milano, 1999, 192 pp. (collana "I Nagual", 11), [ediz. orig.: *Faith-healers in the Himalayas. An investigation of traditio-nal healers and their festivals in Dilakha District of Nepal*, Centre for Nepal and Asian Studies, Tribhuvan University, Kirtipur, Kathmandu (Nepal), 1979 / Sahayogi Press pvt Ltd, kathmandu (Nepal), 1987].

Con la traduzione del volume *Faith-Healers in the Himalayas* di Padre Miller – pubblicato per la prima volta nel 1979 a Kathmandu – "I Nagual" delle Edizioni Xenia offrono all'attenzione del grande pubblico un interessante ed insolito studio etnografico dedicato allo sciamanismo nepalese.

Casper J. Miller, missionario gesuita in Nepal ed appassionato studioso di antropologia sociale, si propone di illustrare alcuni dei caratteri distintivi dello sciamanismo così come si trova diffuso nel distretto di Dolakha, nel Nepal nord-orientale.

Attraverso una forma espositiva volutamente asistematica, fresca ed agile – che di poco si discosta dallo stile proprio del genere delle "note di terreno" – l'autore descrive una ricca serie di eventi rituali e festività in cui le figure di sciamani (*jhankri*) ricoprono un ruolo di riguardo.

Grazie all'esperienza di una prolungata osservazione delle realtà studiate e al conforto di studi scientifici coevi alla stesura del lavoro, Miller propone una definizione di sciamano come di "guaritore tradizionale" (*traditional faith-healer*) le cui principali competenze si concretizzano ogniqualvolta si renda necessario, in ambito rituale, propiziare un contatto diretto e personale tra mondo umano e compagine invisibile. Questa caratteristica traccia inequivocabilmente una linea di confine tra la figura dello sciamano e quella di altri officianti religiosi con funzioni di tipo essenzialmente sacerdotale.

Nell'ambito specifico della ritualità a carattere terapeutico l'attività sciamanica si applicherà, in dettaglio, a tutti quei casi in cui la patologia, sia essa di natura somatica o psichica, venga, attraverso opportuna diagnosi di tipo divinatorio, eziologicamente interpretata come la conseguenza di un attacco magico ad opera di agenti invisibili – capaci di colpire e possedere la vittima, generando in essa stati patologici – o come effetto di un maleficio messo in atto da streghe (*boksi*), in grado di agire per intermediazione di entità invisibili loro soggette. In entrambi i casi la positiva risoluzione della crisi si fonderà sulla pretesa dello sciamano di agire come attivo mediatore in grado esorcizzare od espellere l'entità malefica così da separare i domini (umano ed invisibile) che si erano pericolosamente confusi tra loro.

A questo aspetto per così dire sociale, riscontrabile in seno alla prassi rituale sciamanica, si oppone tuttavia una tendenza generale fortemente "individualistica", comune alla maggior parte delle tradizioni sciamaniche osservate da Miller. Come rileva infatti lo stesso autore lo sciamanismo è una forma religiosa fortemente atomizzata, destrutturata e decentralizzata. A parte le rare occasioni, costituite dall'officio di rituali sciamanici di tipo collettivo, l'attività rituale sciamanica è generalmente iscritta entro una dimensione dal carattere individuale e privato. Questa stessa peculiarità si riferisce inoltre, al di là della sola sfera del culto, anche al periodo in cui si manifestano i segni della vocazione sciamanica – esperienza intima e segreta che lega il neofita ad una particolare divinità iniziatrice della selva (*ban-jhankri*) –, nonché a quella relazione tutta personale che lega il giovane sciamano ad maestro umano, nelle fasi del suo primo apprendistato professionale. Su questi presupposti si rende inoltre ragione del carattere meta-castale e meta-etnico tipico dello sciamanismo nepalese.

Sulla base di questa forte componente individualistica si comprende infine come lo sciamanismo possa prestarsi agevolmente ad interpretazioni personali da parte degli officianti stessi, ad interpolazioni e a forme di compromesso con forme cultuali e complessi religiosi eterogenei quali l'Induismo, religione ufficiale del Nepal, o il Buddhismo mahayana di matrice tibetana. Compromesso che è tuttavia sempre testimonianza di una tradizione religiosa fortemente versatile e malleabile, non di una realtà che sussiste unicamente come infrastruttura, priva di una natura propria.

Il lavoro di ricerca di Miller, superando il semplice aspetto di descrizione e di analisi teorica imposta in maniera originale anche una problematica di natura pratica, quella ovvero della possibile integrazione tra la terapia di tipo sciamanico e i sistemi medici allopatici occidentali. Pur riconoscendo infatti allo sciamanismo una sua indiscutibile "efficacia simbolica", dovuta soprattutto alla condivisione piena dei codici culturali e comunicativi esistenti tra medico e paziente, non esita ad additarne i limiti soprattutto nel campo delle patologie organiche.

La soluzione, fin troppo ideale, di riuscire ad offrire agli sciamani un *training* di base che consenta loro di estendere le proprie capacità anche in campi estranei alle loro competenze tradizionali non è per Miller una via oggettivamente praticabile, soprattutto per via dell¢appena accennato carattere monadico – ed atomizzato al tempo stesso – dell'attività sciamanica. Maggiormente realistica ed auspicabile appare invece la possibilità di addestrare personale medico e paramedico, in maniera da integrare conoscenze di tipo occidentale, nel campo sanitario, con quelle proprie dell'antropologia e, nel caso specifico, delle terapie sciamanche. Attraverso questa prospettiva, secondo il giudizio dell'autore, il medico avrebbe la possibilità concreta di avvicinarsi alla visione del mondo che soggiace alla terapia sciamanica così da comprendere le ragioni della sua efficacia e migliorare il grado di accettabilità e di penetrazione dello stesso modello alternativo proposto.

La ricchezza del materiale etnografico che il lavoro di Miller presenta costituiscono una interessante opportunità per il lettore italiano di confrontarsi in maniera diretta e vivace con la realtà dello sciamanismo del Nepal. Unico sincero rammarico è stato quello di constatare come la traduzione italiana non tenga conto dei numerosi contributi fotografici, presenti sia nell'edizione originale del '79 che in quella riveduta dell'87, i quali, qualora pubblicati, avrebbero di certo costituito un interessante, e più che necessario, contributo integrativo per la corretta comprensione del testo scritto.

[MNi]

Cecilia PENNACINI, *Kubandwa. La possessione spiritica nell'Africa dei Grandi Laghi*, Il Segnalibro Editore, Torino, 1998, 309 pp.

Molto spesso le etnografie africane discutono della possessione incentrando l'analisi su di una specifica cultura, o una specifica situazione (come ad esempio le moderne e multietniche città). Se lo sguardo si allarga fino a coinvolgere altre culture e differenti situazioni, lo si fa quasi sempre in un'ottica comparativa che indirizza la riflessione sulle identità e le differenze che il fenomeno presenta nei diversi contesti.

Il libro di Cecilia Pennacini muove verso un'ambizione diversa: quella di esplorare la possessione spiritica nell'Africa dei Grandi Laghi, intesi come uno spazio – storico e culturale – di intensi scambi che si può configurare come area culturale relativamente omogenea.

Come l'Autrice rivela con schiettezza nella pagine introduttive del volume, la scelta di un'indagine etnografica condotta su un'area geografica così estesa le è stata imposta forzatamente dalle complesse e tragiche vicende politiche di questa regione dell'Africa particolarmente martoriata. Ma il percorso accidentato della sua indagine ha fatto emergere come la *kubandwa* (questo è uno dei nomi con cui viene indicata la possessione spiritica in quest'area) sia un fenomeno diffuso in tutta la regione e che scavalca confini etnici, linguistici e nazionali. Ciò permette all'Autrice di interrogarsi a fondo sul senso di indagare una particolare forma religiosa, in Africa, restringendo il campo ad un unico contesto etnico o tribale. Una copiosa letteratura ha mostrato come, almeno nelle regioni centroafricane, le religioni tradizionali – e non solo oggi, ma anche nell'epoca precoloniale – abbiano assunto un carattere sovratribale. Da qui dunque la necessità di liberare l'indagine della *kubandwa* dalle strette maglie cui l'avrebbe costretta uno studio incentrato su un solo gruppo.

L'analisi di Pennacini, pur se estesa su questa varia area, è etnograficamente e storicamente approfondita e accurata. L'Autrice segue i molteplici percorsi della possessione spiritica mettendo in luce i suoi dispositivi nei diversi contesti storici ed etnografici, non schiacciandoli entro una sorta di macro-modello onnicomprensivo, ma sottolineando discontinuità e differenze. Nel suo percorso interpretativo Pennacini accompagna il lettore per le tante vie proprie di questo fenomeno, approfondendo diverse delle sue molteplici dimensioni: la malattia, la trasmissione ereditaria, il rapporto con la regalità, la religione.

Certo la possessione è un tema che rimane centrale nella riflessione antropologica, e negli ultimi anni diversi studiosi, specie africanisti, hanno proposto interpretazioni innovative. Pennacini sceglie di confrontarsi con alcune di esse; il carattere mimetico dei culti di possessione (Kramer, Taussig) così come quello teatrale (Leiris) vengono ampiamente discussi, e queste prospettive informano in parte l'analisi della *kubandwa*. Allo stesso tempo non manca il confronto con i classici della antropologia africanista. Tra questi soprattutto il lavoro di Turner, le cui prospettive teoriche l'Autrice discute lungo tutto il testo.

[PSch]

Eva PÓCS (curatore), *Eksztázis, álom, látomás. Vallásetnológiai fogalmak tudományközi megközelítésben* [Estasi, sogno, visione. Concetti di etnologia delle religioni secondo un approccio interdisciplinare], Balassi Kiadó, Budapest - Pécs University Press, Pécs, 1998, 525 pp., 39 tavv. f. t.

Il volume raccoglie una serie di contributi che in parte costituiscono le versioni elaborate delle comunicazioni presentate alla conferenza organizzata dall'Istituto etnografico dell'Accademia ungherese

delle scienze nel 1993 intorno a trance, visione e fenomeni affini; un'altra parte dei lavori riuniti sviluppa problemi sollevati durante la conferenza stessa. L'opera, introdotta da Eva Pócs, si apre con il testo della conferenza inaugurale *Estasi, sogno e visione* tenuta da Vilmos Voigt e si articola in sette sezioni.

La prima sezione (*Visione e trance nella cultura popolare*) contiene i contributi di Eva PÓCS (*Trance e visione nelle culture popolari europee*), Károly JUNG (*Lo stato di incoscienza rituale come problema nella letteratura specialistica slava meridionale*), István Pál DEMÉNY (*Gradazioni dell'albero cosmico, del drago e della trance*), Ferenc POZSONY (*Visioni nei villaggi csángó della Moldavia*), József *Gagyi* (*Occultisti e veggenti nel Sóvidék*).

La seconda sezione (*Santi visionari - Visioni religiose*) comprende i lavori di Vilmos VOIGT (*Andrea Orás in estasi - 1690*), Ambrus MOLNÁR (*Tre visioni popolari riformate e una profezia biblica*), Jenö SZIGETI (*Le visioni oniriche di Susa Török nel 1825*), Eva SZACSVAY (*Visione mariana a Mezökövesd. 1883*), Imola KÜLLÖS (*Le visioni di un profeta contadino del secolo XX e il loro influsso nella Transcarpazia*), Ildikó SÁNDOR (*Un profeta e i suoi seguaci a Nagydobrony. 1938-1950*), Irén LOVÁSZ (*È la mente a udire, non l'orecchio. Un approccio antropologico alle visioni di una donna*), László KÜRTI (*La Regina dell'Universo. Antropologia delle visioni nel Medzugorje*), Gábor LIMBACHER (*L'unio mystica popolare come punto di vista esplicativo nell'etnografia delle religioni*).

La terza sezione (*Psicologia, psichiatria*) comprende: Tamás GRYNAEUS (*Sulla valutazione psichiatrica degli stati alterati di coscienza*), László SÉRA (*Le implicazioni psicologiche delle visioni mariane di Mezökövesd: sulla natura delle visioni religiose*), József VAS (*Passione psicoterapica intorno a possessione e purificazione: cura della possessione diabolica con l'aiuto della trance terapeutica*), Tamás GRYNAEUS (*Il fumo d'incenso incide sugli stati di coscienza?*).

La quarta sezione (*Magia, stregoneria*) conprende i contributi di György ENDRE SZÖNYI (*Ars sintrillia, catoptrica, sfera di cristallo. La magia angelica di John Dee e suoi precedenti*), Gábor KLANICZAY (*La visione diabolica durante il sabba nelle confessioni degli accusatori*), Péter GYÖREI (*Si ungevano solo di grasso, e volavano. Uso di sostanze allucinogene nella stregoneria*), Katalin BENEDEK (*Demoni e streghe negli exempla dei sermoni nei secoli XV-XVI*).

Appartengono alla quinta sezione (*Il sogno*) i contributi di István DOMÁN (*Il sogno nella Bibbia. Sogni biblici*), Gábor BARNA (*Il ruolo dei sogni nella vita di István Orosz*), Annikki KAIVOLA-BREGENHØJ (*Il sogno come folklore*), Gábor TÜSKÉS - Eva KNAPP (*I racconti onirici di una contadina del Dunántál negli anni '80*), András KRUPA (*I sogni pressi gli Slovacchi dell'Alföld*).

La sesta sezione s'intitola *Poesia tradizionale* e comprende *Il giovine re Mattia ebbe un sogno... Il sogno come modalità classificatoria letteraria* di Ildikó KRIZA, *Il ruolo delle formule visionarie nelle preghiere popolari arcaiche* di Zsuzsanna ERDÉLYI, *Vidi un sogno meraviglioso... Intorno ai canti popolari chiesastici del ciclo Sogno della Santissima Madre di Dio presso i grandi Russi* di Agnes LENGYEL.

Sono raggruppati nell'ultima sezione, dedicata alla *Letteratura*, Margit S. SÁRDI (*Premonizione e visione onirica nei memorialisti ungheresi dei secoli XVII-XVIII*), Agnes DUKKON (*Il ruolo poetico del sogno e della visione nelle opere di Dostojevskij*), István FRIED (*Sogno e pseudo-sogno nei romanzi di Kafka*) e László BÜKY (*Visioni nel linguaggio poetico di Füst Milán*).

[MLö]

Vittorio A. SIRONI, *Medicina popolare in Brianza. Malattia e salute delle classi subalterne nell'Alto milanese tra Ottocento e Novecento*, introduzione di Giorgio COSMACINI, Cattaneo Editore, Oggiono, 1998, 253 pp. (collana "Ricerche di etnografia e storia", n. 6).

Successivamente alla pubblicazione di *Medicine e magie* (a cura di Tullio SEPPILLI, Electa, Milano, 1989) abbiamo assistito ad una produzione diseguale, per ambito geografico, delle ricerche e delle pubblicazioni concernenti la medicina popolare in Italia. Per quanto riguarda le regioni del nord, se si eccettuano alcune pubblicazioni ed alcune brillanti e complete tesi di laurea, peraltro note solo agli addetti, l'impressione che se ne potrebbe ricevere è quella di un terreno di ricerca ormai esausto, e insieme ormai così travolto dal grande mutamento del Novecento e dalla pervasività della biomedicina e delle istituzioni sanitarie, da non consentire più che la raccolta di brandelli di memoria e di pratiche. Complice di questo squilibrio di scrittura documentaria ed etnografica, sembra essere anche un certo disamore, più che disinteresse, sia per il tema delle medicine popolari in sé, sia per una rivisitazione dei classici folklorici dell'Ottocento, sia per una lettura complessa del fenomeno al riverbero dei cambiamenti. Come dire, in altre parole: abbiamo moltissime informazioni sulle "pratiche", sulle figure, sui rimedi, per uomini e animali, nella banale quotidiana scansione del vivere e dell'assalto della malattia; poco su quadri più ampi e ragionati, comparativi, che scavalchino confini, e non si lascino irretire solo dall'empiricità testarda di contadini e montanari. In attesa che il prossimo convegno sui saperi terapeutici nell'arco alpino fughi queste mie impressioni, e mostri al contrario la vitalità della ricerca, questo libro di Vittorio Alessandro Sironi partecipa ancora della produttiva stagione monografica areale, qui dedicata alla Brianza tradizionale, al Triangolo lariano e alle aree del Lecchese e del Comasco che si affacciano sul lago di Como.

Vittorio A. Sironi è medico e storico della medicina e della sanità, e collabora, con Giorgio Cosmacini, alla collana, per i tipi di Laterza, dedicata alla storia della medicina e della sanità. È stato autore de *Le officine della salute. Storia del farmaco e della sua industria in Italia* (Laterza, Roma - Bari, 1992), al cui interno troviamo interessanti elementi che tracciano i legami tra la terapeutica "popolare" (dei semplici assunti mediante infusi, elisir, tisane) e la nascente industria farmaceutica e lo sviluppo del suo mercato: l'amaro e il liquore medicamentoso, di antica ricetta, a volte popolare, a volte conventuale, che farmacisti-industriali, soprattutto provenienti dalle aree alpine, brevettano tra la fine dell'Ottocento e la prima metà del Novecento. Questa peculiarità e attenzione per l'avventura del farmaco in Italia, e per la sua diffusione, fino all'avvento della rivoluzione chemioterapica successiva alla Seconda guerra mondiale, si ritrova anche nelle pagine di questo studio. Oltre a quanto era reperibile nell'ambiente circostante, e "buono da pensare" nell'ambito di una efficacia strumentale o simbolica, gli elementi della circolazione dei primi prodotti "industriali" tracciano interessanti percorsi conoscitivi paralleli dell'uso, della diffusione e della nascente affezione popolare verso i medicinali. Di questi, la maggiore diffusione, in vigore anche della pubblicità e divulgazione che gradualmente si costruisce, e con codici comunicativi ancora rozzi e ingenui, ancora tipici della comunicazione popolare (la strofa in rima, la piazza, l'imbonitore, il mercato, il passaggio di bocca in bocca…), spetta a quelli che, in una ottica di penuria monetaria, attenta a sommare i possibili effetti benefici, promettono di qualificarsi come panacea. È il caso, tra gli altri citati, del *Tot*, noto cachet digestivo a base di carbone Belloc e naftolo, prodotto a Milano agli inizi del secolo, e che, oltre alla proprietà contro l'acidità di stomaco, vantava effetti terapeutici generali (dal dialetto bresciano, nome nato a fini commerciali ad indicare che il prodotto era buono per tutto, fino a indicare, negli anni Trenta, una bevanda molto gassosa che si fabbricava con acqua, zucchero, caramello e un po' di acido citrico, una specie di antesignana della Coca Cola).

I percorsi della salute esaminati attraverso le testimonianze brianzole, si estendono a tutte le pratiche di ben-essere popolari: il ventaglio delle ipotesi eziologiche e patogenetiche che si rifanno alla circolazione complessa della moralistica ippocratico-galenica, all'esperienza paracelsiana dell'osservazione diretta della natura e delle malattie, ai retaggi settecenteschi delle teorie sullo stimolo e sul contro-stimolo, la fitoterapia, la prevenzione, le cure scandite dal ciclo di vita, la paremiologia, l'alimentazione, le pratiche curative dedicate agli animali (tra cui il baco da seta), il ricorso al sacro e al magico, attraverso la frequentazione di santuari privilegiati e il ricco repertorio di segnature e "segreti", che pare quasi incredibile rintracciare in un territorio come quello brianzolo, soprattutto alla luce dell'esperienza di chi scrive, per la quale una apparentemente ben più "conservativa" Carnia montana ha dimenticato, ormai da almeno un paio di decenni, tutto l'apparato formulaico associato a tali pratiche.

Il volume, che nel 1998 ha ricevuto il premio Pitrè - Salomone Marino di Palermo, è arricchito da una pregevole veste grafica, illustrata da stampe della Raccolta Bertarelli di Milano, da fotografie tratte dalla ricerca sul campo e da immagini di strumenti della medicina e della veterinaria.

[DCo]

Nadia URLI, *L'ambiguità del corpo nelle cure infermieristiche. Uno sguardo antropologico sul rapporto tra nursing e corporeità*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1999, 171 pp.

Il lavoro di Nadia Urli nasce dalla necessità di scomporre il rapporto che gli infermieri intrattengono con il corpo e la corporeità degli individui cui è rivolta l'assistenza. Lo sguardo dell'Autrice si avvale di strumenti concettuali e di indagine propri delle scienze sociali, ma parte dall'interno della professione infermieristica. Nadia Urli infatti, oltre ad essere laureata in filosofia con una tesi di antropologia culturale, è infermiera ed è stata docente in una scuola per Infermieri professionali. I dati presentati nel testo sono frutto di un'indagine sul campo effettuata dell'Autrice tra allievi della Scuola infermieri professionali di San Daniele del Friuli, infermieri professionali e operatori di medicina "naturale".

Il testo è scandito da una serie di ambiti problematici, che si sono rivelati centrali nei colloqui con allievi e professionisti dell'assistenza: le rappresentazioni del corpo, il contatto e il contagio, lo sporco e il pulito. L'analisi di questi ambiti costituisce l'oggetto dei primi tre capitoli del libro, nei quali l'Autrice cerca di delineare i modi in cui gli infermieri costruiscono e percepiscono il corpo, attraverso le teorie del nursing, i modelli biomedici e la propria esperienza professionale. Tocca così il problema del dolore e dell'intervento infermieristico nella sofferenza, della manipolazione dei corpi, della paura del contagio e delle pratiche igieniche in contesti ospedalieri. Nei successivi due capitoli l'Autrice legge, attraverso griglie antropologiche classiche, gli interventi e le pratiche di assistenza messe in atto dagli infermieri nel contesto dell'ospedale ("i riti della cura"), i percorsi formativi e le modalità di accesso alla professione infermieristica. L'ultimo capitolo è dedicato ad un confronto tra le concezioni del corpo emerse tra chi opera in ambito ospedaliero e quelle di alcuni operatori di un centro di "medicina naturale".

Intorno ai diversi ambiti problematici vengono raccolti i dati delle interviste e vengono presentati rapidi spunti di riflessione e connessioni con alcuni settori della letteratura antropologica, sociologica e psicologica, oltre che infermieristica. Accanto ad essi, viene prestata una costante attenzione operativa allo sviluppo di una maggiore consapevolezza, da parte dell'infermiere, delle pratiche della corporeità.

Il testo – tra i primi in Italia a presentare un taglio infermieristico e insieme antropologico – attraverso l'analisi etnografica, tocca alcuni punti importanti: la centralità attribuita al corpo, sia come luogo delle pratiche infermieristiche, sia come spazio di confronto tra rappresentazioni diverse e a volte conflittuali della corporeità; il tentativo di rinnovare, alla luce dell'antropologia medica, i modelli teorici del *nursing* statunitense, che hanno mediato l'ingresso delle scienze umane nella formazione infermieristica italiana negli ultimi decenni; l'applicazione di alcuni modelli classici dell'antropologia (le diadi sporco/pulito e marginalità/liminalità, ad esempio) all'analisi delle pratiche infermieristiche in contesti ospedalieri. Il volume mostra, però, al tempo stesso, una certa meccanicità nel rapporto tra presentazione dei dati etnografici e applicazione dei modelli teorici, che non sempre riescono a dialogare proficuamente tra di loro.

Nonostante ciò e tralasciando alcune curiose sviste (ad esempio «Roma è il termine usato dagli antropologi per riferirsi agli "zingari"», nota 4 a p. 60), il lavoro di Nadia Urli, raccoglie materiali etnografici interessanti, che si prestano ad ulteriori letture e approfondimenti. Ha il merito, inoltre, di investigare per la prima volta a partire da una specifica competenza professionale di tipo infermieristico e con un taglio antropologico sufficientemente aggiornato, quello spazio di intersezione tra antropologia e pratica del *nursing* intorno al quale ritengo sarà necessario riflettere con attenzione.

[VSi]

Giovanna VICARELLI, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al Fascismo*, Il Mulino, Bologna, 1997, 424 pp.

Il ben documentato e sistematico lavoro di Vicarelli porta a esiti interessanti sia la tradizione italiana di studi storico-sociologici sulle politiche sanitarie sia il particolare itinerario intellettuale dell'autrice. Siamo dunque in presenza di un libro denso di informazioni e appropriato per quel che riguarda il quadro di interpretazione. Il percorso intrapreso alla ricerca delle "radici della politica sanitaria in Italia" deriva dalla consapevolezza che i sistemi di welfare sono più spesso oggetto di analisi da parte di economisti e di politologi che di storici e di sociologi. Accanto alla relazione con i macro fattori del mutamento strutturale e politico connesso all'imporsi della società industriale e della democrazia di massa, nelle dinamiche che portano alla nascita e allo sviluppo delle politiche sanitarie è importante comprendere l'influenza assunta da alcuni gruppi sociali e da alcune categorie a rischio che esprimendosi nelle forme nuove dell'associazionismo o del corporativismo, o in quelle tradizionali della comunità, impongono, poi, le scelte di politica sanitaria. È questo lo specifico contributo della indagine sociologica condotta su un periodo, quello di tardo Ottocento e di primo Novecento che risulta determinante nella definizione del modello di welfare dell'Italia moderna. In questo senso si sottolinea il ruolo delle classi sociali, dei sistemi familiari, delle reti di interessi, delle solidarietà di categoria delle coalizioni di idee e degli orientamenti etici. La rapida carrellata sui modelli della offerta istituzionalizzata di protezione sociale e sulle teorie interpretative elaborate per la loro comprensione che apre il libro riconnette i due momenti fondamentali della analisi e della produzione di teorie. E cerca di ripristinare equilibri tra quelle teorie che enfatizzano, per la spiegazione del welfare state, o l'impatto della crescita economica e i fenomeni demografici e burocratici ad essa connessi, o i fattori di natura non economica connessi ai conflitti e ai bisogni di legittimazione delle nuove democrazie di massa.

L'articolazione dei contenuti del libro è espressa dall'indice che procede ad attribuzioni significative per periodizzazioni che sono ampiamente diffuse:

Introduzione. I. *Problemi di confine* / Parte prima: *Le riforme di Crispi*. II. *L'utopia igienista (1860-1880)* III. *La promulgazione del codice sanitario (1888)* IV. *Il controllo degli spedali e delle opere pie (1890)* V. *Le nuove frontiere della salute (1888-1900)* / Parte seconda: *Da Giolitti alla Grande guerra*. VI. *La lotta contro la malaria e le malattie professionali (1901-1907)* VII. *Le norme sul lavoro femminile e la maternità (1902-1910)* VIII. *Nuovi ospedali e nuove forme di tutela (1900-1910)* IX. *L'occasione mancata: l'assicurazione malattia (1917-1919)* / Parte terza: *Il ventennio fascista*. X. *I regimi sanitari speciali (1927-1929)* XI. *A favore della procreazione e della famiglia (1925-1934)* XII. *Dal mutualismo all'assicurazione sanitaria (1929-1943)* / *Conclusioni*.

[EPe]

08. Spoglio dei periodici

In questa sezione dell'Osservatorio vengono segnalati in base a un sistematico spoglio dei periodici di antropologia medica e, lato sensu, di scienze umane, gli articoli che possono costituire, per chi lavora in antropologia medica, contributi di un certo interesse. La segnalazione in questa sezione – limitata alle coordinate bibliografiche – non esclude d'altronde la possibilità che quanto qui segnalato sia anche oggetto di specifico esame nelle sezioni 07 (*Schede di lettura*) o 06 (*Recensioni*). Anno di riferimento iniziale per la rilevazione: 1994.

I periodici nei quali si sono riscontrati articoli pertinenti compaiono qui ordinati alfabeticamente in base alla loro denominazione. Di ciascuno, ove possibile, vengono riportate anche l'istituzione di cui esso è espressione e la casa editrice, con le relative città, e altre informazioni analoghe. Per ogni periodico vengono indicati, in progressione cronologica, i soli fascicoli nei quali risultano pubblicati articoli pertinenti. Sotto l'indicazione di ognuno dei fascicoli così selezionati, gli articoli pertinenti vengono ordinati secondo la loro progressiva collocazione nella numerazione delle pagine. Di ciascun articolo vengono indicati l'autore e/o curatore, il titolo, le pagine d'inizio e fine. È anche da dire che laddove un determinato fascicolo consista, nel suo insieme o per una sua parte cospicua, in una raccolta di testi riuniti sotto una titolazione unitaria tematicamente connessa all'antropologia medica, di tale circostanza viene dato conto sotto l'indicazione del fascicolo riportando, dopo la dicitura "numero monografico" oppure "sezione monografica", il titolo della monografia, senza per questo escludere una specifica segnalazione di alcuni o di tutti i singoli articoli che nella monografia risultano compresi.

■ **Acta Phytoterapeutica. Organo ufficiale della Società italiana di fitoterapia**

Organo ufficiale della Società italiana di fitoterapia (S.I.FIT.) / Studio Edizioni (Milano)

@ **vol. I, n. 1, aprile-giugno 1998**

Fabio FIRENZUOLI, *Attività del Servizio ospedaliero di fitoterapia presso l'Ospedale S. Giuseppe di Empoli*, pp. 31-34.

@ **vol. I, n. 2, luglio-settembre 1998**

Giuseppina INFERRERA - Gioacchino CALAPAI - Vincenzo ARCORACI - Antonio LEONETTI - Alessandra RUSSO - Achille P. CAPUTI, *Impiego dei fitoterapici a Catania e Messina*, pp. 75-77.

@ **vol. I, n. 3, ottobre-dicembre 1998**

Francesca CARDI - Alessandro BOESI, *Indagine su alcune piante utilizzate in medicina tradizionale tibetana*, pp. 92-98.

Elisabetta MIRALDI - Sara FERRI - Vahid MOSTAGHIMI, *Etnobotanica in Azerbaijan Occidentale (Iran)*, pp. 99-103.

Regolamentazione e farmaci vegetali, pp. 113-124 [atti della Tavola rotonda "Regolamentazione e farmaci vegetali" (7 giugno

1998) tenutasi in occasione del IV Congresso nazionale di fitoterapia, Orvieto, Palazzo del Popolo, 5-7 giugno 1998].

@ vol. II, n. 1, gennaio-marzo 1999

Elisabetta MIRALDI - Sara FERRI - Vahid MOSTAGHIMI, *Rimedi fitoterapici di uso tradizionale nell'Azerbaijan Occidentale (Iran)*, pp. 4-12.

Rita Elisabetta UNCINI MANGANELLI - Paolo Emilio TOMEI, *Specie vegetali americane in uso nella medicina popolare della Toscana*, pp. 13-16.

@ vol. II, n. 2, aprile-giugno 1999

Chiu-Yin KWAN, *The effect of different ginseng extracts on vascular contraction* in vitro*: the evidence for Yin-Yang principle*, pp. 73-77.

@ vol. II, n. 3, luglio-settembre 1999

Michele A. GALANTE, *Reazioni avverse dei farmaci vegetali: un reale problema?*, pp. 130-134.

■ Actes de la Recherche en Sciences Sociales

publié avec le concours de la Maison des sciences de l'homme (Paris), du College de France (Paris), de l'École des hautes études en sciences sociales (Paris) et du Centre nationale des lettres (Paris) / Éditions du Seuil (Paris).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 1-2.

@ n. 128, giugno 1999

Nathalie BAJOS - Michel BOZON, *La sexualité à l'épreuve de la médicalisation: le Viagra*, pp. 34-37.

■ Alteridades

Departamento de antropología, División de ciencias sociales y humanidades, Unidad Iztapalapa, Universidad autónoma metropolitana (UAM) (Iztapalapa, México D.F.).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 3-4.

@ anno 9, n. 17, gennaio-giugno 1999

Paola SESIA, *Los padecimientos gastrointestinales entre los chinantecos de Oaxaca: aspectos denotativos y connotativos del modelo etnomédico*, pp. 71-84.

Arthur J. RUBEL - Carole H. BROWNER, *Antropología de la salud en Oaxaca*, pp. 85-94.

■ L'Altro

Organo ufficiale A.R.F.N. (Associazione ricerca e formazione scienze neuropsicosociali) e S.I.F.I.P. (Società italiana per la formazione in psichiatria) / CISU. Centro d'informazione e stampa universitaria (Roma).

@ anno II, n. 1, gennaio 1999

Massimo GIORNI, *Umori, temperamenti e sogno. Visione del fenomeno onirico in due testi della fine del '500*, pp. 18-21.

Pasquale ANTINIANI, *Necessità e limiti dell'intervento terapeutico e valutazione della qualità. Il caso della psichiatria*, pp. 47-50.

■ Altrove. Società italiana per lo studio degli stati di coscienza

Società italiana per lo studio degli stati di coscienza (SISSC) (Giaveno, provincia di Torino) / Nautilus (Torino).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 3-4, 5-6.

@ n. 6, febbraio 1999

Maurizio ROMANÒ, Los graniceros*: coloro che "lavorano" con il tempo*, pp. 18-38.

Eugeni PORRAS CARRILLO, Pewatero*: appunti sulla cosmovisione e sulla medicina tradizionale fra i Warijó*, pp. 39-49.

Marco MARGNELLI, *Ricerca psicodinamica con Ayahuasca*, pp. 50-61.

Rick J. STRASSMAN, *Panoramica sulla ricerca con DMT*, pp. 62-74 [articolo originariamente apparso su "MAPS", vol. 8, n. 3, 1998 (Sarasota, Florida), pp. 4-11].

Gilberto CAMILLA (curatore), *Chimica e farmacologia dell'*Amanita muscaria, pp. 75-

77 / *Alle porte della percezione: intervista con Italo Sanguineti*, pp. 76-84 / *I Kamchadali e l'*Amanita muscaria, p. 85 [da Georg Wilhelm STELLER, Leipzig, 1774].

Gilberto CAMILLA, *I misteri di Samotracia e il culto dei Cabiri: un'ipotesi micologica*, pp. 86-99.

Ezio ALBRILE, *Montano e l'estasi frigia*, pp. 100-108.

Rosamaria Susanna BARBÀRA, *La danza del vento. L'importanza della danza e della musica nel candomblé di Bahia*, pp. 109-121.

La danza della taranta, pp. 122-123 [documento tratto da Domenico SANGENITO, *Lettere memorabili istoriche politiche ed erudite*, Napoli, 1693].

Gilberto CAMILLA, *Lo sperma del sole: etnobotanica, chimica e farmacologia dell'*epena*: un'introduzione*, pp. 124-135.

■ American Anthropologist

American anthropological association (Arlington, Virginia).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ vol. 100, n. 4, dicembre 1998

Lori E. WRIGHT - Francisco Chew, *Porotic Hyperostosis and paleoepidemiology: a forensic perspective on anemia among the ancient Maya*, pp. 924-939.

@ vol. 101, n. 1, marzo 1999

Lisa L. GEZON, *Of shrimps and spirit possession: toward a political ecology of resource managment in Northern Madagascar*, pp. 58-67.

■ American Ethnologist. The journal of the American ethnological society

The American ethnological society, division of the American anthropological association (Arlington, Virginia).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 1-2, 3-4, 5-6.

@ vol. 25, n. 2, maggio 1998

Michael LAMBEK, *The Sakalava poiesis of history: realizing the past through spirit possession in Madagascar*, pp. 106-127.

@ vol. 26, n. 1, febbraio 1999

Thomas J. CSORDAS, *Ritual healing and the politics of identity in contemporary Navajo society*, pp.3-23.

Jean M. LANGFORD, *Medical mimesis: healing signs of a cosmopolitan "quack"*, pp. 24-46.

■ American Journal of Sociology

The University of Chicago Press, Journals Division (Chicago, Illinois)

@ vol. 104, n. 4, gennaio 1999

Richard A. MIECH - Avshalom CASPI - Terrie E. MOFFITT - Bradley R. ENTNER WRIGHT - Phil A. SILVA, *Low socioeconomic status and mental disorders: a longitudinal study of selection and causation during young adulthood*, pp. 1096-1131.

@ vol. 104, n. 6, maggio 1999

Allen E. LISKA - Fred E. MARKOWITZ - Rachel BRIDGES WHALEY - Pau BELLAIR, *Modeling the relationship between the criminal justice and mental health systems*, pp. 1744-1755.

■ American Sociological Review

The American sociological association (Washington D.C.) / Boyd Printing Company (Albany, New York)

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi "AM", n. 1-2, 3-4.

@ vol. 64, n. 2, aprile 1999

Kenneth F. FERRARO - Melissa M. FARMER, *Utility of health data from social surveys: is there a gold standard for measuring morbidity?*, pp. 303-315.

Bruce G. LINK - John MONAHAN - Ann STUEVE - Francis T. CULLEN, *Real in their consequences: a sociological approach to understanding the association between psychotic symptoms and violence*, pp. 316-332.

■ **Anales de Psiquiatría**

Aran Ediciones (Madrid)

@ **vol. 14, n. 10, 1998**

Angel MARTÍNEZ HERNÁEZ, *Cultura y sintomatología. Los límites del modelo patogenía/patoplastía*, pp. 420-426.

■ **Annales. Histoire, sciences sociales**

École des hautes études en sciences sociales (Paris), avec le concours du Centre national de la recherche scientifique (Paris) / Armand Colin Éditeur (Paris).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 5-6.

@ **anno 52, n. 4, luglio-agosto 1997**

sezione monografica: *Sociologie de l'hôpital*, pp. 733-763.

Nicolas DODIER - Agnès CAMUS, *L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital*, pp. 733-763.

■ **Annali dell'Istituto Superiore di Sanità**

Istituto superiore di sanità (Roma).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 5-6.

@ **vol. 34, n. 4, ottobre-dicembre1998**

Italian National Focal Point (NFP) of the AIDS & Mobility Project [Anna COLUCCI - Pia COVRE - Anna D'AGOSTINI - Pietro GALLO - Salvatore GERACI - Mark KANIEFF - Anna Maria LUZI - Rodolfo MAYER - Aldo MORRONE - Maria DEL ROMERO MORTE KARAG - Nicola PETROSILLO - Laura SPIZZICHINO - Pierre TONDE CLAVER - Stefano VOLPICELLI], *Immigration and health: the Italian situation*, pp. 473-487.

Paola MALVASIO - Roberto RUSSO - Carla ZOTTI - Iolanda VIGNA - Angela RUGGENINI MOIRAGHI, *Determinanti sociali e rischio di epatite virale acuta*, pp. 489-494.

@ **vol. 35, n. 2, aprile-giugno 1999**

numero monografico: *Prevenzione dei fattori di rischio della salute materno-infantile*, a cura di Giuseppe BENAGIANO - Salvatore CARTA - Ranieri GUERRA, pp. 135-347.

Graziella MAZZOLI, *Il rapporto ricercatore, medico, paziente fra informazione, comunicazione e relazione*, pp. 301-305.

■ **Anthologica Medica Santoriana. Pubblicazione della Institutio Santoriana. Fondazione Comèl**

Institutio Santoriana. Fondazione Comèl. Fondazione scientifica per l'umanesimo medico integrale, la salute e l'ambiente (Milano)

@ **1998, parte seconda**

E. L. MARGETTS, *Treapanning the skull in East Africa. A follow-up of Gusii (Kisü) folk surgery after 35 years*, pp. 5-10 e 61-64.

M. BUCCIANTE - T. SICHETTI, *Itzamna e Ixchel - Dèi della medicina*, pp. 65-71.

■ **Anthropology & Medicine**

Carfax (Oxford)

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 5-6.

@ **vol. 5, n. 3, dicembre 1998**

special issue: *Medical anthropology at home: creating distance*, a cura di Els VAN DONGEN e Sylvie FAINZANG, pp. 245-323.

Els VAN DONGEN - Sylvie FAINZANG, *Editorial*, pp. 245-250.

Rob VAN GINKEL, *The repatriation of anthropology: some observations on endo-ethnography*, pp. 251-267.

Sylvie FAINZANG, *Anthropology at home via anthropology abroad: the problematic heritage*, pp. 269-277.

Els VAN DONGEN, *Strangers on terra cognita: authors of the other in a mental hospital*, pp. 279-293.

Ria REIS, *Resonating to pain: introspection as a tool in medical anthropology 'at home'*, pp. 295-310.

Bernard HADOLT, *Locating difference: a medical anthropology 'at home'?*, pp. 311-323.

@ vol. 6, n. 1, aprile 1999

special issue: *Cultural models and HIV/AIDS: new anthropological views*, a cura di Elisa J. SOBO, pp. 5-152.

Elisa J. SOBO, *Cultural models and HIV/AIDS: new anthropological views [introduction to special issue]*, pp. 5-12.

Roberta D. BAER - Susan C. WELLER - Lee PACHTER - Robert TROTTER - Javier GARCIA de Alba GARCIA, *Beliefs about AIDS in five Latin and Anglo-American populations: the role of biomedical model*, pp. 13-29.

Merrill SINGER, *Why do Puerto Rican injection drug users inject so often?*, pp. 31-58.

Robert G. CARLSON, *'Boy' and 'girl': the AIDS risk implications of heroin and cocaine symbolism among injection drug users*, pp 59-77.

Eric A. RATLIFF, *Women as 'sex workers', men as 'boyfriends': shifting identities in Philippine go-go bars and their significance in STD AIDS control*, pp. 79-101.

Laura D. STANLEY, *Transforming AIDS: the moral management of stigmatized identity*, pp. 103-120.

Laura C. SMITH - Kenya J LUCAS - Carl LATKIN, *Rumor and gossip: social discourse on HIV and AIDS*, pp. 121-131.

Delia E. EASTON, *Reckoning with 'the sickness': perceptions of AIDS risk and risk-reduction strategies among Puerto Rican adolescents who know PHAs*, pp. 133-142.

Guro HUBY, *Contesting 'needs': entitlement to welfare benefits for people with HIV/AIDS in Lothian, Scotland*, pp 143-152.

@ vol. 6, n. 2, agosto 1999

Bhargavi V. Davar, *Indian psychoanalysis, patriarchy and Hinduism*, pp. 173-93.

Simon COHN, *Taking time to smell the roses: accounts of people with Chronic Fatigue Syndrome and their struggle for legitimisation*, pp. 195-215.

Jenny LITTLEWOOD, *From the invisbility of miscarriage to an attribution of life*, pp. 217-230.

Ragnar JOHNSON, *The use of photographs in mourning and beravement and the anthropology of art*, pp. 231-241.

Verena KECK, *Colder than cool: disability and personhood among the Yupno in Papua New Guinea*, pp. 261-283.

@ vol. 6, n. 3, dicembre 1999

special issue: *Cultural aspects of cancer control and palliative care*, a cura di Lenore MANDERSON, pp. 317-455.

Lenore MANDERSON, *New perspectives in anthropology on cancer control, disease and palliative care* [*introduction to special issue*], pp. 317-321.

Cheryl RITENBAUGH, *Evolutionary perspectives on diet and cancer*, pp. 323-336.

Garrett MEHL - Tansyn SEIMON - Peter WINCH, *Funerals, big matches and jolly trips: 'contextual spaces' of smoking risk for Sri Lankan adolescents*, pp. 337-357.

Pimpawun BOONMONGKON - Jen PYLYPA - Mark NICHTER, *Emerging fears of cervical cancer in northeast Thailand*, 359-380.

Lenore MANDERSON, *Gender, normality and the post-surgical body*, pp. 381-394.

Elizabeth S. BENNETT, *Soft truth: ethics and cancer in northeast Thailand*, pp. 395-404.

Joseph M. KAUFERT, *Cultural mediation in cancer diagnosis and end of life decision-making: the experience of Aboriginal patients in Canada*, pp. 405-421.

Jon WILLIS, *Dying in country: implications of culture in the delivery of palliative care in indigenous Australian communities*, pp. 423-435.

Alexandra M. CLAVARINO, *Using quality of life endpoints in palliative care: the cultural implications*, pp. 437-455.

■ Anuarul Muzeului Etnografic Al Transilvaniei

Muzeul etnografic al Transilvaniei / Editura Mediamira (Cluj-Napoca, Romania)

@ nuova serie, 1997

Tudor SALAGEAN, *Arta manipulari elementelor in cultura traditionala. Tehnica magica si tehnica pozitiva*, pp. 249-257.

■ **Archivio Antropologico Mediterraneo. Semestrale di studi e ricerche**

Cattedra di antropologia culturale, Istituto di scienze antropologiche e geografiche, Facoltà di lettere e filosofia, Università degli studi di Palermo - Scuola internazionale di scienze umane (Palermo) / Sellerio Editore (Palermo).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 5-6.

@ **anno II, n. 1-2, 1999**

Giovanna SALVIONI, *I giovani, il corpo, la metropoli*, pp. 35-39.

Federica TAMAROZZI, *La voce della sorgente. Parole di malattia e guarigione nella pratica termale in Corsica*, pp. 41-69.

■ **Archivio per l'Antropologia e l'Etnologia**

Società italiana di antropologia e etnologia (Firenze)

@ **vol. CXXVIII, 1998**

Marco PICCARDI, *L'*espressione del dolore *nel fondo Mantegazza dell'Archivio fotografico del Museo Nazionale di Antropologia e Etnologia (Museo di Storia Naturale) di Firenze*, pp. 87-103.

M. Gloria ROSELLI, *Fisionomia a mimica secondo Paolo Mantegazza*, pp. 105-124.

Cosimo CHIARELLI, *Fissare le emozioni. Mantegazza e Darwin e la fotografia delle espressioni*, pp. 125-156.

■ **Archivos de Neurobiología. Revista de psiquiatría y disciplinas afines**

Fundación Archivos de Neurobiología (Madrid) / Editorial Triacastela (Madrid)

@ **vol. 62, n. 2, giugno 1999**

Angel MARTÍNEZ HERNÁEZ, *El pronóstico de la esquizofrenia. Un enigma común a la psiquiatría y a las ciencias sociales*, pp. 135-149.

■ **The British Journal of Psychiatry**

The Royal college of psychiatrists (London).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ **vol. 174, n.1, gennaio 1999**

Janis H. JENKINS - John G. SCHUMACHER, *Family burden of schizophrenia and depressive illness. Specifying the effects of ethnicity, gender and social ecology*, pp. 31-38.

@ **vol. 174, n. 6, giugno 1999**

Pamela Y. COLLINS - Vijoy VARMA - Narendra N. WIG - Ramin MOJTABAI - Richard DAY - Ezra SUSSER, *Fever and acute brief psychosis in urban and rural settings in north India*, pp. 520-524.

@ **vol. 175, n. 1, luglio 1999**

George E. MAHY - Rosemarie MALLETT - Julian LEFF - Dinesh BHUGRA, *First-contact incidence rate of schizophrenia on Barbados*, pp. 28-33.

Nicky GOATER - Michael KING - Eleanor COLE - Gerard LEAVEY - Eric JOHNSON-SABINE - Robert BLIZARD - Amanda HOAR, *Ethnicity and outcome of psychosis*, pp. 34-42.

Glynn HARRISON - Shazad AMIN - Swaran P. SINGH - Tim CROUDACE - Peter JONES, *Outcome of psychosis in people of African-Caribbean family origin. Population-based first-episode study*, pp. 43-49.

@ **vol. 175, n. 3, settembre 1999**

F. W. HICKLING - K. MCKENZIE - R. MULLEN - R. MURRAY, *A Jamaican psychiatrist evaluates diagnoses at a London psychiatric hospital*, pp. 283-285.

Peter B. JONES, *Invited commentaries on: A Jamaican psychiatrist evaluates diagnoses at a London psychiatric hospital*, pp. 286.

Michael KING, *Invited commentaries on: A Jamaican psychiatrist evaluates diagnoses at a London psychiatric hospital*, pp. 286.

■ **Cahiers d'Études Africaines**

Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales [EHESS] (PARIS)

@ n. 154, vol. XXXIX, fasc. 2, [aprile-giugno] 1999.

Marc-Éric GRUÉNAIS, *La religion préserve-t-elle du SIDA? Des congrégations congolaises face à la pandémie de l'infection par le VIH*, pp. 253-270 [nota: testo rimaneggiato di una comunicazione presentata dall'Autore al Colloque ORSTOM-CODESRIA *"Les sciences sociales face au SIDA: bilan et perspectives"*, tenuto a Saly Portudal, Sénégal, nei giorni 4-8 novembre 1996 / le informazioni di cui vi si dà conto sono state rilevate nel quadro del progetto "Organiser la lutte contre le Sida en Afrique. Une étude comparative sur les rapports État - Société civile" sostenuto dall'ANRS (Agence nationale de recherche sur le SIDA)].

■ **The Canadian Journal of Psychiatry**

Canadian psychiatric association (Ottawa, Ontario).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ vol. 43, n. 8, ottobre 1998

Laurence J. KIRMAYER - Lucy J. BOOTHROYD - Stephen HODGINS, *Attempted suicide among Inuit youth: psychosocial correlates and implications for prevention*, pp. 416-422.

■ **Comparative Studies in Society and History. An international quarterly**

Society for the comparative studies in society and history, University of Michigan (Ann Arbor, Michigan) / Cambridge University Press (Cambridge - New York).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 5-6.

@ vol. 41, n. 1, gennaio 1999

Benigno TRIGO, *Anemia and vampires: figures to govern the colony, Puerto Rico, 1880 to 1904*, pp. 104-123.

■ **Continuity and Change. A journal of social structure, law and demography in past societies**

Cambridge Group for the history of population and social groups (Cambridge) - Tulane Law School (New Orleans, Louisiana) / Cambridge University Press (Cambridge).

@ vol. 11, parte 1, maggio 1996

Daniel LORD SMAIL, *Accomodating plague in medieval Marseille*, pp. 19-41.

@ vol. 12, parte 1, maggio 1997

Clare HOLDSWORTH, *Women's work and family health: evidence from the Staffordshire potteries, 1890-1920*, pp. 103-128.

@ vol. 12, parte 2, agosto 1997

numero speciale: *Classification of causes of death*, a cura di George C. ALTER - Ann G. CARMICHAEL.

George C. ALTER - Ann G. CARMICHAEL, *Reflections on the classification of causes of death*, pp. 169-173.

Günter B. RISSE, *Cause of death as a historical problem*, pp. 175-588.

K. Codell CARTER, *Causes of disease and causes of death*, pp. 189-198.

Jocelyn DUFFIN, *Census versus medical daybooks: a comparison of two sources on mortality in Nineteenth-century Ontario*, pp. 199-219.

Barbara LEIDINGER - W. Robert LEE - Peter MARSHALK, *Enforced convergence = political change and cause-of-death registration in the Housestadt Bremen, 1860-1914*, pp. 221-246.

Esteban RODRIGUEZ-OCAÑA - Josep BERNABEU-MESTRE, *Physicians and statisticians: two ways of creating demographic health statistics in Spain, 1841-1936*, pp. 247-264.

Frans VAN POPPEL - Jitse P. VAN DIJK, *The development of cause-of-death registration in the Netherlands, 1865-1955*, pp. 265-287.

@ vol. 13, parte 2, agosto 1998

Frances BELL - Robert MILLWARD, *Publich health expenditures and mortality in England and Wales, 1870-1914*, pp. 221-249.

@ vol. 14, parte 2, agosto 1999

Caludia EDWARDS, *Age based rationing of medical care in Nineteenth-century England*, pp. 227-265.

■ Culture, Medicine, and Psychiatry

Department of social medicine, Harvard medical school (Boston, Massachusetts) / Kluwer Academy Publishers Group (Dordrecht, Nederland).

➥ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ vol. 22, n. 4, dicembre 1998

Cécile ROUSSEAU - Taher M. SAID - Marie-Josée GAGNÉ - Gilles BIBEAU, *Between myth and madness: the Premigration dream of leaving among young Somali refugees*, pp. 385-411.

Linda L. BARNES, *The psychologizing or Chinese healing practices in the United States*, pp. 413-443.

Ursula STREIT - Jean LEBLANC - Abdelwahed MEKKI-BERRADA, *A Moroccan woman suffering from depression: migration as an attempt to escape* Sorcellerie (clinical case study), pp. 445-463.

Robert J. BARRETT, *The 'schizophrenic' and the liminal persona in modern society* (review essay), pp. 465-494.

Louis A. SASS, *Interpreting schizophrenia: construal or construction? A reply to Robert J. Barrett*, pp. 495-503.

@ vol. 23, n. 1, marzo 1999

numero monografico: *The transformation of social experience in Chinese society: anthropological, psychiatric and social medicine perspectives*, a cura di Arthur KLEINMAN - Joan KLEINMAN - Sing LEE, pp. 1-155.

Arthur KLEINMAN - Joan KLEINMAN - Sing LEE, *Introduction to the transformation of social experience in Chinese society: anthropological, psychiatric and social medicine perspectives*, pp. 1-6.

Arthur KLEINMAN - Joan KLEINMAN, *The transformation of everyday social experience: what a mental and social health perspective reveals about Chinese communities under global and local change*, pp. 7-24.

Michael R. PHILLIPS - Huaqing LIU - Yanping ZHANG, *Suicide and social change in China*, pp. 25-50.

Sing LEE, *Fat, fatigue and the feminine: the changing cultural experience of women in Hong Kong*, pp. 51-73.

Yunxiang YAN, *Rural youth and youth culture in North China*, pp. 75-97.

Kuah KHUN ENG, *The changing moral economy of ancestor worship in a Chinese emigrant district*, pp. 99-132.

Matthew KOHRMAN, *Motorcycles tor the disabled: mobility, modernity and the transformation of experience in urban China*, pp. 133-155.

@ vol. 23, n. 2, giugno 1999

Don SEEMAN, *"One people, one blood": public health, political violence, and HIV in an Ethiopian-Israeli setting*, pp. 159-195.

Petra RETHMAN, *Deadly dis-ease: medical knowledge and healing in Northern Kamchatka, Russia*, pp. 197-217.

Alean AL-KRENAWI - John R. GRAHAM, *Gender and biomedical/traditional mental health utilization among the Bedouin-Arabs of the Negev*, pp. 219-243.

S. Bryn AUSTIN, *Fat, loathing and public health: the complicity of science in a culture of disordered Eating*, pp. 245-268.

@ vol. 23, n. 3, settembre 1999

Komatra CHUENGSATIANSUP, *Sense, symbol. and soma: Illness experience in the soundscape of everyday life*, pp. 273-301.

Norma C. WARE, *Toward a model of social course in chronic illness: the example of chronic fatigue syndrome*, pp. 303-331.

Alfonso MARTÍNEZ-TABOAS, *A case of spirit possession and glossolalia* (clinical case study), pp. 333-348.

Sing LEE, *Diagnosis postponed:* shenjing shuairuo *and the transformation of psychiatry in post-Mao China*, pp. 349-380.

Keh-Ming LIN, *Does crisis foster opportunity? A commentary on "diagnosis postponed:* shenjing shuairuo *and the transformation of psychiatry in post-Mao China," by Sing Lee*, pp. 381-388.

Arthur KLEINMAN, *The moral economy of depression and neurasthenia in China. A few comments on "diagnosis postponed:* shenjing shuairuo *and the transformation of psychiatry in post-Mao China," by Sing Lee*, pp. 389-392.

Wenwei YAN, *A commentary on "diagnosis postponed:* shenjing shuairuo *and the transformation of psychiatry in post-Mao China," by Sing Lee*, pp. 393-396.

Qijie SHEN, *A Commentary on "diagnosis postponed:* shenjing shuairuo *and the transformation of psychiatry in post-Mao China," by Sing Lee* , pp. 397-399.

■ Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

Organo del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario, Università degli studi di Perugia / Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ vol. 21, n. 1, gennaio-marzo 1998

Michela BEVILACQUA - Alberto PELLAI, *Bambini sieropositivi a scuola: indagine tra gli insegnanti*, pp. 11-19.

Felice VITULLO - Rosa ARBORETTI - Franca MARINI - Anna ANCONITANO - Mariella DI LALLO - Giovanni ANGELI - Marco OLIVIERI - Gianni TOGNONI, *Indagine conoscitiva sul livello di informazione e sulla percezione soggettiva del rischio per malattie cardiovascolari e tumori in un campione di studenti delle scuole medie superiori*, pp. 29-43.

Suzanne HUME, *La famiglia europea in cambiamento. Impatto del cambiamento della famiglia in Europa: il caso della Gran Bretagna*, pp. 59-72.

@ vol. 21, n. 2, aprile-giugno 1998

numero dedicato a: *Atti del Convegno "Giovani e alcol: quale prevenzione?", Brescia, 10 ottobre 1997*, a cura di Silvano MONARCA - Paola BEATINI - Fiorenza CAVAGNINI, pp. 9-114.

Giovanni CORRAO - COMMISSIONE MISTA PER LA STIMA DELL'IMPATTO DEL CONSUMO DI ALCOL SULLA SALUTE, *Epidemiologia dei consumi e dei problemi alcol-correlati in Italia*, pp. 13-23.

@ vol. 21, n. 3, luglio-settembre 1998

Ilona KICKBUSH, *Pensare sano. Cos'è che fa la differenza*, pp. 14-26 [«relazione di apertura della IV Conferenza sulla promozione della salute su "New players for a new era. Loading health promotion into the 21st century", Jakarta, luglio 1997»].

Ronald LABONTE, *Una politica sana e l'Organizzazione mondiale per il commercio. Una proposta per una presenza internazionale della salute nei futuri dibattiti sull'investimento e il commercio mondiale*, pp. 54-70.

Mara FANÌ - Angela MOIRAGHI RUGGENINI, *La formazione dei medici di medicina generale per la promozione della salute. Un caso concreto*, pp. 71-80.

@ vol. 22, n. 1, gennaio-marzo 1999

Gianni BARRO, *Editoriale. Non solo sanità, non solo salute, ma anche equità. Riflessioni sulla X Conferenza dell'Associazione internazionale di politiche per la salute - IAHP*, pp. 14-17.

Giancarlo POCETTA, *Valutazione economica ex ante in promozione della salute: aspetti metodologici e risultati di esperienze*, pp. 18-36.

Gianni GRAZIOSI - Gianni MONDAINI - Annalisa PELOSI - Marina PINELLI, *Percezione del rischio negli adolescenti della provincia di Modena. Risultati di un'indagine svolta*

presso l'Istituto tecnico per geometri "G. Guarini", pp. 62-76.

@ vol. 22, n. 2, aprile-giugno 1999

Mauro PALAZZI, *Tetano... vaccinarsi è meglio. Valutazione di una campagna di educazione alla salute*, pp. 9-23.

Livio SINDONI - Maria Luisa CALISTO - Giuseppe CANNAVÒ - Domenico GRECO - Isa PICERNO - Pasquale SPATARO, *Valutazione sulla conoscenza delle vaccinazioni obbligatorie e consigliate su un campione di studenti delle scuole medie superiori della città di Messina*, pp. 24-33.

Bianca ADEMOLLO - Rosa DONATO - Roldano ROMOLINI - Cristina SACCO, *Fumo e salute buccale: indagine sull'atteggiamento di un campione di odontoiatri fiorentini*, pp. 34-43.

@ vol. 22, n. 3, luglio-settembre 1999

Daniela BARZANTI - Daniela RANOCCHIA - Daniela BOVO - Carlo ROMAGNOLI - Giancarlo GIANGRECO - Valeria MATTEUCCI - Maria NEGOZIANTI, *Un'esperienza di ricerca e di valutazione condotta in fase di sperimentazione di uno screening mammografico*, pp. 17-29.

Rosa DONATO - Marco INGIULLA - Bianca ADEMOLLO - Lorenzo Federico SIGNORINI, *Ricaduta di un insegnamento di igiene sul livello delle conoscenze di studenti afferenti alla Facoltà di scienze della formazione*, pp. 30-41.

■ Effective Health Care. Edizione italiana. Bimestrale sull'efficacia degli interventi sanitari

Editore Zadig (Milano) - Centro Cochrane Italiano. Associazione per la ricerca sulla efficacia della assistenza sanitaria / la traduzione italiana di "Effective Health Care" è pubblicata grazie a un accordo con The Royal Society of Medicine Press Limited.

@ vol. 3, n. 4, luglio-agosto 1999

Trasferire gli interventi efficaci nella pratica clinica, pp. 1-15.

■ E & P. Epidemiologia & Prevenzione

Cooperativa Epidemiologia & Prevenzione (Milano) / Lauri Edizioni (Milano).

@ n. 23 (79), luglio-settembre 1999

Enrico MATERIA - Teresa SPADEA - Lorenza ROSSI - Giulia CESARONI - Massimo ARCÀ - Carlo A. PERUCCI, *Diseguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socio-economica a Roma*, pp. 197-206.

■ Ethnologie Française

Société d'ethnologie française - Centre d'ethnologie française - Musée national des arts et traditions populaires (Paris), publiée avec le concours du Centre national de la recherche scientifique et de la Direction des Musées de France / Armand Colin (Paris).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ tomo XXVIII, n. 1, gennaio-marzo 1998

Numero monografico: *Sida: deuil, mémoire, nouveaux rituel*, a cura di Christophe BROQUA - Françoise LOUX - Patrick PRADO, 155 pp.

Christophe BROQUA - Françoise LOUX - Patrick PRADO, *Présentation. Sida: deuil, mémoire, nouveaux rituels*, pp. 5-9.

Jean CUISINIER, *Ceremoniél ou rituel?*, pp. 10-19.

Michel COLARDELLE, *La mémoire des exclus. Réflexions archéologique et historique sur la maladie et la mort épidémiques*, pp. 20-26.

Jean-Pierre PETER, *Mort, rites, épidémies, ruptures: un regard*, pp. 27-30.

Michel HANUS, *Sida et travail de deuil*, pp. 31-36.

David LE BRETON, *La contamination du sens*, pp. 37-42.

Jean-Didier URBAIN, *Mort traquée, mort tracée. Culte des morts, crémation, sida*, pp. 43-49.

Christian BIOT, *Les transformations du rituel catholique*; pp. 50-56.

Gérard BÉNÉTEAU [Témoignage], *Association Solidarité Sida Saint-Eustache*, pp. 57-60.

Michèle CROS, *Destin du spectre sidéen ou De contamination en accusation*, pp. 61-67.

Claudie HAXAIRE, *«Outragés de la sorte, on a déjà vu des morts pleurer...»*, pp. 68-74.

Bernard PAILLARD, *Réintégration du disparu dans le cortège des vivants*, pp. 75-79.

Michèle FELLOUS, *Le Quilt: un mémorial vivant pour les morts du sida*, pp. 80-86.

Témoignages: Jacque HÉBERT, *Le Patchwork des Noms*, pp. 87-89 / Jean-Luc Fulachier, *Le mémorial de Vaincre Le Sida*, pp. 89-91 / Marie DE HENNEZEL (intervistato) - Jen-Louis TERRANGLE (intervistatore), *Association Bernard Dutant*, pp. 91-94 / Nicole BERNARD (intervistato) - Dinah GELINIER (intervistatore), *Un rituel interassociatif à Lyon*, pp. 94-97 / Arnaud Marty-Lavauzelle, *Les rituels de deuil de l'association AIDES*, pp. 97-102.

Christophe BROQUA, *De quelques expressions collectives de la mémoires face au sida*, pp. 102-111.

Zeev GOURARIER, *Mémoire et musée*, pp. 112-114.

Hervé JÉZÉQUEL, *Photographie et témoignage*, pp. 115-126.

Stéphane ABRIOL, *Art et mémoire: des mémoriaux, pour les victimes du sida*, pp. 127-134.

Olivier BLANCKART (intervistato) [Témoignage], *Association Vaincre Le Sida*, pp. 135-139.

@ tomo XXVIII, n. 4, ottobre dicembre 1998

Marie-Christine POUCHELLE, *«Ici on ne fait pas des cadeaux». Partage du temps et don de soi à l'hopital*, pp. 540-550

■ Etnoantropologia

Associazione italiana per le scienze etnoantropologiche (AISEA) (Roma) / Argo (Lecce).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 1-2, 5-6.

@ n. 6-7, 1997-1998

Gioia DI CRISTOFARO LONGO, *Cultura, salute e immigrazione. Roma, Ospedale S. Gallicano*, pp. 283-284.

■ Ethnology. An international journal of cultural and social anthropology

Department of anthropology, University of Pittsburgh (Pittsburgh, Pennsylvania).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ vol. 38, n. 2, primavera 1999

Alean AL-KRENAWI - John R. GRAHAM, *Conflict resolution through a traditional ritual among the Bedouin Arabs of the Negev*, pp. 163-174.

■ Filigrane. Écoutes psychothérapiques

Filigrane (Montréal, Québec).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 3-4, n. 5-6.

@ vol. 8, n. 1, primavera 1999

dossier: *Malaise dans la clinique I*, pp. 3-85.

Louise GRENIER, *Présentation. Malaise dans la clinique: cadre, éthique, déontologie I*, pp. 3-7.

Dominique SCARFONE, *La psychanalyse: entre malaise et résistance*, pp. 77-85.

Julie PAQUIN, *Un «faux pas» historique:* Totem et tabou, *un acte qui fait trace*, pp. 134-149.

@ vol. 8, n. 2, autunno 1999

dossier: *Malaise dans la clinique II*, pp. 3-99.

Hélène RICHARD, *Présentation. Malaise dans la clinique: cadre, éthique, déontologie II*, pp. 3-5.

Christophe DEJOURS, *Psychanalyse et politque: science, sexe, travail*, pp. 6-20.

Roger DUFRESNE, *Faut-il tuer les psychanalystes? De la pilule à la parole. Réflexions sur la place de la psychanalyse dans le réseau de la santé mentale au Québec*, pp. 21-32 [nota: versione modificata di una relazione presentata dall'Autore al Colloquio su "*De la pilule à la parole. (La place de la psychanalyse dans le réseau de la santé mentale au Québec)*", organizzato a Montréal il 1° maggio 1998 dal Cénacle du fil d'Ariane (regroupement d'etudiants de 3° cycle du Département de psychologue de l'Université du Québec à Montréal [UQAM])].

Wilfrid REID, *Le cadre analytique revisité*, pp. 33-48.

Hélene TESSIER, *Lucidité et psychanalyse. Mais... "qui sont donc les psychanalystes?"*, pp. 49-63.

Gail S. REED, *Un raisonnement toxique pour la psychanalyse*, pp. 64-75.

Carole LEVERT, *La psychanalyse au risque de l'institution*, pp. 76-87.

Réal LAPERRIÈRE, *Le malaise de l'imposteur*, pp. 88-99.

René ROUSILLON, *Situations et configurations transférentielles limites*, pp. 100-120.

■ Fogli di Informazione. Documenti e ricerche per l'elaborazione di pratiche alternative in campo psichiatrico e istituzionale

Cooperativa Centro di documentazione (Pistoia)

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 3-4.

@ anno XXIV, n. 170, nuova serie, giugno-agosto 1996

numero speciale: Paolo TRANCHINA - Maria Pia TEODORI, *Manicomio ultimo atto. Bilanci, rischi, prospettive della chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici in Italia*, 239 pp.

@ anno XXVI, n. 176, gennaio-marzo 1998

Giuseppe CARDAMONE - Piero COPPO, *Salute mentale, cultura e formazione. Note interdisciplinari ed etnopsichiatriche sul curare*, pp. 42-47.

Paulo AMARANTE, *La riforma psichiatrica e il superamento del manicomio in Brasile*, pp. 63-65.

@ anno XXVI, n. 178, luglio-settembre 1998

Atti del Primo convegno internazionale per la salute mentale "Franco Basaglia. La comunità possibile", Trieste, 20-24 ottobre 1998.

Giuseppe DELL'ACQUA, *Sulla necessità del cambiamento*, pp. 1-9.

@ anno XXVI, n. 179, ottobre-dicembre 1998

Paolo TRANCHINA, *La deistituzionalizzazione psichiatrica in Italia: un processo di acquisizione collettiva di cittadinanza*, pp. 25-36.

Edimilson Brito RODRIGUEZ - Marcio Augusto FREITAS DE MEIRA, *Il primo forum internazionale di cultura di Belèm*, pp. 37-47.

Paulo AMARANTE, *Il pensiero e l'azione di franco Basaglia nel contesto delle questioni attuali nell'ambito della filosofia delle scienze*, pp. 48-54.

■ FS. Feminist Studies

Women's studies Department, University of Maryland (College Park, Maryland).

@ vol. 25, n. 2, estate 1999

Deborah NELSON, *Beyond privacy: confessions between a woman and her doctor*, pp. 279-306.

■ Funü yu Liang Xing Xuekan / Journal of Women and Gender Studies

Women's research program, Population studies center, National Taiwan University (Taipei, Taiwan).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 5-6.

@ n. 9, aprile 1998

Chu-Hui CHANG [ZHANG Juhui] - Yow-Hwey HU [HU Youhui] - Chueh CHANG

[ZHANG Jue], *Zigong qiechushu qian yishi gaozhi neirong zhi yanjiu* [Ricerca sull'informazione fornita dai medici prima dell'isterectomia], pp. 115-144 [riassunto in inglese: *Physician's inform on hysterectomy*, p. 144].

Chueh CHANG [ZHANG Jue] - Chu-Hui CHANG [ZHANG Juhui], *Funü jiankang yu "yiliaohua": yi tingjingqi/gengnianqi wei li* [Salute della donna e medicalizzazione: climaterio/menopausa come esempi], pp. 145-185 [riassunto in inglese: *Medicalization of women's health: menopause/climacteric as an example*, p. 185].

■ Giornale Italiano di Riflessoterapia ed Agopuntura. Organo ufficiale della S.I.R.A.A. Società italiana di riflessoterapia agopuntura auricoloterapia

S.I.R.A.A. Società italiana di riflessoterapia agopuntura auricoloterapia (Torino) / Edizioni Libreria Cortina (Torino)

@ anno 8, n. 1, 1996

Paolo BARBAGLI, *Presenza delle medicine non convenzionali nelle banche dati mondiali (1990-95)*, pp. 119-126.

@ anno 8, n. 2-3, 1996

Piero E. QUIRICO - GIuseppe LUPI - Gianni ALLAIS, *L'effetto immunomodulatore dell'agopuntura*, pp. 175-179.

Diego VOGHERA, *L'agopuntura e la gastroenterologia*, pp. 181-191.

■ Gradhiva. Revue semestrielle d'histoire et d'archives de l'anthropologie

Section histoire de l'ethnologie du Musée de l'homme (Paris), avec la collaboration scientificque de l'École des hautes études en sciences sociales / Éditions Jeanne-Michel Place (Paris).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 1-2, n. 3-4.

@ n. 22 1997

Giordana CHARUTY, *L'invention de la médecine populaire*, pp. 45-57.

@ n. 23 1998

Christine BERGÉ, *Incorporation et métaphore dans les théâtres thérapeutiques*, pp. 23-33.

Emmanuelle KADYA TALL, *La transe dans tous ses états: voduns, orixas, caboclos et erés*, pp. 35-46;

Arian DELUZ, *Sida, femmes et sorcellerie en pays gouro (Cote d'Ivoire)*, pp. 121-126.

@ n. 25 1999

Véronique SERVAIS**,** *Enquête sur le "pouvoir thérapeutique" des dauphins. Ethnographie d'une recherche,* pp. 93-105.

■ Guanghua / Sinorama. Chinese-English bilingual monthly

Sinorama Magazine (Taipei, Taiwan)

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 5-6.

@ vol. 23, n. 12, dicembre 1998

CHEN Yaling [Elaine CHEN], *Bianzhe de hua. Kuaji yu duihua* [Nota editoriale. Oltrepassare i confini e dialogare] / *Editor's note. Crossing boundaries*, traduz. dal cinese in inglese di Phil NEWELL, pp. 2-3.

XIE Shufen [Daisy HSIEH], *21 shiji yixue zhuliu - "disan yixue"* [La principale corrente della medicina nel XXI secolo: la Terza Medicina] / *Coming of age: traditional Chinese medicine prepares for the 21st century*, traduz. dal cinese in inglese di Scott WILLIAMS, pp. 6-17.

XIE Shufen [Daisy HSIEH], *Zhong xi yixue de duihua* [Un dialogo tra la medicina cinese e la medicina occidentale] / *A dialogue between Chinese and Western medicine*, traduz. dal cinese in inglese di Scott WILLIAMS, pp. 18-23.

XIE Shufen [Daisy HSIEH], *Shihuaizhe bian Hua Tuo* [Il dottor Schweizer si trasforma in Hua Tuo [eminente medico cinese, 130-220 d.C.]] / *At the crossroads of Chinese and Western medicine*, traduz. dal cinese in inglese di Phil NEWELL, pp. 23-27.

@ vol. 24, n. 6, giugno 1999

ZHANG Qiongfang [CHANG Chiung-fang], *Quan min kang ai shidai lailin* [È arrivata

l'era della mobilitazione nella lotta contro il cancro] / *Taiwan's all-out war against cancer has begun!,* traduz. dal cinese in inglese di Phil NEWELL, pp. 6-19.

XIE Shufen [Daisy HSIEH], *Yi tie pianfang, qi si ming yi - aizheng de linglei zhiliao feng* [Una prescrizione non ortodossa fa morire di rabbia i medici famosi: la moda delle cure alternative del cancro] / *Alternative treatment: cure or illusion?* traduz. dal cinese in inglese di Phil NEWELL, pp. 20-29

XIE Shufen [Daisy HSIEH], *Zhong xi hebi, lian shou kang ai* [Integrazione tra Oriente e Occidente, uniti nella lotta contro il cancro] / *Integrating East and West in the fight against cancer*, traduz. dal cinese in inglese di Robert TAYLOR, pp. 29-31.

@ vol. 24, n. 9, settembre 1999

CHEN Miaoling [Marlene CHEN], *Taiyazu de "modai wushi"?* [L'ultimo sciamano della tribu dei Taiya?] / *Disappearing magicians: the twilight of Taiwan's aboriginals shamans*, traduz. dal cinese in inglese di Phil NEWELL, pp. 120-127.

@ vol. 24, n. 9, ottobre 1999

XIE Shufen [Daisy HSIEN], *Dang youyu zhujian cheng zheng* [Quando la depressione diventa malattia] / *When depression looks set to stay...*, traduz. dal cinese in inglese di Nula LIR, pp. 118-125.

■ History of Psychiatry

Alpha Academic Press - The Royal College of Psychiatrists (London, UK)

@ vol. VII, n. 4, 1996

BENG YEONG NG - EE HEOK KUA, *Koro in ancient Chinese history*, pp. 563-570.

■ L'Homme. Revue française d'anthropologie

publiée par le Laboratoire d'anthropologie sociale, École des hautes études en sciences sociales (Paris), avec le concours du Centre national de la recherche scientifique (Paris) / Edition du Seuil (Paris).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi «AM», n. 1-2, 3-4, 5-6.

@ anno n. 148, ottobre-dicembre 1998

Véronique BOYER, *Le récit de Lessa. Des cultes de possession aux Églises pentecôtistes*, pp. 119-137.

@ anno n. 149, gennaio-marzo 1999

numero monografico: *Anthropologie psychanaytique*, a cura di Patrice BIDOU - Jacques GALINIER - Bernard JUILLERAT, pp. 7-175 [nota: «Ce numéro regroupe la plupart des communications presentées au symposium «Une anthropologie psychanalytique est-elle possible?» qui s'est tenu à la Maison des sciences de l'homme, à Paris, les 5 et 6 juin 1997, sous les auspices de l'Association pour la recherche en anthropologie sociale, avec le concours du CNRS, du Laboratoire d'anthropologie sociale et du Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative de l'Université Paris X - Nanterre»].

Patrice BIDOU - Jacques GALINIER - Bernard JUILLERAT, *Arguments*, pp. 7-24.

André GREEN, *Le psychisme entre antropologues et psychanalystes. Une différence d'interprétation*, pp. 25-42.

Gillian GILLISON, *L'anthropologie psychanalytique. Un paradigme marginal*, pp. 43-52.

Jacques GALINIER, *Une pensée otomi de l'inconscient*, pp. 53-62.

Bernard JUILLERAT, *La mort yafar. Les métamorphoses du sujet dans une culture mélanésienne*, pp. 63-72.

Patrice BIDOU, *Des fantômes et des hommes. Une topologie amazonienne de l'inconscient*, pp. 73-82.

Stéphane BRETON, *Considérations mélanésiennes sur la personne*, pp. 83-112.

Antoinette MOLINIÉ, *«Te faire la peau pour t'avoir dans la peau.» Lambeaux d'ethnopsychanalyse andine*, pp. 113-134.

Margarita XANTHAKOU, *Des incestes en Grèce. Cas d'espèce ou faits polèmiques*, pp. 135-144.

Adriane DELUZ, *L'histoire de Laurentine. Une cure entre village et hôpital (Côte-d'Ivoire)*, pp. 145-154.

Florence GUINARD, *Œdipe et la mentalité de groupe*, pp. 155-166.

Charles-Henry PRADELLES DE LATOUR, *L'Œdipe à nouveau*, pp. 167-175.

@ anno n. 150, aprile-giugno 1999

Laurent VIDAL, *La transmission. Le SIDA et ses savoirs*, pp. 59-83.

Carlo SEVERI, *Les ratés de la coutume. Folies chrétiennes et rituels de guérison*, pp. 235-242.

@ anno n. 151, luglio-settembre 1999

Daniel FABRE, *Un rendez-vous manqué. Ernesto de Martino et sa réception en France*, pp. 207-236 [nota: Una prima versione di questo testo, redatta nel novembre 1995 per il convegno internazionale "Ernesto de Martino nella cultura europea", Roma, 29 novembre - Napoli, 30 novembre - 1-2 dicembre 1995 ed è apparsa nel volume degli atti *Ernesto de Martino nella cultura europea*, a cura di Clara Gallini e Marcello Massenzio, Liguori Editore, Napoli, 1997, X+386 pp.].

■ Ikon. Forme e processi del comunicare

Istituto di ricerca sulla comunicazione A. Gemelli e C. Musatti (Milano) / Franco Angeli (Milano).

@ n. 37, 1998

Paolo INGHILLERI - Marta CASTIGLIONI - Federica DE CORDOVA, *I cittadini stranieri e i servizi socio-sanitari italiani: modalità di comunicazione e cambiamento dell'identità*, pp. 37-73 [In questo saggio vengono presentati i risultati concernenti un settore di una più ampia ricerca: a tale ricerca fanno riferimento altri due saggi, non pertinenti l'antropologia medica, nonché un testo introduttivo generale di Gianfranco BETTETTINI, *Presentazione della ricerca "La comunicazione multiculturale: quattro comunità di immigrati a Milano"*, pp. 7-10].

■ Ilha. Revista de Antropologia

Programa de pós-graduação em antropologia social (PPGAS), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (Florianopolis, Estado de Santa Catarina, Brasil)

@ vol. 1, n. 0, ottobre 1999

Fernando GIOBELLINA BRUMANA, *A escada de Wittgenstein ou como deixar de quebrar a cabeça com a eficácia simbólica*, pp. 7-34.

Esther Jean LANGDON, *Representações do poder xamanístico nas narrativas dos sonhos Siona*, pp. 35-56.

Antonio GUERCI - Stefania CONSIGLIERE, *Por uma antropologia da dor. Nota preliminar*, pp. 57-72.

Mauro Guilherme PINHEIRO KOURY, *A dor como objeto de persquisa social*, pp. 73-83.

■ Intersezioni. Rivista di storia delle idee

Il Mulino (Bologna).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi "AM", n. 1-2, 3-4.

@ anno XIX, n. 2, agosto 1999

Francesca RIGOTTI, *Del vizio della gola e di altri vizi*, pp. 157-184.

■ L'Ippogrifo. La Terra vista dalla Luna

Associazione "Enzo Sarli" (Pordenone)

@ Quaderno estate 1999

sezione monografica: *I sintomi della salute*, pp. 5-65

Augusto CASASOLA, *Introduzione*, pp. 5-8.

Luciano PADOVESE, *La visione cristiana del corpo*, pp. 9-10.

Piervincenzo DI TERLIZZI, *Metodi di cura e condizione dell'ammalato nella medicina greca*, pp. 11-13.

Francesco STOPPA, *Il valore del sintomo*, pp. 14-17.

Franco LUCHINI, *Hai sofferto durante la*

malattia? A no l'è un mâl ch'al nol sedi ência un bên!, p. 18.

Stefano FREGONESE, *Il sintomo bambino*, pp. 19-21.

Paola FACCHIN, *Corrisponenza dalle Ande*, pp. 22-25.

Ettore PERRELLA, *Può esserci una psicopatologia senza un concetto di salute?*, pp. 26-28.

Massimo RICCETTI, *La città della salute*, pp. 29-30.

Roberto BAGNARIOL, *I sintomi della salute*, p. 31.

Angelo CASSIN (intervistato), *La salute dell'Istituzione*, pp. 32-34.

Leopoldo PERATONER, *Pensare la cura del bambino a partire dall'Istituzione Ospedaliera,* pp. 35-39.

Piero FELICIOTTI, *Baudelaire alla Unità Sanitaria Locale*, pp. 47-51.

Mario COLUCCI, *L'infelicità del medico*, pp. 53-55.

Bruno VIDAL, *Errori della medicina, errori dei medici*, pp. 56-60.

Giuseppina PAVAN, *La salute dell'anziano: ossessione della salute ed elusione della morte*, pp. 64-65.

■ L'Ippogrifo. Atti e documenti / pubblicazione allegata a "L'Ippogrifo. La Terra vista dalla Luna"

Associazione "Enzo Sarli" (Pordenone)

@ Estate 1999, pubblicazione allegata a "L'Ippogrifo. La Terra vista dalla Luna", Quaderno estate 1999

numero monografico: *Soggetto e istituzione. L'eredità di Franco Basaglia. Giornata di studio. Udine 22 maggio 1998*, 63 pp.

Mario NOVELLO, *Presentazione. Superare il manicomio*, pp. 3-5.

Gelindo CASTELLARIN, *Soggetto e istituzione. L'eredità di Franco Basaglia. Introduzione alla giornata di studio*, pp. 6-8.

Augusto CASASOLA, *Dalla lotta anti istituzionale alle nuove forme di disagio e segregazione*, pp. 9-20.

Franco ROTELLI, *Quale politica per la salute mentale alla fine di un secolo di riforme?*, pp. 21-24.

Giovanna GALLIO, *Franco Basaglia e l'utopia della realtà. Rileggendo* Che cos'è la psichiatria?, pp. 25-36.

Francesco STOPPA, *La comunità terapeutica e i destini della cura*, pp. 37-42.

Mario COLUCCI, *Franco Basaglia maestro di pensiero: una proposta di lettura*, pp. 43-48.

Franca ONGARO BASAGLIA, *L'eredità di Franco Basaglia*, pp. 49-54.

Carlo VIGANÒ, *Appendice. Basaglia con Lacan*, pp. 55-60.

Lucio SCHITTAR, *Appendice. Franco Basaglia*, pp. 61-62.

■ Journal of Anthropological Research

(già: **Southwestern Journal of Anthropology**)
The University of New Mexico (Albuquerque, New Mexico).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 3-4, 5-6.

@ vol. 55, n. 1, primavera 1999

James E. BRADY - Keith M. PRUFER, *Caves and crystalmancy: evidence for the use pf crystals in ancient Maya religion*, pp. 129-144.

■ Journal of Social History

Carnegie Mellon University (Pittsburgh, Pennsylvania).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi "AM", n. 1-2, 3-4.

@ vol. 32, n. 3, primavera 1999

Alan HUNT, *Anxiety and social explanation: some anxieties about anxiety*, pp. 509-528.

■ Journal of the History of Ideas

Rutgers University (New Brunswick, New Jersey) / The Johns Hopkins University Press (Baltimore, Maryland).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi "AM", n. 1-2, 3-4.

@ **vol. 60, n. 3, luglio 1999**

Maja MILCINSKI, *Zen and the art of death*, pp. 385-397.

■ The Journal of the Royal Anthropological Institute. Incorporating Man

(vedi fino al 1994: "Man. The journal of the Royal anthropological institute") Royal anthropological institute of Great Britain and Ireland (London).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ **vol. 4, n. 3, settembre 1998**

Michael HOUSEMAN, *Painful places: ritual encounters with one's homelands*, pp. 447-467.

@ **vol. 4, n. 4, dicembre 1998**

Laura RIVAL, *Androgynous parents and guest children: the Huaorani couvade*, pp. 619-642.

Monica KONRAD, *Ova donation and symbols of substance: some variations on the theme of sex, gender and the partible person*, pp. 643-667.

■ Journal of the Warburg and Courtauld Institutes

The Warburg Institute, University of London (London)

@ **vol. LXI, 1998 1999**

Peter K. KLEIN, *Insanity and the sublime: aestethics and theories of mental illness in Goya's* Yard with lunatics *and related works*, pp. 198-252.

■ Kéiron

Farmindustria (Roma)

@ **n. 1, giugno 1999**

sezione monografica: *Benessere*, a cura di Ivan CAVICCHI, pp. 7-109.

Ivan CAVICCHI, *Benessere*, p. 7.

Amartya K. SEN, *"Uguali e diversi" davanti alla salute*, pp. 8-17.

Armando MASSARENTI, *Una normale felicità*, pp. 18-25.

John HARRIS - Simona GIORDANO, *Quando il benessere non è per il nostro bene*, pp. 26-29.

Gilberto CORBELLINI, *La malattia di Darwin*, pp. 30-41.

Giuseppe BIANCHI, *Farmaci a misura di individuo*, pp. 42-21.

Gian Luigi GESSA, *Neurochimica del desiderio*, pp. 52-59.

Paolo LEGRENZI, *Il benessere del nostro scontento*, pp. 60-65.

Pier Luigi SACCO, *Produzione di una scienza*, pp. 66-75.

Robert SUGDEN (intervistato), Pier Luigi SACCO (intervistatore), *Una incalcolabile felicità*, pp. 76-87.

Carlo SCARPA, *La regolazione dei mercati: il difficile equilibrio tra efficienza, incentivi, e tutela dei consumatori*, pp. 88-99.

Ivan CAVICCHI, *Benessere: un'idea da modernizzare*, pp. 101-109.

Pie Luigi SACCO, *Farmacoeconomia: il punto della situazione*, pp. 110-113.

Pier Luigi SACCO, *La dimensione economica delle scelte in sanità*, pp. 114-116.

Gilberto CORBELLINI, *Letture di filosofia della medicina*, pp. 117-119.

Silvy COYAUD, *Sciamani e molecole*, pp. 120-123.

@ **n. 2, ottobre 1999**

sezione monografica: *Efficienza ed equità*, a cura di Ivan CAVICCHI, pp. 9-163.

Ivan CAVICCHI, *Efficienza ed equità*, pp. 9-11.

Armando MASSARENTI, *La torta e il secchio bucato*, pp. 12-19.

Steven LUKES, *Sul trade-off tra i valori*, pp. 20-35.

Elena GRANAGLIA, *Il ruolo dei principi e i dilemmi del razionamento in sanità*, pp. 36-41.

Andrea SCARANTINO, *Il caso dei trapianti d'organo*, pp. 42-57.

Gilberto CORBELLINI, *La morale di Darwin*, pp. 58-67.

Francesco BENINCASA - Sergio BERNABÈ - Guido DANTI, *Critica del giudizio clinico*, pp. 68-79.

Stefano ZAMAGNI, *Libertà di scelta e priorità in sanità: oltre il modello della scelta strumentale*, pp. 102-111.

Giampaolo BARBETTA, *Sanità non-profit?*, pp. 112-133.

Giampaolo ARACHI, *I difficili equilibri del federalismo sanitario*, pp. 134-145.

Paolo BELLI, *Assicurare la salute: opportunità di mercato o necessità sociale?*, pp. 146-155.

Ivan CAVICCHI, *Dal trade-off alla "scelta"*, pp. 157-163.

Franco VOLTAGGIO, *La storia di M.*, pp. 166-169.

Giulberto CORBELLINI, *Le radici della medicina Darwiniana*, pp. 170-173.

Antonio PIERETTI, *Il valore culturale del rimedio e della cura*, pp. 174-175.

Silvy COYAUD, *Le centaure della medicina*, pp. 176-179.

■ Kos. Rivista di medicina, cultura e scienze umane

Europa Scienze Umane Editrice srl (Milano).

➥ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 5-6.

@ anno XVI, n. 165 nuova serie, giugno 1999

Marc JEANNEROD, *Le malattie della mente*, traduz. dal francese di Rosaria TROVATO, pp. 12-17.

Byron J. GOOD - Mary-Jo DELVECCHIO GOOD, *Medici cyborg e soteriologie tecnico-scientifiche*, traduz. dall'inglese di Rosaria TROVATO, pp. 32-35.

■ Lares. Trimestrale di studi demoetnoantropologici.

Dipartimento di lingue e tradizioni culturali europee, Università degli studi di Bari / Leo S. Olschki (Firenze).

➥ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 5-6.

@ anno LXIV, n. 3, luglio-settembre 1998

Giovanni Battista BRONZINI, *La sponda umanistica nel viaggio demartiniano fra due confini apocalittici: dalla fine del mondo alla non-presenza storica*, pp. 313-321. [testo della relazione presentata al Convegno internazionale su "Ernesto de Martino nella cultura europea" (Roma, 29 novembre - Napoli, 30 novembre - 1-2 dicembre 1995), nei cui *Atti*, curati da Clara GALLINI e Marcello MASSENZIO, Liguori, Napoli, 1997, il lavoro è già apparso alle pp. 343-353].

Renato RAFFAELLI, *Storie di una nascita*, pp. 401-409 [nota critica sul volume di Maurizio Bettini, *Nascere. Storie di donne, donnole, madri ed eroi*, Einaudi, Torino, 1998].

@ anno LXV, n. 3, luglio-settembre 1999

Antonietta DI VITO, *Parentele femminili* [sulla trasmissione delle facoltà magico-terapeutiche nelle operatrici molisane], pp. 211-244.

■ Marisia

Muzeul judetean Mures (Târgu-Mures Romania)

@ n. XXIII-XXIV, 1995

Maria BOCSE - Ligia MIHAIU, *Medicina populara. Argument al stiintei si al spiritualitatii românesti*, pp. 235-336.

■ Medic. Metodologia e didattica clinica / *Clinical methodology and education*

Il Pensiero Scientifico Editore (Roma)

@ vol. 7, n. 1, marzo 1999

Editoriale. Alcune ragioni per un insegnamento delle Humanities *agli studenti di medicina*, pp. 5-8.

P. VALERIO - M. BOLZAN - C. CIANNELLA - A. C. FRIGO - A. MARTIN, *Motivazioni e condizioni psicosociali degli studenti di medicina*, pp. 9-14.

G. FEDERSPIL - R. VETTOR, *La causalità in medicina. Un'introduzione*, pp. 15-24.

A proposito di Evidenza, pp. 25-40 (G. VASSALLI, *L'*Evidenza *nel linguaggio giuridico*, pp. 25-29 / M. BARNI, *L'*Evidenza *nel linguaggio medico-legale*, pp. 29-31 / G. FEDERSPIL - C. SCANDELLARI, *La medicina basata sulle* Evidenze. *Un'analisi epistemologica*, pp. 32-36 / V. TAMBONE, *Medicina basata sulle* Evidenze *e medicina* New Age, pp. 36-39 / L. PAGLIARO, *Commento*, pp. 39-40).

M. LITTLE - F. CHRISTOPHER - C. JORDENS - K. PAUL - Emma SAYERS - D. SRISKANDARAJAH, *The illness trajectory or the illness journey. What's in a metaphor?*, pp. 41-48.

@ vol. 7, n. 2, giugno 1999

Editoriale. A proposito di cure alternative / Concerning alternative practices and remedies, pp. 65-68.

M. LITTLE, *Framing narratives: a theory of media influence*, pp. 72-78.

@ vol. 7, n. 3, settembre 1999

Editoriale. Alcune responsabilità degli studenti di fronte ad un'educazione medica che cambia, pp. 115-117.

N. IRTI, *Diagnosi giuridica e diagnosi medica*, pp. 133-138.

Rita FERRELLI - R. GUERRA - G. TARSITANI, *La ricerca operativa e la gestione dei servizi sanitari*, pp. 139-145.

G. BUDILLON, *La medicina oggi: progresso scientifico, condizionamenti economici ed eticogiuridici* [«da un Convegno su *Libertà terapeutica ed etica professionale*, Napoli 1998»], pp. 167-168.

■ Medical Anthropology. Cross-cultural studies in health and illness

OPA (Overseas Publishers Association) (Amsterdam, Nederland), under license by Gordon and Breach Science Publishers.

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ vol. 17, n. 4, 1997

Kathleen FULLER, *Hookworm: not a pre-Columbian pathogen*, pp. 297-308.

Joseph S. ALTER, *A therapy to live by: public health, the self and nationalism in the practice of a north Indian yoga society*, pp. 309-335.

Rebecca G. MARTINEZ - Leo R. CHAVEZ - F. Allan HUBBELL, *Purity and passion: risk and morality in Latina immigrants' and physicians' beliefs about cervical cancer*, pp. 337-362.

Suzanne LECLERC-MADLALA, *Infect one, infect all: Zulu youth response to the AIDS epidemic in South Africa*, pp 363-380.

@ vol. 18, n. 1, 1997

special issue: *Needle exchange and AIDS prevention: controversies, policies and research*, a cura di Merill Singer, pp. 1-130.

Merrill SINGER, *Needle exchange and AIDS prevention: controversies, policies and research* [*introduction to special issue*], pp. 1-12.

J. Bryan PAGE, *Needle exchange and reduction of harm: an anthropological view*, pp. 13-33.

Clyde B. MCCOY - Lisa METSCH - Samuel COMERFORD, *Injection drug users' practices and attitudes toward intervention and potential for reducing the transmission of HIV*, pp. 35-60.

Ricky N. BLUTHENTHAL - Alex KRAL - John WATTERS, *Impact of law enforcement on syringe exchange programs: a look at Oakland and San Francisco*, pp. 61-83.

Jan M. KEENE - Gerry STIMSON, *Professional ideologies and the development of syringe exchange: Wales as a case study*, pp 85-105.

Merrill SINGER - David HIMMELGREEN - Rolando MARTINEZ, *Changing the environment of AIDS risk: findings on syringe exchange and pharmacy sales of syringes in Hartford, CT*, pp. 107-130.

@ vol. 18, n. 2, 1999 [sic]

Russel Lawrence BARSH, *Chronic health effects of dispossession and dietary change: lessons from North American hunter-gatherers*, pp. 135-161.

Rachel K. JEWKES - Katahrine WOOD, *Problematizing pollution: dirty wombs, ritual pollution, and pathological processes*, pp. 163-186.

George J. ARMELAGOS - Kathleen BARNES, *The evoultion of human disease and the rise of allergy: epidemiological transistions*, pp. 187-213.

@ vol. 18, n. 3, 1999 [sic]

Andrea WHITTEAKER, *Birth and the postpartum in northeast Thailand: contesting modernity and tradition*, pp. 215-242.

M. Cameron HAY, *Dying mothers: maternal mortality in rural Indonesia*, pp. 243-279.

Nancy ROMERO-DAZA - David A. HIMMELGREEN - Rafael PEREZ-ESCAMILLA - Sofia SEGURA-MILLAN - Merrill SINGER, *Food habits of drug-using Puerto Rican women in inner-city Hartford*, pp. 281-298.

■ Medical Anthropology Quarterly. International journal for the analysis of health

"Medical Anthropology Quarterly" is the journal of the Society for medical anthropology, a section of the American anthropological association (Arlington, Virginia).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 5-6.

@ nuova serie, vol. 12, n. 4, dicembre 1998

Gelya FRANK - Leslie J. BLACKHALL - Vicki MICHEL - Sheila T. MURPHY - Stanley P. AZEN, *A discourse of relationships in bioethics: patient autonomy and end-of-life decision making among elderly Korean Americans*, pp. 403-23.

William W. DRESSLER - Campos-Baleiro MAURO - Jose Ernesto DOS-SANTOS, *Culture, socioeconomic status, and physical and mental health in Brazil*, pp. 424-446.

Catherine P. KINGFISHER - Ann V. MILLARD, *'Milk makes me sick but my body needs it': conflict and contradiction in the establishment of authoritative knowledge*, pp. 447-466.

Stephen L. EYRE - Valerie HOFFMAN - Susan G. MILLSTEIN, *The gamesmanship of sex: a model based on African American adolescent accounts*, pp. 467-489.

Mary AMUYUNZU, *Willing the spirits to reveal themselves: rural Kenyan mothers' responsibility to restore their children's health,* pp. 490-502.

@ nuova serie, vol. 13, n. 1, marzo 1999

Barbara TOMLINSON, *Intensification and the discourse of decline: a rhetoric of medical anthropology*, pp. 7-31.

Rebecca R. HENRY, *Measels, Hmong, and metaphor: culture change and illness management under conditions of immigration*, pp. 32-50.

Nancy VUCKOVIC, *Fast relief: buying time with medications*, pp. 51-68.

Michael B. WHITEFORD, *Homeopathic medicine in the city of Oaxaca, Mexico: patients' perspectives and observations*, pp 69-78.

Carla MAKHLOUF OBERMEYER, *Female genital surgeries: the known, the unknown, and the unknowable*, pp. 79-106.

Marysol W. ASENCIO, *Machos and sluts: gender, sexuality, and violence among a cohort of Puerto Rican adolescents*, pp. 107-126.

@ nuova serie, vol. 13, n. 2, giugno 1999

C. H. BROWNER, *On the medicalization of medical anthropology*, pp. 135-140.

Christian M. SIMON, *Images and image: technology and the social politics of revealing disorder in a North American hospital*, pp. 141-162.

Chris LOCKHART, *Biomedicine on the spatial periphery: the (re)production of a metaphorical landscape by rural health care practitioners in northern California*, pp. 163-185.

Joanna LATIMER, *The dark at the bottom of the stairs: performance and participation of hospitalized older people*, pp. 186-213.

Shelley R. ADLER, *Complementary and alternative medicine use among women with breast cancer*, pp. 214-222.

Susan SERED - Ephraim TABORY, *'You are number, not a human being': Israeli breast cancer patients' experiences with the medical establishment*, pp. 223-52.

Sjaak VAN DER GEEST, *Training shopkeepers and schoolchildren in medicine use: experiments in applied medical anthropology in East Africa*, pp. 253-255.

@ nuova serie, vol. 13, n. 3, settembre 1999

Susan PEAKE - Lenore MANDERSON - Helen POTTS, *'Part and parcel of being a woman': female urinary incontinence and constructions of control*, pp. 267-285.

Kathryn S. OTHS, *Debilidad: a biocultural assessment of an embodied Andean illness*, pp. 286-315.

Bernhard BIERLICH, *Sacrifice, plants, and Western pharmaceuticals: money and health care in northern Ghana*, pp. 316-337.

Karen L. ITO, *Health culture and the clinical encounter: Vietnamese refugees' responses to preventive drug tratment of inactive tuberculosis*, pp. 338-364.

Michael C. CLATTS - W. Rees DAVIS, *A demographic and behavioral profile of homeless youth in New York City: implications for AIDS outreach and prevention*, pp. 365-374.

■ Medicina nei Secoli. Arte e scienza. Giornale di storia della medicina / Journal of History of Medicine

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia, Università degli studi di Roma "La Sapienza" / Antonio Delfino Editore (Roma).

@ nuova serie, vol. 10, n. 1, gennaio-aprile 1998

John OSBORN - Maria Sofia CATTARUZZA - Flaminia GENTILONI SILVERJ, *Changes in the medical profession in Great Britain in the XIX century*, pp. 1-17.

Mark SIEGLER, *The future of the doctor-patient realtionship in a world of managed care*, pp. 41-56.

Lawrence NESTMAN, *Canadian physicians: the struggle with health reform*, pp. 73-109.

John PARASCANDOLA, An exile in my own country: *the confinement of leprosy patients at the United States National Leprosarium*, pp. 111-125.

@ nuova serie, vol. 10, n. 2, maggio-agosto 1998

Gert H. BRIEGER, *The historiography of medicine in America*, pp. 189-207.

Dietrich VON ENGELHARDT, *Phasen, Positionen und Perspektiven der Medizinhistoriographie in Deutschland*, pp. 209-225.

Danielle GUREVITCH, *Le nozze del medico e di Filologia*, pp. 227-239.

Spyros G. MARKETOS, *Studing and teaching history of medicine in Greece: the National University of Athens experience (1837-1997)*, pp. 241-251.

Roy PORTER, *The historiography of medicine in the U.K.*, pp. 253-269.

Aldo TORSOLI, *Le ragioni per un insegnamento delle* humanities *agli studenti delle facoltà di medicina*, pp. 271-278.

Luis MONTIEL, *L'insegnamento di storia della medicina all'università spagnola - progetto PB96-0631-C03-01 (DGES)*, pp. 279-287.

Luciana R. ANGELETTI, *I valori filosofici e storici della medicina*, pp. 289-308.

Luigi STROPPIANA, *Commemoration of A.M. Pazzini on the centenary of his birth*, pp. 309-311.

Elenco delle pubblicazioni di Adalberto M. Pazzini, pp. 313-345.

@ nuova serie, vol. 10, n. 3, settembre-dicembre 1998

Gilberto CORBELLINI - Valentina GAZZANIGA, *Fonti archivistiche e questioni aperte in relazione alla storia della malaria in Italia*, pp. 361-366.

Laura PICCIALUTI, *Un repertorio archivistico sulla malaria*, pp. 367-377.

Mariapina DI SIMONE, *L'amministrazione sanitaria in Italia e la malaria*, pp. 379-395.

Nella ERAMO, *Gli archivi del Ministero dell'agricoltura quali fonti per la storia della malaria*, pp. 397-411.

Floriano BOCCINI - Erminia CICCOZZI, *Enti e lotta antimalarica: l'Opera nazionale per i combattenti, l'Istituto di malariologia* Ettore Marchiafava, *l'Istituto interprovinciale antimalarico per le Venezie*, pp. 413-432.

Ernesto CAPANNA - Emanuela MAZZINA, *Il fondo archivistico "Grassi" presso il Museo di anatomia comparata dell'Università di Roma "La Sapienza"*, pp. 433-445.

Paola BUSONERO, *Le fonti archivistiche per la malaria presso l'ASDMAE: il Fondo società delle nazioni e l'Archivio del commercio*, pp. 447-458.

Ilaria BONINCONTRO - Costanza LISI, *Gli archivi di storia della medicina. Ordinamento ed inventariazione*, pp. 459-471.

Margherita BETTINI PROSPERI, *Il fondo Guido Casini*, pp. 473-485.

Darwin H. STAPLETON - Kenneth W. ROSE, *Documentaion of the history of malaria in Italy at the Rockfeller archive center*, pp. 487-493.

aolo MAZZARELLO - Alessandro L. CALLIGARO, *Fonti archivistiche per la storia derlla malaria in Italia: documenti conservati nell'archivio Golgi del Museo per la storia dell'Università di Pavia*, pp. 495-510.

Eugenia TOGNOTTI, *Gli archivi sardi per la storia della malaria (1861-1950)*, pp. 511-519.

Eugenia MOSILLO, *Le fonti archivistiche per la storia della malaria in provincia di Latina*, pp. 521-529.

Giovanna ALATRI, *Il Museo storico della didattica della III Università di Roma e l'Archivio dell'*Ente scuole per contadini dell'agro romano, pp. 531-539.

Serafina BUETI - Maddalena CORTI, *La malaria nella maremma grossetana: una malattia dagli aspetti sociali*, pp. 541-555.

Paola CARCATERRA, *Roma e la malaria nelle carte dell'Archivio storico capitolino*, pp. 557-577.

Giovanni PAOLONI, *Fonti per la storia della malaria negli archivi storici dell'accademia dei XL e dell'Accademia dei Lincei*, pp. 579-587.

Luigia MELILLO CORLETO, *Malaria in Basilicata*, pp. 589-597.

Alessandra BONFIGLI - Edvige FANFERA, *Brevi note sulle fonti utilizzate per lo studio della malariaterapia in Italia*, pp. 599-607.

Carla SERARCANGELI, *Museologia medica: la mostra "La malaria tra passato e presente. Storia e luoghi della malattia in Italia"*, pp. 609-611.

@ nuova serie, vol. 11, n. 1, gennaio-aprile 1999

Martino MENGHI, *La temperanza erotica: una raccomandazione epicurea riproposta e idealizzata in età imperiale*, pp. 29-41.

Maria Teresa NAVARRO SALAZAR, *Metodologia della trasmissione scientifica nel Medioevo*, pp. 43-54.

Mariacarla GADEBUSH BONDIO, *Piacevoli ragionamenti e medicina per le donne. Giovanni Marinello, medico galante nel tardo Cinquecento*, pp. 55-84.

François LEDERMAN, *Le prix des médicaments à Rome: économie et pharmacie de 1700 a 1870*, pp. 117-133.

Hormoz EBRRAHIMNEJAD, *Les épidémies et l'évolution de la médecine dans l'Iran du XIXè siécle*, pp. 167-196.

Valentina GAZZANIGA - Carla SERARCANGELI, *Museologia medica - Lo strumentario chirurgico romano nel Museo di storia della medicina dell'Università di Roma "La Sapienza"*, pp. 217-229.

@ vol. 11, n. 2, maggio-agosto 1999

Luciana Rita ANGELETTI - Alain TOUWAIDE, *Medicine in Byzantium (10th cent.-1453). Preface*, pp. 259-260.

Elisabeth MALAMUT, *Histoire de Byzance du Xe siècle à 1453. Introduction*, pp. 261-290.

Lawrence J. BLIQUEZ, *The surgical instrumentarium of Leon Iatrosophistes*, pp. 291-322.

Timothy S. MILLER, *Byzantine physicians and their hospitals*, pp. 323-335.

Demetrios J. CONSTANTELOS, *Medicine and social welfare in the Byzantine empire*, pp. 337-355.

Maria PAPATHANASSIOU, *Iatromathematica (medical astrology) in Late Antiquity and the Byzantine period*, pp. 357-376.

Marie-Hélene CONGOURDEAU, *La peste noire à Costantinople de 1348 à 1466*, pp.377-389.

John LASCARATOS, *Ophthalmology in Byzantium (10th-15th centuries)*, pp. 391-403.

John Lascaratos - Spyros Marketos, *Intestinal obstruction. A paradigm of earlier influences on the medicine of late Byzantium*, pp. 405-414.

Aristotelis Chr. EFTYCHIADIS, *Byzantine psychosomatic medicine (10th-15th century)*, pp. 415-421.

Carla SERARCANGELI (curatore), *Lo strumentario del Museo di storia della medicina per la cura del tumore erniario*, pp. 423-430.

■ Medicina Psicosomatica. Organo ufficiale della Società italiana di medicina psicosomatica. Rivista trimestrale di medicina psicosomatica psicologia clinica e psicoterapia

Società Editrice Universo (Roma).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 5-6.

@ vol. 43, n. 3, luglio-settembre 1998

M. MARGIOTTA - A. IMBASCIATI, *Aspetti psicosomatici nella genesi dei tumori*, pp. 149-158.

E. RASORE - U. MENICHINI - F. MOSCATO - F. GIBERTI - L. LUISE - L. GHIO, *Considerazioni cliniche e catamnestiche a proposito di anoressia mentale*, pp. 159-178.

G. SAVRON, *Atteggiamento mentale, coma, sonno, sogno: quale relazione?*, pp. 179-192.

@ vol. 43, n. 4, ottobre-dicembre 1998

P. CIPRIANI - E. NUNNARI - A. VALCHERA, *La sindrome di Gilles de la Tourette*, pp. 209-221.

E. RASORE - U. MENICHINI - F. GIBERTI, *Il problema dell'identità di genere: una revisione della letteratura*, pp. 223-237.

U. MENICHINI - E. RASORE - G. INFANTE - F. MOSCATO - M. GIUSTI, *Il problema dell'identità di genere: una casistica clinica*, pp. 255-270.

■ Notes. Notiziario di educazione alla salute

Agenzia SEDES per la promozione e l'educazione alla salute, la documentazione, l'informazione e la promozione culturale in ambito socio-sanitario (Perugia).

@ nuova serie, anno 2, n. 8, 1999

ROSATO Lorena - ZÚNIGA VALLE César, *Dossier. Immigrati e salute*, pp. VII-X.

■ Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie. Psychisme et cultures

Centre Georges Devereux, Université Paris VIII / La Pensée Sauvage (Paris).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ n. 35-36, 1999

numero monografico: *Petit manuel de psychothérapie des migrants (5)*, 208 pp.

Tobie NATHAN, *Editorial. Georges Devereux et l'ethnopsychiatrie clinique*, pp. 7-18.

Peter H. DAVID - Tobie NATHAN - Catherine LEWERTOWSKI - Stéphane BLANCHE - Geneviève N'KOUSSOU - Marième BÂ - Viviane ROLLE-ROMANA - Seroe BOUZNAH, *"Alors, tu l'as jetée à l'eau ". A l'interface entre médecine et ethnopsychiatrie dans le suivi des mères et des enfants migrants infectés par le VIH*, pp. 21-38.

Danielle PIERRE, *Rêve et prescription*, pp. 39-48.

Mohamed BEN REDOUANE - SoDnie SAUZADE, *Itinéraires thérapeutiques: du fantasmatique au réel, tentative d'auto-guérison en milieu d'immigration d'une jeune fille marocaine lors d'une bouffée delirante*, pp. 49-54.

Mouni DJEKRIF, *Un exemple de phytothérapie à Constantine:* essalha, pp. 57-60.

Mouni DJEKRIF, *Le* tesfah *à Constantine, un interdit sexuel tatoue sur le corps*, pp. 61-63.

Afifa ATTAR-MECHERBET, *Symbolique du corps et pratiques therapeutiques traditionnelles*, pp. 65-74.

Inocybe de PATOUILLARD, *La psychanalyse des psychanalystes: deuxième partie*, pp. 77-98.

Didier BERTRAND, *Les pratiques thérapeutiques de médiums sampaniers sur la rivière des parfums à Huê (Viêt Nam)*, pp. 101-120.

■ Palaver. Rivista interdisciplinare sulle culture dell'Africa e della Diaspora di espressione francese, inglese, portoghese e spagnola

Dipartimento di scienze sociali e della comunicazione, Università degli studi di Lecce (in collaborazione con l'Osservatorio sulla diaspora, le culture e le istituzioni dei Paesi d'Oltremare) / Argo (Lecce)

@ n. 9, 1996

Farid ZAHI, *Le corps et ses représentations: art, Islam et modernité*, pp. 139-148.

■ Passaggi. Rivista scientifica dell'Istituto di studi teologici e sociali

Istituto di studi teologici e sociali (Terni).

@ anno 12, n. 3, dicembre 1998

numero monografico: *Etica della cura e della salute*, pp. 5-100.

Giancarlo POCETTA - Daniela CECCHETTI (curatori), *Introduzione*, pp. 5-8.

Ivan ILLICH, *Patogenesi, immunità e qualità del sistema dei servizi assistenziali. La svolta etica nella lettura del sistema assistenziale dopo* Medical Nemesis, pp. 9-16.

Daniela CECCHETTI, *Qualità e organizzazione dei Servizi territoriali alla persona. Un percorso teorico ed operativo per ri-leggere la complessità del sistema di welfare nella direzione di organizzare e produrre servizi di qualità*, pp. 17-34.

Alessandra DINO, *Modelli teorici e* frames *interpretativi per l'analisi di situazioni di interazione comunitaria. Il significato, il senso, le rappresentazioni della salute e della malattia*, pp. 35-54.

Evelina FERRARIS, *La malattia nella vita dell'uomo. Il senso, la cura*, pp. 55-65.

Pina MENDUNO, *La formazione psicologica del medico: contributi teorici alla comprensione del rapporto medico-paziente. Il ruolo della psicologia medica e della medicina antropologica nell'umanizzazione della medicina per la costruzione di una relazione educativa tra medico e paziente*, pp. 66-72.

Piero PICCHIETTI, *Verso una fisiologia della relazione. Sulle tracce delle connessioni che trasformano*, pp. 73-86.

Giancarlo POCETTA, *Apprendere la salute. I contenuti dell'educazione sanitaria. Al termine di un percorso che si snoda attraverso differenti significati del concetto di salute emerge una dimensione "estetica" che ne rivela inattese possibilità di comprensione*, pp. 87-95.

Ivo COLOSSI, *Riflessioni sull'articolo di Ivan Illich*, pp. 96-97.

Anna LA MESA, *Riflessioni sull'articolo di Ivan Illich*, pp. 98-100.

■ Prospettive Sociali e Sanitarie

Istituto per la ricerca sociale (Milano).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi "AM", n. 1-2, 3-4.

@ anno XXIX, n. 2, 1 febbraio 1999

Anna BELPIEDE, *La professione di mediatore culturale in ambito sociale*, pp. 11-14.

@ anno XXIX, n. 4-5, 1-15 marzo 1999

numero monografico: *Terre nuove: potere e solidarietà nell'incontro tra uomini e culture*, pp.1-37 [questo numero di "Prospettive Sociali e Sanitarie" contiene i contributi relativi alla giornata di studio *Terre nuove: potere e solidarietà nell'incontro tra uomini e culture*, svoltasi l'11 dicembre 1998 alla Fondazione Stelline, Milano, con il patrocinio degli Assessorati alle politiche sociali della Regione Lombardia e della Provincia di Milano]

Anna ROTONDO, *A proposito di Terre nuove: potere e solidarietà*, pp. 1-2.

Annamaria RIVERA, *"Razza", cultura, etnicità, identità: a proposito di alcuni preconcetti*, pp. 3-7.

Giampaolo LAI, *Minotauro: mostro e fratello*, pp. 8-11.

Delia RANCI (curatore), *Tavola rotonda. Altre culture: risvolti legislativi e politiche sociali*, pp. 12-19 [hanno partecipato alla discussione: Emanuele RANCI ORTIGOSA, Salvatore GERACI, Don Virginio COLMEGNA, Emanuela BAIO, Antonio TOSI].

Natale LOSI, *Migrazioni, disordini psichici, etnopsichiatrie*, pp. 19- 26.

Vittorio AGNOLETTO, *Aids: un paradigma della globalizzazione*, pp. 26- 31

Elisabetta NIGRIS, *Ecologia della differenza a scuola*, pp. 31-35.

Pierre LAVANCHY, *Quattro modi per trattare le differenze. Note in margine al convegno*, pp. 35-37.

@ anno XXIX, n. 7, 15 aprile 1999

Benedetto SARACENO, *Salute mentale fra sanitario e sociale: una inutile querelle*, pp. 1-3 [ripubblicato in *Dossier: la riabilitazione lavorativa dei pazienti psichiatrici*, pp. V-XII, "Notes. Notiziario di educazione alla salute", n. 9, nuova serie, anno 3, 2000, p. V].

@ anno XXIX, n. 12, 1 luglio 1999

Giovanni BERLINGUER - Marco GEDDES, *La sanità italiana e le politiche sanitarie dell'Unione Europea*, pp. 1-7.

■ Psicoterapia e Scienze Umane

Franco Angeli (Milano).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ anno XXXII, n. 3, 1998

Rita MARCELLO, *La psicoanalisi come narrazione*, pp. 75-87.

@ vol. XXXIII, n. 1, 1999

John E. GEDO, *La storia intellettuale della psicoanalisi. 1973-1998*, pp. 5-33 [questo saggio comparirà come capitolo conclusivo del volume *Psychoanalysis, 1973-1998*, in corso di pubblicazione presso la casa editrice The Other Press (New York)].

@ vol. XXXIII, n. 2, 1999

Paul PARIN, *Menzogne in tempo di pace. Tentativo di una critica psicoanalitica ed etnologica dei diritti dell'uomo*, pp. 5-30.

Gaetano BENEDETTI, *Il pensiero figurativo: il sogno, l'immaginario e il simbolico*, pp. 53-74.

@ vol. XXXIII, n. 3, 1999

Paul ROAZEN, *Nietzsche e Freud: due voci dal sottosuolo*, pp. 55-76 [saggio comparso con il titolo *Nietzsche and Freud: two voices from the underground*, in "The Psychohistory Review", primavera 1991, pp. 327-349].

Annalisa VIGHERANI - Alberto MERINI - Francesco MERINI - Sabrina MOSCA - Giulia STABILI, *Influenza dei media e influenzamento*, pp. 77-88.

■ Psychopathologie Africaine. Social sciences and psychiatry in Africa / Sciences sociales et psychiatrie en Afrique

Société de psychopathologie et d'hygiène mentale de Dakar (Dakar, Sénégal).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ vol. XXIX, n. 2, 1998-1999

Aboubacar BARRY, *Marginalité et errance juvéniles en milieu africain. La place de l'aide psychologique dans les dispositifs de prise en charge des enfants de la rue*, pp. 139-190.

Francis C. NNAJI - Jude U. OHAERI - Roland O. AGIDEE - Reuben O. OSAHON, *A follow up study od psychoses associated with cannabis use at the psychiatric hospital of Uselu (Benin City, Nigeria)*, pp. 191-217.

Karl PELTZER, *Spousal violence in a rural South African community. Qualitative data from focus groups*, pp. 219-236.

Jean Gabriel OUANGO - Micheline PHAN THAN - Kapouné KARFO - Davide FONTANIER - Jean-Marie LÉGER, *Les guérisseurs*

deviennent-ils persécuteurs? A propos de deux observations au Burkina Faso et en France, pp. 237-250.

■ **Quaderni Medievali**

Edizioni Dedalo (Bari).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2.

@ **n. 46, dicembre 1998**

Maria Angela BINETTI, *La salubrità dell'aria e dell'acqua nel Mezzogiorno svevo-angioino*, pp. 19-57.

■ **Quaderni Storici**

Il Mulino (Bologna).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ **n. 99, anno XXXIII, fasc. 3, dicembre 1998**

Otto ULBRICHT, *La lotta del "ciarlatano": un curatore dello Holstein fra Sette e Ottocento*, traduz. dal tedesco di Michele SAMPAOLO, pp. 601-635.

■ **RES Epydemiologica. Rivista trimestrale di informazione medico-scientifica**

Effe. Fabrizio Fabbri Editore (San Sisto, Perugia)

@ **anno IV, n. 2, giugno 1999**

Valentina GAZZANIGA, *Metafora politica, salute e malattia nel mondo antico*, pp. 57-60.

■ **Revista de la Escuela de Antropología**

Escuela de antropología, Facultad de humanidades y artes, Universidad nacional de Rosario.

@ **vol. III, agosto 1995**

Elida CARRACEDO, *Representaciones y prácticas sobre los procesos de salud y enfermedad infantil de un grupo de mujeres Tobas*, pp. 43-48.

■ **Ricerche Storiche**

Edizioni Scientifiche Italiane (Napoli).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2.

@ **anno XXVII, n. 3, settembre-dicembre 1998**

S.J. WOOLF, *Come e che cosa mangiavano i fiorentini cent'anni fa?*, pp. 483-506.

A. GIUNTINI, *Tutto alla fogna. Igiene e infrastrutture urbane a Firenze fra Ottocento e Novecento*, pp. 507-545.

■ **Rivista di Studi Orientali**

Dipartimento di studi orientali, Università degli studi di Roma "La Sapienza" / Bardi Editore (Roma).

@ **vol. LXX, fasc. 3-4, 1996 [1997]**

Vincenza D'URSO, *Origin and development of the female medical practitioner's (*uinyo*) system during the Chason Dynasty (1392-1910)* [Korea], pp. 399-419.

■ **Rivista Sperimentale di Freniatria. La rivista sperimentale dei servizi di salute mentale**

Centro Scientifico Editore, Torino (vedi fino al vol. CXXII, n. 1, marzo 1998: Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi "AM", n. 1-2, 3-4.

@ **vol. CXXI, n. 2, 1997**

Pier Luigi POSTACCHINI, *Ricostruzione storica di una esperienza di arte-terapia*, pp. 299-312.

@ **vol. CXXI, n. 3, 1997**

M.G. BASSI - B. BIANCOSINO - Alberto MERINI, *Osservazioni sull'isteria collettiva*, pp. 419-434.

G. PITTINI, *Ecolalia*, pp. 435-455.

@ **vol. CXXI, n. 5, 1997**

E. PAZZI - E. FAVA - M. LAMMOGLIA - P. CALINI - L. LOMAZZI - P. D'ANGELO - I.

CARTA, *La psicoterapia nei servizi pubblici: il punto di vista degli utenti*, pp. 870-894.

■ Rr. Ricerca Roche. Trimestrale di aggiornamento

Roche S.p.A. / Aretré (Milano) (coordinamento editoriale) / CE.D.RI.M. (Milano) (editore e amministrazione).

@ n. 18, dicembre 1997

numero monografico: *Il dolore*, pp. 2-61.

Claudio LEONARDI, *La mistica sommessa che tutti accomuna*, pp. 23-25.

Bernardino FANTINI, *Far spiccare una causa tra le tante*, pp. 63-64.

@ n. 23, marzo 1999

numero monografico: *Il diabete*, pp. 2-81.

Hans WIELINGER, *Dalla ricerca Roche. Storie di straordinaria follia*, pp. 33-34.

Aldo MALDONATO, *Strategie di benessere*, pp. 50-51 e p. 81 [*Bibliografia*].

■ La Salute Umana. Rivista bimestrale di promozione ed educazione alla salute

Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario (Perugia) / Fondazione "Angelo Celli" per una cultura della salute (Perugia).
fino al n. 150, novembre-dicembre 1998, il sottotitolo era "Rivista bimestrale di educazione sanitaria".

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ n. 159, maggio-giugno 1999

dossier: Francesco BOTTACCIOLI (curatore), *Il sistema dello stress*, pp. 9-28.

@ n. 161, settembre-ottobre 1999

dossier: *Educazione di pazienti... Formazione dei medici*, pp. 5-28

François BONNET DE PAILLERETS, *L'importante è andare avanti...*, traduz. dal francese, p. 5 [da "La Santé de l'Homme" (Comité français d'éducation pour la santé, Paris), n. 341].

Alain DECCACHE, *Quali abilità e competenze nell'educazione del paziente? Le raccomandazioni dell'OMS*, traduz. dal francese, pp. 7-9 [da "La Santé de l'Homme" (Comité français d'éducation pour la santé, Paris), n. 341].

Cécile FOURNIER, *Descrivere e analizzare i programmi di educazione dei pazienti*, traduz. dal francese, pp. 15-16 [da "La Santé de l'Homme" (Comité français d'éducation pour la santé, Paris), n. 341].

Maria Domenica PEDONE, *Nuovi vecchi problemi: la relazione medico-paziente*, pp. 17-18.

■ Santé Mentale au Québec

(Montréal, Québec).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ vol. XXIII, n. 2, autunno 1998

Giuseppe DELL'ACQUA - Massimo MARSILI - Paola ZANUS, *L'histoire et l'esprit des services de santé mentale à Trieste*, pp. 148-170.

André MARCHAND - Marie-Hélène DION, *Comorbidité du TPA. L'impact de différents niveaux d'anxiété sociale sur l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental du trouble panique avec agoraphobie*, pp. 171-196.

Jean-Gabriel OUANGO - Kapouné KARFO - Moussa KERE - Marcelline OUEDRAOGO, Gisèle KABORE - Arouna OUEDRAOGO, *Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques psychiatriques chez les Moosé du Kadiogo*, pp. 197-211.

@ vol. XXIV, n. 1, primavera 1999

Renée BOURBONNAIS - Monique COMEAU - Chantal VIENS - Chantal BRISSON - Denis LALIBERTÉ - Romain MALENFANT - Michel VÉZINA, *La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé*, pp. 136-153.

Christian CARDINAL - Daniel LABERGE, *Le système policier et les services de santé mentale*, pp. 199-220.

@ vol. XXIV, n. 2, autunno 1999

Antoine Lutumba NTETU - Jeanne-d'Arc FORTIN - Huguette BERGERON - Alain GAGNON, *Les agressions en milieu psychiatrique. Vécu et perceptions des intervenants du Pavillon Roland-Saucier du Complexe hospitalier de la Sagamie*, pp. 217-228.

Henri DORVIL - Monique BENOIT, *Représentations sociales et conditions de vie des personnes âgées classées malades mentales ou déficientes intellectuelles en résidence d'accueil*, pp. 229-252.

■ Le Scienze. Edizione italiana di Scientific American

(Milano).

➥ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 3-4.

@ n. 355, anno XXXI, vol. LX, marzo 1998

W.A. BROWN, *L'effetto placebo*, traduz. dall'inglese, pp. 84-89.

■ Shaman. Journal of the International society for shamanistic research

International society for shamanistic research / Molnar & Kelemen Oriental Publishers (Szeged, Ungheria)

@ vol. 2, n. 2, autunno 1994

Anatoliy ALEKSEEV, *Techniques among Even shamans for healing humans and animals*, traduz. [dal russo] in inglese di Sergey MURAVEV - Piers VITEBSKY, pp. 157- 165.

@ vol. 3, n. 1, primavera 1995

V.N. BASILOV, *The "shamanic disease" in Uzbek folk beliefs*, pp. 3-13.

@ vol. 4, n. 1-2, primavera-autunno 1996

Tina HAMRIN, *Divination among Japanese immigrants in Hawaii at the end of the Nineteeenth Century*, pp. 79- 88.

Sandra HARNER - Warren W. TRYON, *Psychological and immunological responses to shamanic journeying with drumming*, pp. 89-97.

Meewon LEE, *Theatrical arts in the shamanic funeral rites of Chindo Island, Korea*, pp. 131-141.

Jacques LEMOINE, *Reconstitutions of a Hmong shaman's powers of healing and folk culture*, pp. 143-165.

Takako YAMADA, *The Ladakhi shaman's communication with his patient: folk etiology reproduced*, pp. 167-183.

@ vol. 5, n. 1, primavera 1997

Martin HARPER, *Shamanism and traditional healers in a modern-day Indonesia*, pp. 13-33.

Åke HULTKRANTZ, *Some points of view on ecstatic shamanism, with particular reference to American Indians*, pp. 35-46.

@ vol. 5, n. 2, autunno 1997

Firdaus G. KHISAMITDINOVA, *Healing magic among the Bashkirs*, pp. 99-113.

@ vol. 6, n. 2, autunno 1998

James A. OVERTON, *Shamanism and clinical hypnosis: a brief comparative analysis*, pp. 151-170.

@ vol. 7, n. 1, primavera 1999

Barton KUNSTLER, *Sappho's* Koma*: insights into the vocabulary of shamanistic trance in ancient Greek poetry*, pp. 59-76.

■ SISSC. Società italiana per lo studio degli stati di coscienza. Bollettino d'informazione

Società italiana per lo studio degli stati di coscienza (Giaveno, provincia di Torino).

➥ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 5-6.

@ nuova serie, n. 4, aprile 1999

Marco MARGNELLI (intervistato), Mario LORENZETTI (intervistatore), *Modelli e cartografie degli stati di coscienza*, pp. 1-4.

M.M. [Marco MARGNELLI], *Un'esperienza con il Santo Daime*, pp. 11-14.

■ Si yu Yan. Renwen yu shehui kexue zazhi / Thought and Words. Journal of the humanities and social sciences

The Thought and Words Association (Taipei, Taiwan).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 5-6.

@ vol. 36, n. 2, giugno 1998

numero speciale: *Social welfare and Taiwan society*, IV+252 pp.

Yow-hwey HU, *Lingle liaozhe de shehui kongjian: yi xiang tianye yanjiu de chubu fenxi* [Spazio sociale dei pazienti di medicine alternative: prima analisi dei risultati di una ricerca sul campo], pp. 183-212.

@ vol. 37, n. 1, marzo 1999

Arthur KLEINMAN, *Wenhua jiangou bingtong jingyan yu xingwei: Zongguo wenhua nei de qinggan yu zhengzhuang* [La costruzione culturale del comportamento e dell'esperienza di malattia. 1. Emozioni e sintomi nella cultura cinese], traduz. dall'inglese in cinese di Haun CHANG, pp. 241-271 [nota: traduzione cinese del capitolo 4 (*The cultural construction of illness experience and behaviour, 1: affects and symptoms in Chinese culture*, pp. 119-145) del volume di Arthur KLEINMAN, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, Berkeley (California) - Los Angeles (California) - London, 1980, XVI + 427 pp.].

■ Social Science & Medicine. An international journal

Elsevier Science (Exeter) / Pergamon (Oxford)

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 1-2, 3-4, 5-6.

@ vol. 47, n. 10, 1998

Tomas HEMMINGSSON - Ingvar LUNDBERG - Finn DIDERICHSEN - Peter ALLEBECK, *Explanations of social class differences in alcoholism among young men*, pp. 1399-1405.

Stephen PAVIS - Sarah CUNNINGHAM-BURLEY - Amanda AMOS, *Health related behavioural change in context: young people in transition*, pp. 1407-1018.

Ann ROBERTSON, *Critical reflections on the politics of need: implications for public health*, pp. 1419-1430.

Sunanda RAY - Ahmed LATIF - Roderick MACHEKANO - David KATZENSTEIN, *Sexual behaviour and risk assessment of HIV seroconvertors among urban male factory workers in Zimbabwe*, pp. 1431-1443.

Priscilla REDDY - Anna MEYER-WEITZ - Bart VAN DEN BORNE - Gerjo KOK - Wies WEIJTS, *The learning curve: health education in STI clinics in South Africa*, pp. 1445-1453.

Harriet BIRUNGI, *Injections and self-help: risk and trust in Ugandan health care*, pp. 1455-1462.

Jude U. OHAERI, *Perception of the social support role of the extended family network by some Nigerians with schizophrenia and affective disorders*, pp. 1463-1472.

Roberto CASTRO - Emanuel OROZCO - Peter AGGLETON - Enrique EROZA - Juan Jacobo HERNÁNDEZ, *Family responses to HIV/AIDS in Mexico*, pp. 1473-1484.

Miles LITTLE - Christopher FC JORDENS - Kim PAUL - Kathleen MONTGOMERY - Bertil PHILIPSON, *Liminality: a major category of the experience of cancer illness*, pp. 1485-1494.

Hans A. BAER - John HAYS - Nicole MCCLENDON - Neil MCGOLDRICK - Raffaella VESPUCCI, *The holistic health movement in the San Francisco bay area: some preliminary observations*, pp. 1495-1501.

T. Joseph SHEEHAN, *Stress and low birth weight: a structural modeling approach using real life stressors*, pp. 1503-1512.

Thomas BOSSERT, *Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance*, pp. 1513-1527.

Gerald BLOOM - Diane MCINTYRE, *Towards equity in health in an unequal society*, pp. 1529-1538.

Michael BERKWITS, *From practice to research: the case for criticism in an age of evidence*, pp. 1539-1545.

Stephen MARTIN - Nigel RICE - Peter C. SMITH, *Risk and general practitioner budget holder*, pp. 1547-1554.

Darrin L. BAINES - Keith H. TOLLEY - David K. WHYNES, *The ethics of resource allocation: the views of general practitioners in Lincolnshire, UK*, pp. 1555-1564.

Stephen JAN, *A holistic approach to the economic evaluation of health programs using institutionalist methodology*, pp. 1565-1572.

Michel WENSING - Hans Peter JUNG - Jan MAINZ - Frede OLESEN - Richard GROL, *A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: description of the research domain*, pp. 1573-1588.

Taie KAASIK - Ragnar ANDERSSON - Lars-Gunnar HÖRTE, *The effects of political and economic transitions on health and safety in Estonia: an Estonian-Swedish comparative study*, pp. 1589-1599.

David W. BAKER - Martin F. SHAPIRO - Claudia L. SCHUR - Howard FREEMAN, *A revised measure of symptom-specific health care use*, pp. 1601-1609.

Michael P. LEITER - Phyllis HARVIE - Cindy FRIZZELL, *The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout*, pp. 1611-1617.

K.S.A. JAYASINGHE - D. DE SILVA - N. MENDIS - R.K. LIE, *Ethics of resource allocation in developing countries: the case of Sri Lanka*, pp. 1619-1625.

@ vol. 47, n. 11, 1998

Karl ATKIN - Waqar I.U. AHMAD - Elizabeth N. ANIONWU, *Screening and counselling for sickle cell disorders and thalassaemia: the experience of parents and health professionals*, pp. 1639-1651.

David ARMSTRONG - Susan MICHIE - Theresa MARTEAU, *Revealed identity: a study of the process of genetic counselling*, pp. 1653-1658.

Marie NORREDAM - Mogens GROENVOLD - Jorgen HOLM PETERSEN - Allan KRASNIK, *Effect of social class on tumor size at diagnosis and surgical treatment in Danish women with breast cancer*, pp. 1659-1663.

M. DROOMERS - C.T.M. SCHIJVERS - H. VAN DE MHEEN - J.P. MACKENBACH, *Educational differences in leisure-time physical inactivity: a descriptive and explanatory study*, pp. 1665-1676.

Richard TAYLOR - Stephen MORRELL - Emma SLAYTOR - Paul FORD, *Suicide in urban New South Wales, Australia 1985-1994: socio-economic and migrant interactions*, pp. 1677-1686.

David P. ADAMS - Cole BARTON - G. Lynn MITCHELL - Alan L. MORE - Victor EINAGEL, *Hearts and minds: suicide among United States combat troops in Vietnam, 1957-1973*, pp. 1687-1694.

Helinä HAKKO - Pirkko RÄSÄNEN - Jari TIIHONEN, *Increasing homicide rate in Finland accompanied by decreasing seasonality over the period 1957-95*, pp. 1695-1698.

Débora S. MUNCZEK - Steven TUBER, *Political repression and its psychological effects on Honduran children*, pp. 1699-1713.

Andrea ELKIND, *Using metaphor to read the organisation of the NHS*, pp. 1715-1727.

Martin WOOD - Ewan FERLIE - Louise FITZGERALD, *Achieving clinical behaviour change: a case of becoming indeterminate*, pp. 1729-1738.

Katherine MILLER, *The evolution of professional identity: the case of osteopathic medicine*, pp. 1739-1748.

Jesus RAMIREZ-VALLES, *Promoting health, promoting women: the construction of female and professional identities in the discourse of community health workers*, pp. 1749-1762.

Inga-Lill PETTERSON - Bengt B. ARNETZ, *Psychosocial stressors and well-being in health care workers. The impact of an intervention program*, pp. 1763-1772.

Wei DONG - Yoav BEN-SHLOMO - Helen COLHOUN - Nish CHATURVEDI, *Gender differences in accessing cardiac surgery across England: a cross-sectional analysis of the health survey for England*, pp. 1773-1780.

Rachel JEWKES - Naeemah ABRAHAMS - Zodumo MVO, *Why do nurses abuse patients reflections from South African obstetric services*, pp. 1781-1795.

Peter J. ASPINALL, *Describing the white ethnic group and its composition in medical research*, pp. 1797-1808.

Karen E. SMOYER, *Putting risk in its place: methodological considerations for investigating extreme event health risk*, pp. 1809-1824.

Sarah J.L. EDWARDS - Richard J. LILFORD - Jim THORNTON - Jenny HEWISON, *Informed consent for clinical trials: in search of the "best" method*, pp. 1825-1840.

Donald W. MATTESON - Jeffrey A. BURR - James R. MARSHALL, *Infant mortality: a multi-level analysis of individual and community risk factors*, pp. 1841-1854.

T.N. SUGATHAN - Philip M. MOODY - Mahmood A. BUSTAN - Najwa S. ELGERGES, *Age patterns of smoking initiation among Kuwait University male students*, pp. 1855-1858.

Michael HEINRICH - Anita ANKLI - Barbara FREI - Claudia WEIMANN - Otto STICHER, *Medicinal plants in Mexico: Healers' consensus and cultural importance*, pp. 1859-1871.

Albert I. GOLDBERG - Gilat COHEN - Ami-Hai E. RUBIN, *Physician assessments of patient compliance with medical treatment*, pp. 1873-1876.

Howard M. ROSENBERG - Andrew J. CUCCHIARA - Mark L. HELPIN, *Dental students' attitude to gender roles*, pp. 1877-1880.

@ vol. 47, n. 12, 1998

Lucy GILSON, *In defence and pursuit of equity*, pp. 1891-1896.

Andrew CREESE, *In defence and pursuit of equity: a response*, pp. 1897-1898.

Olusoji ADEYI - James Christopher LOVELACE - Dena RINGOLD, *In defense and pursuit of equity and efficiency*, pp. 1899-1900.

Stephen M. TOLLMAN - William C. HSIAO, *Pursuing equity without getting beat*, pp. 1901-1903.

Teresa WAI CHI TAI - Sherry I. BAME - Chester D. ROBINSON, *Review of nursing turnover research, 1977-1996*, pp. 1905-1924.

Wendy J. GRAHAM, *Outcomes and effectiveness in reproductive health*, pp. 1925-1936.

Anthony CAVENDER - Manuel ALBÁN, *Compulsory medical service in Ecuador: the physician's perspective*, pp. 1937-1946.

Radmila PRISLIN - Lucina SUAREZ - Diane M. SIMSPON - James A. DYER, *When acculturation hurts: the case of immunization*, pp. 1947-1956.

G.E. HENDERSON - J.S. AKIN - P.M. HUTCHINSON - S.G. JIN - J.M. WANG - J. DIETRICH - L.M. MAO, *Trends in health services utilization in eight provinces in China, 1989-1993*, pp. 1957-1971.

Myrra VERNOOIJ-DASSEN - Fred WESTER - Marcel AUF DEN KAMP - Frans HUYGEN, *The development of a dementia process within the family context: the case of Alice*, pp. 1973-1980.

S. DAY - H. WARD - C. ISON - G. BELL - J. WEBER, *Sexual networks: the integration of social and genetic data*, pp. 1981-1992.

Matk VANLANDINGHAM - John KNODEL - Chanpen SAENGTIENCHAI - Anthony PRAMUALRATANA, *In the company of friends: peer influence on Thai male extramarital sex*, pp. 1993-2011.

Christine ZAZA - Cathy CHARLES - Alicia MUSZYNSKI, *The meaning of playing-related musculoskeletal disorders to classical musicians*, pp. 2013-2023.

Elizabeth M. ARMSTRONG, *Diagnosing moral disorder: the discovery and evolution of fetal alcohol syndrome*, pp. 2025-2042.

C. MUNTANER - W.W. EATON - C. DIALA - R.C. KESSLER - P.D. SORLIE, *Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders*, pp. 2043-2053.

Russel ECOB - Kelvyn JONES, *Mortality variations in England and Wales between types of place: an analysis of the ONS longitudinal study*, pp. 2055-2066.

David A. CROMWELL - Rosalie VINEY - John HALSALL - Don HINDLE, *Linking measures of health gain to explicit priority setting by an area health service in Australia*, pp. 2067-2074.

Joan L. BOTTORFF - Joy L. JOHNSON - Radhika BHAGAT - Sukhdev GREWAL - Lynda G. BALNEAVES - Heather CLARKE - B. Ann HILTON, *Beliefs related to breast health practices: the perceptions of South Asian women living in Canada*, pp. 2075-2085.

Jo ENSIGN - Joel GITTELSOHN, *Health and access to care: perspectives of homeless youth in Baltimore City, USA.*, pp. 2087-2099.

Isabelle DE ZOYSA - Nita BHANDARI - Naseema AKHTARI - Maharaj K. BHAN, *Care-seeking for illness in young infants in an urban slum in India*, pp. 2101-2111.

Nancy E. SCHOENBERG - Cheryl H. AMEY - Raymond T. COWARD, *Stories of meaning: lay perspectives on the origin and management of noninsulin dependent diabetes mellitus among older women in the United States*, pp. 2113-2125.

Ann MILES, *Radio and the commodification of natural medicine in Ecuador*, pp. 2127-2137.

@ vol. 48, n. 1, 1999

Kate HUNT - Ellen ANNANDALE, *Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies. Introduction to Special Issue on Gender and Health*, pp. 1-5.

Eero LAHELMA - Pekka MARTIKAINEN - Ossi RAHKONEN - Karri SILVENTOINEN, *Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change*, pp. 7-19.

Ichiro KAWACHI - Bruce P. KENNEDY - Vanita GUPTA - Deborah PROTHROW-STITH, *Women's status and the health of women and men: a view form the States*, pp. 21-32.

Carol EMSLIE - Kate HUNT - Sally MACINTYRE, *Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees*, pp. 33-48.

Sharon MATTHEWS - Orly MANOR - Chris POWER, *Social inequalities in health: are there gender differences?*, pp. 49-60.

Sara ARBER - Helen COOPER, *Gender differences in health in later life: the new paradox?*, pp. 61-76.

R. FUHRER - S.A. STANSFELD - J. CHEMALI - M.J. SHIPLEY, *Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II study)*, pp. 77-87.

Sally MACINTYRE - Graeme FORD - Kate HUNT, *Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness*, pp. 89-98.

M. BARTLEY - A. SACKER - D. FORTH - R. FITZPATRICK, *Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993*, pp. 99-115.

Karen DUNNELL - Justine FITZPATRICK - Julia BUNTING, *Making use of official statistics in research on gender and health status: recent British data*, pp. 117-127.

@ vol. 48, n. 2, 1999

A. LEACH - S. HILTON - B.M. GREENWOOD - E. MANNEH - B. DIBBA - A. WILKINS - E.K. MULHOLLAND, *An evaluation of the informed consent procedure used during a trial of a* Haemophilus influenzae *type B conjugate vaccine undertaken in The Gambia, West Africa*, pp. 139-148.

Gillian R. BENTLEY - Robert AUNGER - Alisia M. HARRIGAN - Mark JENIKE - Robert C. BAYLEY - Peter T. ELLISON, *Women's strategies to alleviate nutritional stress in a rural African society*, pp. 149-162.

T.W. STEEN - G.N. MAZONDE, *Ngaka ya setswana, ngaka ya sekgoa or both? Health seeking behaviour in Batswana with pulmonary tuberculosis*, pp. 163-172.

M.C. GUTMANN, *Ethnicity, alcohol, and acculturation*, pp. 173-184.

Ronit D. LEICHTENTRITT - Kathryn D. RETTIG - Steven H. MILES, *Holocaust sur-*

vivors' perspectives on the euthanasia debate, pp. 185-196.

John L. Fielder - Jonathan B. Wight - Robert M. Schidt, *Risk adjustment and hospital cost-based resource allocation, with an application to El Salvador*, pp. 197-212.

Maggie Somerset - Alex Faulkner - Alison Shaw - Liz Dunn - Deborah J. Sharp, *Obstacles on the path to a primary-care led National Health Service: complexities of outpatient care*, pp. 213-225.

P. Smith - A. Masterson - S. Lloyd Smith, *Health promotion versus disease and care: failure to establish "blissful clarity" in British nurse education and practice*, pp. 227-239.

Barbara Bridgman Perkins, *Re-forming medical delivery systems: economic organization and dynamics of regional planning and managed competition*, pp. 241-251.

James J. Gaudino Jr. - Bill Jenkins - Roger W. Rochat, *No fathers' names: a risk factor for infant mortality in the State of Georgia, USA*, pp. 253-265.

Aki Tsuchiya, *Age-related preferences and age weighting health benefits*, pp. 267-276.

@ vol. 48, n. 3, 1999

Karen Giffin - Catherine M. Lowndes, *Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice*, pp. 283-292.

Renée Danziger, *The social impact of HIV testing: a comparative analysis of Britain and Sweden*, pp. 293-300.

Samueal O.M. Manda, *Birth intervals, breastfeeding and determinants of childhood mortality in Malawi*, pp. 301-312.

Amatul Uzma - Peter Underwood - David Atkinson - Rose Thackrah, *Postpartum health in a Dhaka slum*, pp. 313-320.

Richard Reading - Ian H. Langford - Robin Haynes - Andrew Lovett, *Accidents to preschool children: comparing family and neighbourhood risk factors*, pp. 321-330.

Paul McNamee - Barbara A. Gregson - Debbie Buck - Claire H. Bamford - John Bond - Ken Wright, *Costs of formal care for frail older people in England: the resource implications study of the MRC cognitive function and ageing study (RIS MRC CFAS)*, pp. 331-341.

R.M.J. Schepers - H.E.G.M. Hermans, *The medical profession and alternative medicine in the Netherlands: its history and recent developments*, pp. 343-351.

Rebecca Lawton - Dianne Parker, *Procedures and the professional: the case of the British NHS*, pp. 353-361.

Barbara Beardwood - Vivienne Walters - John Eyles - Susan French, *Complaints against nurses: a reflection of 'the new managerialism' and consumerism in health care?*, pp. 363-374.

Vincent P. Miller - Carla Ernst - François Collin, *Smoking-attributable medical care costs in the USA*, pp. 375-391.

Jenny M. Lewis - Mark Considine, *Medicine, economics and agenda-setting*, pp. 393-405.

Tracey Adams, *Dentistry and medical dominance*, pp. 407-420.

@ vol. 48, n. 4, 1999

Emily M. Agree, *The influence of personal care and assistive devices on the measurement of disability*, pp. 427-443.

Andreas E. Stuck - Jutta M. Walthert - Thorsten Nikolaus - Christophe J. Büla - Christoph Hohmann - John C. Beck, *Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review*, pp. 445-469.

Alan M. Jette, *Disentangling the process of disablement*, pp. 471-472.

S.M. Skevington - J. Bradshaw - S. Saxena, *Selecting national items for the WHOQOL: conceptual and psychometric considerations*, pp. 473-487.

Reuben Granich - Michael F. Cantwell - Kurt Long - Yvonne Maldonado - Julie Parsonnet, *Patterns of health seeking*

behavior during episodes of childhood diarrhea: a study of Tzotzil-speaking Mayans in the highlands of Chiapas, Mexico, pp. 489-495.

Craig DINCAN - Kelvyn JONES - Graham MOON, *Smoking and deprivation: are there neighbourhood effects?*, pp. 497-505.

Jama MOHAMED, *Epidemics and public health in early colonial Somaliland*, pp. 507-521.

Carl MAY - Helen DOYLE - Carolyn CHEW-GRAHAM, *Medical knowledge and the intractable patient: the case of chronic low back pain*, pp. 523-534.

Mandy RYAN, *Using conjoint analysis to take account of patient preferences and go beyond health outcomes: an application to in vitro fertilisation*, pp. 535-546.

Keith H. BACHMAN - Donald K. FREEBORN, *HMO physicians' use of referrals*, pp. 547-557.

Liisa NEITTAANMÄKI - Edith B. GROSS - Irma VIRJO - Harri HYPPÖLÄ - Esko KUMPUSALO, *Personal values of male and female doctors: gender aspects*, pp. 559-568.

@ vol. 48, n. 5, 1999

A. EUGSTER - A.J.J.M. VINGERHOETS, *Psychological aspects of in vitro fertilization: a review*, pp. 575-589.

Cheryl L. NEKOLAICHUK - Ronna F. JEVNE - Thomas O. MAGUIRE, *Structuring the meaning of hope in health and illness*, pp. 591-605.

Cynthia A. MIGUEL - Veronica L. TALLO - Lenore MANDERSON - Mary Ann LANSANG, *Local knowledge and treatment of malaria in Agusan del Sur, The Philippines*, pp. 607-618.

Carolyn E. SCHWARTZ - Lawren H. DALTROY, *Learning form unreliability: the importance of inconsistency in coping dynamics*, pp. 619-631.

Elizabeth WEST - David N. BARRON - Juliet DOWSETT - John N. NEWTON, *Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: implications for the design of dissemination strategies*, pp. 633-646.

Mary E.S. INDRITZ - Margaret B. AETZ, *Value added to health by pharmacists*, pp. 647-660.

Pernille DUE - Bjørn HOLSTEIN - Rikke LUND - Jens MODVIG - Kirsten AVLUND, *Social relations: network, support and relational strain*, pp. 661-673.

THE PARTNERSHIP FOR CHILD DEVELOPMENT, *Short stature and the age of enrolment in Primary School: studies in two African countries*, pp. 675-682.

Nick HIGGINBOTHAM - Gaynor HEADING - Patrick MCELDUFF - Annette DOBSON - Richard HELLER, *Reducing coronary heart disease in the Australian Coalfields: evaluation of a 10-year community intervention*, pp. 683-692.

Russel ECOB - George DAVEY SMITH, *Income and health: what is the nature of the relationship?*, pp. 693-705.

@ vol. 48, n. 6, 1999

David MECHANIC, *Issues in promoting health*, pp. 711-718.

Ichiro KAWACHI - Bruce P. KENNEDY - Richard G. WILKINSON, *Crime: social disorganization and relative deprivation*, pp. 719-731.

Mah-Jabeen SOOBADER - Felicia B. LECLERE, *Aggregation and the measurement of income inequality: effects on morbidity*, pp. 733-744.

Chloe E. BIRD - Patricia P. RIEKER, *Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health*, pp. 745-755.

Derek YACH - B. Jane FERGUSON, *Can we stop children and adolescents from smoking?*, pp. 757-758.

David G. ALTMAN - Anne Y. WHEELIS - Mary MCFARLANE - Hye-ryeon LEE - Stephen FORTMANN, *The relationship between tobacco access use among adolescents: a four community study*, pp. 759-775.

Hengjin DONG - Lennart BOGG - Clas REHNBERG - Vinod DIWAN, *Drug policy in China: pharmaceutical distribution in rural areas*, pp. 777-786.

Robert B. SCHAFER - Elisabeth SCHAFER - Martin DUNBAR - Patricia M. KEITH,

Marital food interaction and dietary behavior, pp. 787-796.

Ruth YOUNG, *Prioritising family health needs: a time-space analysis of women's health-related behaviours*, pp. 797-813.

Mark DANIEL - Lawrence W. GREEN - Stephen A. MARION - Diane GAMBLE - Carol P. HERBERT - Clyde HERTZMAN - Sam B. SHEPS, *Effectiveness of community-directed diabetes prevention and control in a rural Aboriginal population in British Columbia, Canada*, pp. 815-832.

G. LEWANDO-HUNDT - Y. ABED - M. SKEIK - S. BECKERLEG - A. EL ALEM, *Addressing birth in Gaza: using qualitative methods to improve vital registration*, pp. 833-843.

Elizabeth E. ROUGHEAD - Andrew L. GILBERT - John G. PRIMROSE, *Improving drug use: a case study of events which led to changes in use of flucloxacillin in Australia*, pp. 845-853.

@ vol. 48, n. 7, 1999

Guy CARRIN - Diana DE GRAEVE - Leo DEVILLÉ, *Introduction to Special Issue on the Economics of Health Insurance in Low and Middle-Income Countries*, pp. 859-864.

Charles NORMAND, *Using social health insurance to meet policy goals*, pp. 865-869.

Tim ENSOR, *Developing health insurance in transitional Asia*, pp. 871-879.

Chris ATIM, *Social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, nonprofit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon*, pp. 881-896.

Bart CRIEL - Patrick VAN DER STUYFT - Wim VAN LERBERGHE, *The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns*, pp. 897-911.

Viroj TANGCHAROENSATHIEN - Anuwat SUPACHUTIKUL - Jongkol LARTIENDUMRONG, *The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn?*, pp. 913-923.

M. DESMET - A.Q. CHOUWDHURY - Md.K. ISLAM, *The potential for social mobilisation in Bangladesh: the organisation and functioning of two health insurance schemes*, pp. 925-38.

Aviva RON, *NGOs in community health insurance schemes: examples from Guatemala and the Philippines*, pp. 939-950.

Gerald BLOOM - Tang SHENGLAN, *Rural health prepayment schemes in China: towards a more active role for government*, pp. 951-960.

Guy CARRIN - Aviva RON - Yang HUI - Wang HONG - Zhang TUOHONG - Zhang LICHENG - Zhang SHUO - Ye YIDE - Chen JIAYING - Jiang QICHENG - Zhang ZHAOYANG - Yu JUN - Li XUESHENG, *The reform of the rural cooperative medical system in the People's Republic of China: interim experience in 14 pilot counties*, pp. 961-972.

@ vol. 48, n. 8, 1999

Gary L. ALBRECHT - Patrick J. DEVLIEGER, *The disability paradox: high quality of life against all odds*, pp. 977-988.

Michael H. BERNHART - I.G.P. WIADNYANA - Haryoko WIHARDJO - Imbalos POHAN, *Patient satisfaction in developing countries*, pp. 989-996.

Maarten D.C. IMMINK - Ellen PAYONGAYONG, *Risk analysis of poor health and growth failure of children in the central highlands of Guatemala*, pp. 997-1009.

Prasanna GORE - Suresh MADHAVAN - David CURRY - Gordon MCCLUNG - Mary CASTIGLIA - Sidney A. ROSENBLUTH - Raymond A. SMEGO, *Predictors of childhood immunization completion in a rural population*, pp. 1011-1027.

Daya J. SOMASUNDARAM - Willem A.C.M. VAN DE PUT - Maurice EISENBRUCH - Joop T.V.M. DE JONG, *Starting mental health services in Cambodia*, pp. 1029-1046.

Gerald F. PYLE, *From African health and influenza pandemics to disease in Russia: The medical history of K. David Patterson*, pp. 1047-1051.

Henry PERRY - Nathan ROBISON - Dardo CHAVEZ - Orlando TAJA - Carolina HILARI

- David SHANKLIN - John WYON, *Attaining health for all through community partnerships: principles of the census-based, impact-oriented (CBIO) approach to primary health care developed in Bolivia, South America*, pp. 1053-1067.

P.W. GEISSLER - R.J. PRINCE - M. LEVENE - C. PODA - S.E. BECKERLEG - W. MUTEMI - C.E. SHULMAN, *Perceptions of soil-eating and anaemia among pregnant women on the Kenyan coast*, pp. 1069-1079.

James C. THOMAS - Michele CLARK - Jadis ROBINSON - Martha MONNETT - Peter H. KILMARX - Thomas PETERMAN, *The social ecology of syphilis*, pp. 1081-1094.

Anne DIEVLER - Gregory PAPPAS, *Implications of social class and race for urban public health policy making: a case study of HIV/AIDS and TB policy in Washington, DC*, pp. 1095-1102.

Bruce CALDWELL - Indrani PIERIS - Barkat-e-KHUDA - John CALDWELL - Pat CALDWELL, *Sexual regimes and sexual networking: the risk of an HIV/AIDS epidemic in Bangladesh*, pp. 1103-1116.

Pekka MARTIKAINEN - Arpo AROMAA - Markku HELIOVAARA - Timo KLAUKKA - Paul KNEKT - Jouni MAATELA - Eero LAHELMA, *Reliability of perceived health by sex and age*, pp. 1117-1122.

@ vol. 48, n. 9, 1999

Joyce Yaa AVOTRI - Vivienne WALTERS, *"You just look at our work and see if you have any freedom on earth": Ghanaian women's accounts of their work and their health*, pp. 1123-1133.

Sabine GEURTS - Christel RUTTE - Maria PEETERS, *Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents*, pp. 1135-1148

Jan DE JONGE - Marike J.G.P. MULDER - Frans J.N. NIJHUIS, *The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: effects on health care professionals*, pp. 1149-1160.

Gertrudis I.J.M. KEMPEN - Marieke J.G. VAN HEUVELEN - Eric VAN SONDEREN - Rob H.S. VAN DEN BRINK - Aart C. KOOIJMAN - Johan ORMEL, *The relationship of functional limitations to disability and the moderating effects of psychological attributes in community-dwelling older persons*, pp. 1161-1172.

Jerome E. BICKENBACH - Somnath CHATTERJI - E.M. BADLEY - T.B. USTUN, *Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps*, pp. 1173-1187

Lorna A. RHODES - Carol A. MCPHILLIPS-TANGUM - Christine MARKHAM - Rebecca KLENK, *The power of the visible: the meaning of diagnostic tests in chronic back pain*, pp. 1189-1203.

Patrick A. BOVIER - Kaspar WYSS - Haether J. AU, *A cost-effectiveness analysis of vaccination strategies against* N. meningitidis *meningitis in sub-Saharan African countries*, pp. 1205-1220.

Margaret DENTON - Vivienne WALTERS, *Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health*), pp. 1221-1235.

Régis BLAIS - Aboubacrine MAIGA, *Do ethnic groups use health services like the majority of the population? A study from Quebec, Canada*, pp. 1237-1245.

Janine Marie MORGALL - Anna Birna ALMARSDOTTIR, *No struggle, no strength: how pharmacists lost their monopoly*, pp. 1247-1258.

Chris NIJBOER - Mattanja TRIEMSTRA - Reike TEMPELAAR - Robbert SANDERMAN, Geertrudis A.M. VAN DEN BOS, *Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: psychometric qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA)*, pp. 1259-1269.

David FIELD - Julia ADDINGTON-HALL, *Extending specialist palliative care to all?*, pp. 1271-1280.

Lea HAGOEL - Liora ORE - Efrat NETER - Galia SHIFRONI - Gad RENNERT, *The gradient in mammography screening behavior: a lifestyle marker*, pp. 1281-1290.

Michael KING - Peter SPECK - Angela THO-

MAS, *The effect of spiritual beliefs on outcome from illness*, pp. 1291-1299.

@ vol. 48, n. 10, 1999

Nick J. FOX, *Power, control and resistance in the timing of health and care*, pp. 1307-1319.

Paul BELLABY, *Spatiality, embodiment and hazards encountered in the making of pots*, pp. 1321-1332.

Jocelyn TURNER-MUSA - David LEIDNER - Samuel SIMMENS - David REISS - Paul L. KIMMEL - Barbara HOLDER, *Family structure and patient survival in an African-American end-stage renal disease population: a preliminary investigation*, pp. 1333-1340.

Jean S. KUTNER - John F. STEINER - Kitty K. CORBERT - Dennis W. JAHNIGEN - Phoebe L. BARTON, *Information needs in terminal illness*, pp. 1341-1352.

John W. ROBINSON - Debra L. ROTER, *Psychosocial problem disclosure by primary care patients*, pp. 1353-1362.

Carla A. GREEN - Clyde R. POPE, *Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis*, pp. 1363-1372.

H.M. MCGEE - D. HEVEY - J.H. HORGAN, *Psychosocial outcome assessments for use in cardiac rehabilitation service evaluation: a 10-year systematic review*, pp. 1373-1393.

Gail K. AUSLANDER - Nora GOLD, *Disability terminology in the media: a comparison of newspaper reports in Canada and Israel*, pp. 1395-1405.

Leslie LONDON, *The 'dop' system, alcohol abuse and social control amongst farm workers in South Africa: a public health challenge*, pp. 1407-1414.

Marianna FOTAKI, *The impact of market oriented reforms on choice and information: a case study of cataract surgery in outer London and Stockholm*, pp. 1415-1432.

Emil KUPEK - Mary DOOLEY - Luke WHITAKER - Stavros PETROU - Adrian RENTON, *Demographic and socio-economic determinants of community and hospital service costs for people with HIV/AIDS in London*, pp. 1433-1440.

David C. PERLMAN - Anthony R. HENMAN - Lee KOCHEMS - Denise PAONE - Nadim SOLOMON - Don C. DES JARLAIS, *Doing a shotgun: a drug use practice and its relationship to sexual behaviours and infections risk*, pp. 1441-1448.

Derek SUMMERFIELD, *A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas*, pp. 1449-1462.

Virginia BRAUN - Nicola GAVEY, *'With the best of reasons': cervical cancer prevention policy and the suppression of sexual risk factor information*, pp. 1463-1474.

Erica FRANK, *Political self-characterization of US women physicians*, pp. 1475-1481.

Robert PAMPALON - Craig DUNCAN - S.V. SUBRAMANIAN - Kelvyn JONES, *Geographies of health perception in Québec: a multilevel perspective*, pp. 1483-1490.

M.E.J. WADSWORTH - S.M. MONTGOMERY - M.J. BARTLEY, *The persisting effect of unemployment on health and social well-being in men early in working life*, pp. 1491-1499.

@ vol. 48, n. 11, 1999

Mirjam A.G. SPRANGER - Carolyn E. SCHWARTZ, *Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model*, pp. 1507-1515.

F. X. GIBBONS, *Social comparison as a mediator of response shift*, pp. 1517-1530.

Carolyn E. SCHWARTZ - Mirjam A.G. SPRANGERS, *Methodological approaches for assessing response shift in longitudinal health-related quality-of-life research*, pp. 1531-1548.

Lawren H. DALTROY - Martin G.LARSON - Holley M. EATON - Charlotte B. PHILLIPS - Matthew H. LIANG, *Discrepancies between self-reported and observed physical function in the elderly: the influence of response shift and other factors*, pp. 1549-1561.

Carolyn E. SCHWARTZ - Rabbi Meir SENDOR, *Helping others helps oneself: response shift effects in peer support*, pp. 1563-1575.

Ira B. WILSON, *Clinical understanding and*

clinical implications of response shift, pp. 1577-1588.

Eric NATEROP - Ivan WOLFFERS, *The role of the privatization process on tuberculosis control in HoChiMinh City Province, Vietnam*, pp. 1589-1598.

T.R.C. CURTIN - E.A.S. NELSON, *Economic and health efficiency of education funding policy*, pp. 1599-1611.

Renée-Louise FRANCHE - Samuel F. MIKAIL, *The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy*, pp. 1613-1623.

Catherine CAMPBELL - Brian WILLIAMS, *Beyond the biomedical and behavioural: towards an integrated approach to HIV prevention in the Southern African mining industry*, pp. 1625-1639.

Charles ABRAHAM - Stephen CLIFT - Peter GRABOWSKI, *Cognitive predictors of adherence to malaria prophylaxis regimens on return from a malarious region: a prospective study*, pp. 1641-1654.

John ABRAHAM - Graham LEWIS, *Harmonising and competing for medicines regulation: how healthy are the European Union's systems of drug approval?*, pp. 1655-1667.

Larissa I. REMENNICK, *Preventive behaviour among recent immigrants: Russian-speaking women and cancer screening in Israel*, pp. 1669-1685.

Michele L. CROSSLEY, *Stories of illness and trauma survival: liberation or repression?*, pp. 1685-1695.

@ vol. 48, n. 12, 1999

Peter P. GROENEWEGEN - Hubert G. LEUFKENS - Peter SPREEUWENBERG - Wilmar WORM, *Neighbourhood characteristics and use of benzodiazepines in The Netherlands*, pp. 1701-1711.

Kristiina MANDERBACKA - Olle LUNDBERG - Pekka MARTIKAINEN, *Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health?*, pp. 1713-1720.

Xinhua S. REN - Katherine SKINNER - Austin LEE - Lewis KAZIS, *Social support, social selection and self-assessed health status: results from the veterans health study in the United States*, pp. 1721-1734.

Kathryn M. KING - Priscilla M. KOOP, *The influence of the cardiac surgery patient's sex and age on care-giving received*, pp. 1735-1742.

Mette BREKKE - Per HJORTDAHL - Dag S. THELLE - Tore K. KVIEN, *Disease activity and severity in patients with rheumatoid arthritis: relations to socioeconomic inequality*, pp. 1743-1750.

Evan WOOD - Anthony M. SALLAR - Martin T. SCHECHTER - Robert S. HOGG, *Social inequalities in male mortality amenable to medical intervention in British Columbia*, pp. 1751-1758.

Örjan HEMSTRÖM, *Explaining differential rates of mortality decline for Swedish men and women: a time-series analysis, 1945-1992*, pp. 1759-1777.

Leslie J. BLACKHALL - Gelya FRANK - Sheila T. MURPHY - Vicki MICHEL - Joycelynne M. PALMER - Stanley P. AZEN, *Ethnicity and attitudes towards file sustaining technology*, pp. 1779-1789.

Eva E. JOHANSSON - Katarina HAMBERG - Göran WESTMAN - Gerd LINDGREN, *The meanings of pain: an exploration of women's descriptions of symptoms*, pp. 1791-1802.

Craig R. JANES, *The health transition, global modernity and the crisis of traditional medicine: the Tibetan case*, pp. 1803-1820.

Tina MOFFAT - Ann HERRING, *The historical roots of high rates of infant death in Aboriginal communities in Canada in the early twentieth century: the case of Fisher River, Manitoba*, pp. 1821-1832.

Linda A. NEWSON, *Disease and immunity in the pre-Spanish Philippines*, pp. 1833-1850.

Perla J. MARANG-VAN DE MHEEN - George DAVEY SMITH - Carole L. HART, *The health impact of smoking in manual and non-manual social class men and women: a test of the Blaxter hypothesis*, pp. 1851-1856.

Victoria SENIOR - Theresa M. MARTEAU -

Timothy J. PETERS, *Will genetic testing for predisposition for disease result in fatalism? A qualitative study of parents responses to neonatal screening for familial hypercholesterolaemia*, pp. 1857-1860.

@ vol. 49, n. 1, 1999

Ann LEVIN - Bruce CALDWELL - Barkat-e-KHUDA, *Effect of price and access on contraceptive use*, pp. 1-15.

Jan Abel OLSEN - Jeff RICHARDSON, *Production gains from health care: what should be included in cost-effectiveness analyses?*, pp. 17-26.

Sarah ATKINSON - Alasford NGWENGWE - Mubiana MACWAN'GI - T.J. NGULUBE, Trudy HARPHAM - Andrew O'CONNELL, *The referral process and urban health care in sub-Saharan Africa: the case of Lusaka, Zambia*, pp. 27-38.

Nina WALLERSTEIN, *Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico's healthier communities*, pp. 39-53.

Karen B. FARRIS - Donald P. SCHOPFLOCHER, *Between intention and behavior: an application of community pharmacists' assessment of pharmaceutical care*, pp. 55-66.

Ofra ANSON, *Exploring the bio-psycho-social approach to premenstrual experiences*, pp. 67-80.

Stephen MORRELL - Richard TAYLOR - Emma SLAYTOR - Paul FORD, *Urban and rural suicide differentials in migrants and the Australian-born, New South Wales, Australia 1985-1994*, pp. 81-91.

W. LOFFLER - H. HAFNER, *Ecological pattern of first admitted schizophrenics in two German cities over 25 years*, pp. 93-108.

Esko POPPIUS - Leena TENKANEN - Raija KALIMO - Pertti HEINSALMI, *The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study*, pp. 109-120.

D. BAKER - K. NORTH, *Does employment improve the health of lone mothers?*, pp. 121-131.

Sharon MATTHEWS - Stephen STANSFELD, Chris POWER, *Social support at age 33: the influence of gender, employment status and social class*, pp. 133-142.

Gertrudis I.J.M. KEMPEN - Els I. BRILMAN - Adelita V. RANCHOR - Johan ORMEL, *Morbidity and quality of life and the moderating effects of level of education in the elderly*, pp. 143-149.

@ vol. 49, n. 2, 1999

Joanna BUSZA - Louisiana LUSH, *Planning reproductive health in conflict: a conceptual framework*, pp. 155-171.

Monica DAS GUPTA, *Lifeboat versus corporate ethic: social and demographic implications of stem and joint families*, pp. 173-184.

Ruth LANDAU, *Planned orphanhood*, pp. 185-196.

Ce SHEN - John B. WILLIAMSON, *Maternal mortality, women's status, and economic dependency in less developed countries: a cross-national analysis*, pp. 197-214.

Brian H. BORNSTEIN - A. Christine EMLER - Gretchen B. CHAPMAN, *Rationality in medical treatment decisions: is there a sunk-cost effect?*, pp. 215-222.

Kwesi DUGBATEY, *National health policies: sub-Saharan African case studies (1980-1990)*, pp. 223-239.

Dorothy CHIN, *HIV-related sexual risk assessment among Asian Pacific Islander American women: an inductive model*, pp. 241-251.

Van K. BOROOAH, *Occupational class and the probability of long-term limiting illness*, pp. 253-266.

Elizabeth H. BRADLEY - Sidney T. BOGARDUS Jr. - Mary E. TINETTI - Sharon K. INOUYE, *Goal-setting in clinical medicine*, pp. 267-278.

Alicia S. BOULDIN - Mickey C. SMITH - Dewey D. GARNER - Sheryl L. SZEINBACH - Dennis A. FRATE - Edward M. CROOM, *Pharmacy and herbal medicine in the US*, pp. 279-289.

@ vol. 49, n. 3, 1999

Amir SHMUELI, *Survival vs. quality of life: a study of the Israeli public priorities in medical care*, pp. 297-302.

Sara CARMEL - Elizabeth J. MUTRAN, *Stability of elderly persons' expressed preferences regarding the use of life-sustaining treatments*, pp. 303-311.

Lawrence HIPSHMAN, *Attitudes towards informed consent, confidentiality, and substitute treatment decisions in southern African medical students: a case study from Zimbabwe*, pp. 313-328.

Michael L. GROSS, *Ethics education and physician morality*, pp. 329-342.

Ritu SADANA - Rachel SNOW, *Balancing effectiveness, side-effects and work: women's perceptions and experiences with modern contraceptive technology in Cambodia*, pp. 343-358.

Susan MARKENS - C.H. BROWNER - Nancy PRESS, *'Because of the risks': how US pregnant women account for refusing prenatal screening*, pp. 359-369.

Judyth L. TWIGG, *Obligatory medical insurance in Russia: the participants' perspective*, pp. 371-382.

Stephen MORRELL - Richard TAYLOR - Susan QUINE - Charles KERR - John WESTERN, *A case-control study of employment status and mortality in a cohort of Australian youth*, pp. 383-392.

Ernesto JARAMILLO, *Encompassing treatment with prevention: the path for a lasting control of tuberculosis*, pp. 393-404.

Peter GARPENBY, *Resource dependency, doctors and the state: quality control in Sweden*, pp. 405-424.

Robin HAYNES - Graham BENTHAM - Andrew LOVETT - Susan GALE, *Effects of distances to hospital and GP surgery on hospital inpatient episodes, controlling for needs and provision*, pp. 425-433.

@ vol. 49, n. 4, 1999

Richard GWYN - Glyn ELWYN, *When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter*, pp. 437-447.

Edward KRUPAT - Julie T. IRISH - Linda E. KASTEN - Karen M. FREUND - Risa B. BURNS - Mark A. MOSKOWITZ - John B. MCKINLAY, *Patient assertiveness and physician decision-making among older breast cancer patients*, pp. 449-457.

Preben BENDTSEN - Gunnel HENSING - Lotta MCKENZIE - Anna-Karin STRIDSMAN, *Prescribing benzodiazepines. A critical incident study of a physician dilemma*, pp. 459-467.

Frances GRIFFITHS, *Women's control and choice regarding HRT*, pp. 469-481.

Hilary ARKSEY - Patricia SLOPER, *Disputed diagnoses: the cases of RSI and childhood cancer*, pp. 483-497.

Pekka MARTIKAINEN - Stephen STANSFELD - Harry HEMINGWAY - Michael MARMOT, *Determinants of socioeconomic differences in change in physical and mental functioning*, pp. 499-507.

H. VAN DE MHEEN - K. STRONKS - C.T.M. SCHRIJVERS - J.P. MACKENBACH, *The influence of adult ill health on occupational class mobility and mobility out of and into employment in The Netherlands*, pp. 509-518.

Michael EMCH, *Diarrheal disease risk in Matlab, Bangladesh*, pp. 519-530.

Beth A.C. YEAGER - Sharon R.A. HUTTLY - Rosario BARTOLINI - Martha ROJAS - Claudio F. LANATA, *Defecation practices of young children in a Peruvian shanty town*, pp. 531-541.

Annette H. K. SON, *Modernization of medical care in Korea (1876-1990)*, pp. 543-550.

Cam DONALDSON, *Valuing the benefits of publicly-provided health care: does 'ability to pay' preclude the use of 'willingness to pay'?*, pp. 551-563.

@ vol. 49, n. 5, 1999

Cynthia WOODSONG - Helen P. KOO, *Two good reasons: women's and men's perspectives on dual contraceptive use*, pp. 567-580.

Hajime SATO, *Policy and politics of smoking control in Japan*, pp. 581-600.

Tatiana NIETO - Fabian MÉNDEZ - Gabriel CARRASQUILLA, *Knowledge, beliefs and practices relevant for malaria control in an endemic urban area of the Colombian Pacific*, pp. 601-609.

Lindall MCLELLAN - Chris RISSEL - Neil DONNELLY - Adrian BAUMAN, *Health behaviour and the school environment in New South Wales, Australia*, pp. 611-619.

M. Kristen PEEK - Nan LIN, *Age differences in the effects of network composition on psychological distress*, pp. 621-636.

Lubna ISHAQ BHATTI - Fariyal F. FIKREE - Amanullah KHAN, *The quest of infertile women in squatter settlements of Karachi, Pakistan: a qualitative study*, pp. 637-649.

Cathy CHARLES - Amiram GAFNI - Tim WHELAN, *Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model*, pp. 651-661.

Edward L. KINMAN, *Evaluating health service equity at a primary care clinic in Chilimarca, Bolivia*, pp. 663-678.

Bimal Kanti PAUL, *National health care 'bypassing' in Bangladesh: a comparative study*, pp. 679-689.

Jane Elisabeth SEYMOUR, *Revisiting medicalisation and 'natural' death*, pp. 691-704.

@ vol. 49, n. 6, 1999

Joseph T.S. LOW - Sheila PAYNE - Paul RODERICK, *The impact of stroke on informal carers: a literature review*, pp. 711-725.

David CLARK, *'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967*, pp. 727-736.

Anna BENNETTS - Nathan SHAFFER - Chomnad MANOPAIBOON - Pattrawan CHAIYAKUL - Wimol SIRIWASIN - Philip MOCK - Kunyarat KLUMTHANOM - Sumaleelak SORAPIPATANA - Chanidapa YUVASEVEE - Sujira JALANCHAVANAPATE - Leslie CLARK, *Determinants of depression and HIV-related worry among HIV-positive women who have recently given birth, Bangkok, Thailand*, pp. 737-749.

I.H. BURNLEY, *Socio-demographic and spatial aspects of male mortality from HIV-AIDS related diseases in New South Wales, Australia, 1990-1994*, pp. 751-762.

P. SCUFFHAM - N. DEVLIN - J. EBERHART-PHILLIPS - R. WILLSON-SALT, *The cost-effectiveness of introducing a varicella vaccine to the New Zealand immunisation*, pp. 763-779.

Amy A. EYLER - Ross C. BROWNSON - Rebecca J. DONATELLE - Abby C. KING - David BROWN - James F. SALLIS, *Physical activity social support and middle- and older-aged minority women: results from a US survey*, pp. 781-789.

Paul J. BOYLE - Anthony C. GATRELL - Oliver DUKE-WILLIAMS, *The effect on morbidity of variability in deprivation and population stability in England and Wales: an investigation at small-area level*, pp. 791-799.

Michele REVKIN-FISH, *Sexuality education in Russia: defining pleasure and danger for a fledgling democratic society*, pp. 801-814.

Nguyen HOANG LONG - Eva JOHANSSON - Vinod K. DIWAN - Anna WINKVIST, *Different tuberculosis in men and women: beliefs from focus groups in Vietnam*, pp. 815-822.

John CAIRNS - Phil SHACKLEY, *What price information? Modelling threshold probabilities of fetal loss*, pp. 823-830.

M. BARTLEY - A. SACKER - D. FIRTH - R. FITZPATRICK, *Understanding social variation in cardiovascular risk factors in women and men: the advantage of theoretically based measures*, pp. 831-845.

@ vol. 49, n. 7, 1999

Kate HUNT - Ellen ANNANDALE, *Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies. Introduction to Special Issue on Gender and Health,* pp. 1-5.

Barbara MCPAKE - Delius ASIIMWE - Francis MWESIGYE - Mathias OFUMBI - Lisbeth

ORTENBLAD - Pieter STREE - Asaph TURINDE, *Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care*, pp. 849-865.

Matthew SUTTON - Roy CARR-HILL - Hugh GRAVELLE - Nigel RICE, *Do measures of self-reported morbidity bias the estimation of the determinants of health care utilisation?*, pp. 867-878.

Örjan HEMSTRÖM, *Does the work environment contribute to excess male mortality?*, pp. 879-894.

Peter A. UBEL, *How stable are people's preferences for giving priority to severely ill patients?*, pp. 895-903.

M. TRISOLINI - D. ASHLEY - V. HARIK - W. BICKNELL, *Policy analysis for end-stage renal disease in Jamaica*, pp. 905-920.

Ricardo PÉREZ-CUEVAS - Hortensia - Ulises PEGO - Patricia TOMÉ - Karla CEJA - Sergio FLORES - Gonzalo GUTIÉRREZ, *Immunization promotion activities: are they effective in encouraging mothers to immunize their children?*, pp. 921-932.

Eva BRUYNINCKX - Dimitri MORTELMANS - M. Van GOETHEM - E. VAN HOVE, *Risk factors of pain in mammographic screening*, pp. 933-941.

Xavier BADIA - Monserrat ROSET - Michael HERDMAN, *Inconsistent responses in three preference-elicitation methods for health states*, pp. 943-950.

D. SILOVE - Z. STEEL - P. MCGORRY - J. DROBNY, *Problems Tamil asylum seekers encounter in accessing health and welfare services in Australia*, pp. 951-956.

S. YIMYAM - M. MORROW - W. SRISUPHAN, *Role conflict and rapid socio-economic change: breastfeeding among employed women in Thailand*, pp. 957-965.

John MIROWSKY, *Subjective life expectancy in the US: correspondence to actuarial estimates by age, sex and race*, pp. 967-979.

Nic BRIMBLECOMBE - Danny DORLING - Mary SHAW, *Mortality and migration in Britain, first results from the British Household Panel Survey*, pp. 981-988.

@ vol. 49, n. 8, 1999

S. RASHED - M. JOHNSON - P. DONGIER - R. MOREAU - C. LEE - R. CRÉPEAU - J. LAMBERT - V. JEFREMOVAS - C. SCHAFFER, *Determinants of the Permethrin Impregnated Bednet (PIB) in the Republic of Benin: the role of women in the acquisition and utilization of PIBs*, pp. 993-1005.

Malcolm ANDERSON - Jarold COSBY - Bill SWAN - Heather MOORE - Mike BROEKHOVEN, *The use of researche in local health service agencies*, pp. 1007-1019.

Amanda M. JAMES, *Closing rural hospitals in Saskatchewan: on the road to wellness?*, pp. 1021-1034.

J.A. VOYLE - D. SIMMONS, *Community development through partnership: promoting health in an urban indigenous community in New Zeland*, pp. 1035-1050.

Tomas HEMMINGSSON - Ingvar LUNDBERG - Finn DIDERICHSEN, *The role of social class of origin, achieved social class and intergenerational social mobility in explaining social-class inequalitie in alcoholism among young men*, pp. 1051-1059.

Cecile M.T. GIJSBERS VAN WIJK - Henk HUISMAN - Annemarie M. KOLK, *Gender differences in physical symptoms and illness behavior. A health diary study*, pp. 1061-1074.

James C. THOMAS - Karen K. THOMAS, *Things ain't what they ought to be: social forces underlying racial disparities in rates of sexually transmitted diseases in a rural North Carolina county*, pp. 1075-1084.

Margaret BENTLEY - Lorrie GAVIN - Maureen M. BLACK - Laureen TETI, *Infant feeding practices of low-income, African-America, adolescent mothers: an ecological, multigenerational perspective*, pp. 1085-1100.

Endang R SEDYANINGSIH-MAMAHIT, *Female commercial sex workers in Kramat Tunggak, Jakarta, Indonesia*, pp. 1101-1114.

Hsueh-Fen KAO - Alexa K. STUIFBERGEN,

Family experiences related to the decision to institutionalize an elderly member in Taiwan: an exploratory study, pp. 1115-1123.

Xinglu ZHANG - Lixia WANG - Xu ZHU - Kean WANG, *Knowledge, attitude and practice survey on immunization service delivery in Guangxi and Gansu, China*, pp. 1125-1127.

@ vol. 49, n. 9, 1999

Lara MARKS, *"Not just a statistic": the history of USA and UK policy over thrombotic disease and the oral contraceptive pill, 1960s-1970s,* pp. 1139-1155.

Linda BRYDER , *'We shall not fnd salvation in inoculation': BCG vaccination in Scandinavia, Britain and the USA, 1921-1960,* pp. 1157-1167.

Jennifer STANTON, *The cost of living: kidney dialysis, rationing and health economics in Britain, 1965-1996,* pp. 1169-1182.

Virginia BERRIDGE, *Passive smoking and its pre-history in Britain: policy speaks to science?*, pp. 1183-1195.

Anne-Emanuelle BIRN - Armando SOLORZANO, *Public health policy paradoxes: science and politics in the Rockefeller Foundation's hookworm campaign in Mexico in the 1920s*, pp. 1197-1214.

Vivien WALSH - Jordan GOODMAN, *Cancer chemotherapy, biodiversity, public and private property: the case of the anti-cancer drug Taxol,* pp. 1215-1225.

Peter A. COVENTRY - John V. PICKSTONE, *From what and why did genetics emerge as a medical specialism in the 1970s in the UK? A case-history of research, policy and services in the Manchester region of the NHS,* pp. 1227-1238.

David MILLER, *Risk, science and policy: definitional struggles, information management, the media and BSE,* pp. 1239-1255.

Stuart S. BLUME, *Histories of cochlear implantation*, pp. 1257-1268.

Dominique FLORIN, *Scientifc uncertainty and the role of expert advice: the case of health checks for coronary heart disease prevention by general practitioners in the UK,* pp. 1269-1283.

@ vol. 49 n. 10, 1999

David EVANS, *The impact of a quasi-market on sexually transmitted disease services in the UK,* pp. 1287-1298.

Dan HAUSMAN - Julian LE GRAND, *Incentives and health policy: primary and secondary care in the British National Health Service*, pp. 1299-1307.

Deon FILMER - Lant PRITCHETT, *The impact of public spending on health: does money matter?,* pp. 1309-1323.

Ulf-G. GERDTHAM - Magnus JOHANNESSON, *New estimates of the demand for health: results based on a categorical health measure and Swedish micro data*, pp. 1325-1332.

Sydney D. WHITE, *Deciphering "integrated Chinese and Western medicine" in the rural Lijiang basin: state policy and local practice(s) in socialist China*, pp. 1333-1347.

Yuanli LIU - William C. HSIAO - Karen EGGLESTON, *Equity in health and health care: the Chinese experience*, pp. 1349-1356.

Mary HAOUR-KNIPE - Francois FLEURY - Francois DUBOIS-ARBER, *HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation*, pp. 1357-1372.

Eric BACKLUND - Paul D. SORLIE - Norman J. JOHNSON, *A comparison of the relationships of education and income with mortality: the national longitudinal mortality study*, pp. 1373-1384.

Dariush AKHAVAN - Philip MUSGROVE - Alexandre ABRANTES - Renato D'A. GUSMAO, *Cost-effective malaria control in Brazil. Cost-effectiveness of a Malaria Control Program in the Amazon Basin of Brazil, 1988-1996,* pp. 1385-1399.

Sara CARMEL, *Life-sustaining treatments: what doctors do, what they want for themselves and what elderly persons want*, pp. 1401-1408.

Sue ZIEBLAND , *Emergency contraception: an anomalous position in the family planning repertoire?,* pp. 1409-1417.

M.J. CRAWFORD-M. PRINCE, *Increasing rates of suicide in young men in England during the 1980s: the importance of social context*, pp. 1419-1423.

@ vol. 49 n. 11, 1999

Snehendu B. KAR - Catherine A. PASCUAL - Kirstin L. CHICKERING, *Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis*, pp. 1431-1460.

Vikram PATEl - Ricardo ARAYA - Mauricio DE LIMA - Ana LUDERMIR-Charles TODD, *Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies*, pp. 1461-1471.

Kate MACINTYRE - David R. HOTCHKISS, *Referral revisited: community fnancing schemes and emergency transport in rural Africa*, pp. 1473-1487.

S. Beckerleg - G. Lewando - Hundt-M. EDDAMA - A. EL ALEM - R. SHAWA - Y. ABED, *Purchasing a quick fix from private pharmacies in the Gaza Strip*, pp. 1489-1500.

John HERITAGE - Tanya STIVERS, *Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations*, pp. 1501-1517.

Jo ERWIN - Barry PETERS, *Treatment issues for HIV+ Africans in London*, pp. 1519-1528.

Olli-Pekka RYYNÄNEN - Markku MYLLYKANGAS - Juha KINNUNEN - Jorma TAKALA, *Attitudes to health care prioritisation methods and criteria among nurses, doctors, politicians and the general public*, pp. 1529-1539.

Jude U. OHAERI - Oladapo B. CAMPBELL - Abiodun O. ILESANMI - Akinyinka O. OMIGBODUN, *The psychosocial burden of caring for some Nigerian women with breast cancer and cervical cancer*, pp. 1541-1549.

Jeremy PETERS - G. BRENT HALL, *Assessment of ambulance response performance using a geographic information system*, pp. 1551-1566.

@ vol. 49, n. 12, 1999

Chris SHAW - Keith ABRAMS - Theresa M. MARTEAU, *Psychological impact of predicting individuals' risks of illness: a systematic review*, pp. 1571-1598.

Katherine C. BOND - Thomas W. VALENTE - Carl KENDALL, *Social network in uences on reproductive health behaviors in urban northern Thailand*, pp. 1599-1614.

Christine SIEGWARTH MEYER, *Family focus or career focus: controlling for infertility*, pp. 1615-1622.

Arline T. GERONIMUS - John BOUND - Timothy A. WAIDMANN, *Health inequality and population variation in fertility-timing*, pp. 1623-1636.

Steven HOPE - Chris POWER - Bryan RODGERS, *Does financial hardship account for elevated psychological distress in lone mothers?*, pp. 1637-1649.

Patrizia ROMITO - Marie JOSEPHE - Saurel CUBIZOLLES - Nathalie LELONG, *What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France*, pp. 1651-1661.

Robert KUGELMANN, *Complaining about chronic pain*, pp. 1663-1676.

Rosalie BAKKEN - Marzena JEZEWSKA - ZYCHOWICZ - Mary WINTER, *Household nutrition and health in Poland*, pp. 1677-1687.

Celia A. PALMER - Louisiana LUSH - Anthony B. Zwi, *The emerging international policy agenda for reproductive health services in conflict settings*, pp. 1689-1703.

Pieter STREEFLAND - A.M.R. CHOWDHURY - Pilar RAMOS-JIMENEZ, *Patterns of vaccination acceptance*, pp. 1705-1716.

Erica FRANK - Mary LYNN DELL - Rebecca CHOPP, *Religious characteristics of US women physicians*, pp. 1717-1722.

■ La Società Multietnica. Osservatorio metropolitano delle immigrazioni

Assessorato al lavoro formazione professionale sicurezza sociale, Provincia di Bologna - Istituzione dei servizi per l'immigrazione, Comune di Bologna.

@ nuova serie, n. 3, dicembre 1998

Maria Augusta NICOLI, *La formazione degli operatori sanitari a Bologna in un'ottica inter-*

culturale: "Il percorso nascita" un'esperienza in atto, pp. 207-211.

■ **Soma. Interazioni terapeutiche e antropologia medica / Interactions thérapeutiques et anthropologie médicale / Therapeutical interactions and medical anthropology**

Dipartimento di scienze antropologiche (DISA), Università degli studi di Genova / Groupe de recherche sur les interactions communicatives (GRIC). Unité mixte de recherche Cnrs - Université Lumière Lyon 2.

@ **n. 2, 1998**

numero monografico: *Dossier Alimentazione / Alimentation*, 91 pp.

François LUPU, *Grossesse et alimentation chez les Tin Dama, East Sepik Province, Papouasie - Nouvelle Guinée*, pp. 76-82.

@ **n. 3, 1998**

Gabriele MINA, *Veleno e Melanconia. Un'inedita testimonianza trecentesca sul tarantismo mediterraneo*, pp. 8-20.

Sylvain PATRI, *Doctrine médicale et médecins indo-européens*, pp. 21-27.

Oscar TORRETTA, *Indicatori di stress tra la popolazione indigena Maxcalí: uso e abuso delle sostanze alcoliche*, pp. 28-33.

Juan Luis RAMÍ, *La percepción infantil de la enfermedad: una mirada Otomí*, pp. 44-56.

■ **Storia, Antropologia e Scienze del Linguaggio**

Domograf (Roma).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn., 3-4.

@ **anno XIII, fasc. 3, settembre-dicembre 1998**

Marcello RIZZELLO, *Le patologie riscontrabili negli ex voto fittili dei santuari di epoca romana del Lazio meridionale*, pp. 41-78.

Franca FEDELI BERNARDINI, *Le offerenti del santuario del Divino amore tra conservazione e innovazione*, pp. 79-96.

Virginia DE MICCO - Augusto FERRAIUOLO, *Esorcismo cattolico e possessione diabolica tra crisi individuale e strategie collettive. Un'indagine sul campo in un contesto antropologico in trasformazione*, pp. 97-104.

Gilberto MAZZOLENI, *L'antropologo narra il paziente. Una cerimonia di cura presso i Mataco del Chaco centrale*, pp. 115-126.

■ **Studi e Informazioni. Quadrimestrale dell'Istituto regionale di ricerche economiche e sociali dell'Umbria - IRRES**

IRRES. Istituto regionale di ricerche economiche e sociali dell'Umbria (Perugia)

@ **anno XI-XII, n. 31-32, settembre 1998-aprile 1999**

numero monografico: *Speciale terremoto. Seconda parte*, 93 pp.

Pantaleo Lucio LOSAPIO - Ugolino UGOLINI, *Un ospedale da campo per le grandi emergenze. L'intervento nel terremoto dell'Umbria 1997-1998*, pp. 41-51.

Marco GRIGNANI, *Il terremoto invisibile. Le reazioni psicologiche alla catastrofe*, pp. 53-64.

Anna TONI, *La rappresentazione della catastrofe e la dimensione soggettiva*, pp. 65-73.

■ **Studi si Comunicari de Etnologie**

Academia Romana. Institutul de cercetari socio-umane (Sibiu, Romania)

@ **nuova serie, vol. XII, 1998**

Ligia MIHAIU, *Un manuscris octogenar de etnoiatrie din Banat*, pp. 113-123.

■ **Tecniche Conversazionali**

Accademia delle tecniche conversazionali / Edizioni La Vita Felice (Milano) - Tempo Libro srl (Milano).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, n. 5-6.

@ **n. 20, anno X, dicembre 1998**

Antonello SCIACCHITANO, *Per una psicologia senza psiche*, pp. 4-7.

Elena CAPOVILLA, *Un incontro con lo Stone Center*, pp. 8-9 [commento al convegno concernente la femminilità e la psicoterapia "Donne: trauma, relazione, cambiamento", tenuto a Milano dal 5 al 7 giugno 1998, organizzato congiuntamente dalla Confederazione di organizzazioni italiane per la ricerca analitica sui gruppi (COIRAG) e dall'Organizzazione di psicoanalisti italiani Federazione e Registro (OPIFER)].

Giampaolo LAI, *Crisi dell'universo psicoanalitico?*, pp. 10-15.

Ennio COCCO, *Psicoterapie delle demenze: una boutade?*, pp. 25-27.

@ n. 21, anno XI, giugno 1999

Isabella D'AMORE, *Scrivere psicoterapia*, pp. 16-25 [testo di presentazione delle Giornate di studio sulla "Teoria e prassi della psicoterapia", Pontignano, 24-25 aprile 1999].

Giacomo GRADONI, *Giacomo Gradoni conversa con Giacomo Gradoni a proposito della tesi di laurea di Giacomo stesso, dal titolo: Semantica, logica abduttiva, grammatica nella verifica dei risultati conversazionali*, pp. 73-79.

Tullio SEPPILLI (intervistato), Antonio MINERVINO - Sara FALLINI (intervistatori), *Parliamo di conversazionalismo*, pp. 88-99.

@ n. 22, anno XI, ottobre1999

Paola NICOLINI, *Il test come testo*, pp. 25-29.

■ Terapia Familiare. Rivista interdisciplinare di ricerca ed intervento relazionale

Accademia di psicoterapia della famiglia (Roma)

@ anno XXI, n. 54, luglio 1997

numero monografico: *Famiglie a rischio in una società multietnica*, pp. 3-95.

Vincenzo DI NICOLA, *Nuove realtà sociali, nuovi modelli di terapia: terapia familiare culturale per un mondo in trasformazione*, pp. 5-9.

Luigi BALDASCINI, *La psichiatria di confine: connessioni tra diversità e molteplicità*, pp. 35-41.

Marcella DE NICHILO, *Donne e culture a confronto: riflessioni di una terapeuta della famiglia*, pp. 45-54.

Mary HOTVEDT, *Il matrimonio interculturale: incontro terapeutico*, pp. 55-66.

Robert N. WENDT, *Fallimento, perdita ed emarginazione: verso la trasformazione del terapeuta e l'onestà terapeutica*, pp. 75-84.

Alfredo ANCORA (curatore), *Una bibliografia ragionata su: Psichiatria transculturale*, pp. 85-95.

■ Theory Culture & Society

SAGE Publications (London)

@ vol. 15, n. 3-4, agosto-novembre 1998

Cindy PATTON, *'On me, not in me': locating affect in nationalism after AIDS*, pp. 355-374.

@ vol. 16, n. 2, aprile 1999

Elspeth PROBYN, *Beyond food/sex: eating and an ethics of eating*, pp. 215-228.

■ TMA. Italian journal of holistic medicine. Tecniche Mediche Associate. Trimestrale di studio e ricerca sulle medicine naturali

Istituto superiore di medicina olistica e di ecologia, Università degli studi di Urbino (ISMOE) / Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali (Pisa - Roma).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 5-6.

@ n. 26-27, anno XII, n. 3-4, settembre-dicembre 1998

numero speciale: *Iridologia*, pp. 5-48 [il testo appare essere una versione, forse rivista, della tesi di diploma di specializzazione nella Scuola di specializzazione in medicina olistica (Indirizzo biotipologia e medicina omeopatica) presso l'Istituto superiore di medicina olistica e di ecologia, Università degli studi di Urbino / titolo della tesi: *La prima diatesi in microse-*

meiotica oftalmica: profilo biotipogenetico e correlazioni / candidato Luigi Ottavio e relatore Vincenzo Di Spazio / anno accademico 1996/97].

Luigi OTTAVIO - Vincenzo DI SPAZIO, *Prima parte. Introduzione e aspetti generali di iridologia*, pp. 5-17.

Seconda parte. L'orlo pupillare interno (OPI) e l'OPI ipertrofico, pp. 18-31.

Terza parte. Aspetti terapeutici della 1ª diatesi, pp. 32-48.

■ Trabajo Social y Salud

Asociación española de trabajo social y salud (Zaragoza).

@ n. 31, dicembre 1998

numero monografico: *Antropología de la medicina. Una década de Jano (1985-1995) (II)*, a cura di Oriol ROMANÍ - Miguel MIRANDA ARANDA (Departament d'antropologia social i filosofia, Universitat "Rovira i Virgili" [Tarragona]), 407 pp.

Dopo il primo – di cui si è dato conto su *AM* nello "Spoglio dei periodici" del volume precedente (n. 5-6, ottobre 1998, pp. 451-452) – è questo il secondo (e ultimo) numero monografico della rivista "Trabajo Social y Salud" dedicato a una selezione dei sessantasette articoli di antropologia medica pubblicati fra il 1985 e il 1995 su "Jano. Medicina y humanidades", un settimanale (45 numeri l'anno) edito a Barcellona in 40.000 esemplari da Ediciones Doyma e inviato in omaggio ai medici di Spagna. Nel primo di questi due numeri monografici ("Trabajo Social y Salud", n. 29, marzo 1998) i lavori selezionati apparivano articolati in quattro sezioni tematiche: I. Cultura e malattia, II. I processi assistenziali, III. Assistenza primaria, IV. Cronicità e morte. Per questo secondo numero, come peraltro anticipato nella presentazione del primo, sono stati selezionati gli articoli inscrivibili in due ulteriori sezioni tematiche: I. Droghe, società e individui. Il caso dell'alcol, e II. AIDS e antropologia sociale. Oltre la presentazione di questo secondo numero, si tratta qui di quindici articoli, che insieme ai trenta ripubblicati nel primo rappresentano un totale di quarantacinque lavori riproposti così da "Trabajo Social y Salud" sui sessantasette concernenti l'antropologia medica usciti a suo tempo su "Jano. Medicina y humanidades". Per ulteriori informazioni sull'insieme dell'iniziativa si può anche consultare la nota da noi predisposta in proposito su *AM* alla p. 451 del n. 5-6.

[TS]

Oriol ROMANÍ, *Presentación. Estigmatización y salud. Perspectivas antropológicas*, pp. 7-18.

***I parte. Drogas, sociedad e individuos. El caso del alcohol*,** a cura di Oriol ROMANÍ, pp. 19-126.

Domingo COMAS ARNAU, *Uso de drogas: del paradigma lewiniano al nuevo rol de las expectativas simbólicas*, pp. 21-38.

Rafael LLAVONA URIBELARREA, *Aspectos socioculturales del tabaco*, pp. 39-50.

Eduardo L. MENÉNDEZ, *Alcoholismo, aportaciones y carencias del paradigma antropológico*, pp. 51-65.

Eduardo L. MENÉNDEZ, *Regla y trasgresión: el alcoholismo como integrador ideológico*, pp. 67-83.

Renée DI PARDO, *Los patrones socioculturales de alcoholización en México*, pp. 85-97.

Graça ÍNDIAS CORDEIRO, *Sociabilidad masculina y consumo de alcohol: un «juego de vino» en Lisboa*, pp. 99-105.

Isabelle BOUARD, *Los ritos del beber en un pueblo obrero de Bretaña*, pp. 107-113.

Carme FERRÉ GRAU - Joaquim M. Solé MONTSERRAT, *Alcohol y mujer: unas relaciones cambiantes*, pp. 115-126.

***II parte. SIDA y antropología social*,** a cura di Oscar GUASCH, pp. 127-197.

Rosario OTEGUI PASCUAL, *Antropología social y educación para la salud: el uso del preservativo en la prostitución*, pp. 129-137.

Amelia SÁIZ LÓPEZ, *Imágenes en torno al SIDA y su contagio en la prostitución callejera*, pp. 139-146.

Oscar GUASCH ANDREU, *El SIDA y los homosexuales españoles*, pp. 147-157.

Oscar GUASCH ANDREU, *SIDA y homosexualidad en España. Una década de epidemia*, pp. 159-170.

Luis J. GONZÁLEZ, *El SIDA y los Testigos de Jehova*, pp. 171-178.

Joan VENDRELL I FERRÉ - Elisa TOLRA I FELIU, *El Programa CAIS (Centro de Asesoramiento e información SIDA): una experiencia desde la Cruz Roja*, pp. 179-185.

Oriol ROMANÍ, *SIDA y drogas. De la sobreestigmatización a la racionalización del problema*, pp. 187-197.

■ Transcultural Psychiatry

(vedi fino al vol. XXXIII, 1996: **Transcultural Psychiatric Research Review**)
Division of social and transcultural psychiatry, Department of psychiatry, McGill University (Montréal, Québec).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ vol. XXXV, n. 4, dicembre 1998

Thomas J. CSORDAS - Elizabeth LEWTON, *Practice, performance, and experience in ritual healing*, pp. 435-512.

@ vol. XXXVI, n. 1, marzo 1999

Gerard DRENNAN, *Psychiatry, post-apartheid integration and the neglected role of language in South African institutional contexts*, pp. 5-22.

Karin ENSINK - Brian ROBERTSON, *Patient and family experiences of psychiatric services and African indigenous healers*, pp. 23-43.

Rafael YOUNGMANN - Sara MINUCHIN-ITZIGSOHN - Miriam BARASCH, *Manifestations of emotional distress among Ethiopiain immigrants in Israel: patient and clinician perspectives*, 45-63.

Kwang-iel KIM, *Culture and illness behavior in South Korea*, 65-77.

Tuong PHAN - Derrick SILOVE, *An overview of indigenous descriptions of mental phenomena and the range of traditional healing practices amongst the Vietnamese*, pp. 79-94.

Y. W. LU - Sing LEE - M. L. LIU - Y. K WING - T S. LEE, *Too costly to be ill: psychiatric disorders among hospitalized migrant workers in Shenzhen*, pp. 95-109.

@ vol. XXXVI, n. 2, giugno 1999

sezione monografica: *Culture and psychotherapy*, pp. 131-230.

Wen-Shing TSENG, *Culture and psychotherapy: review and practical guidelines*, pp. 131-179.

Zuk-Nae LEE, *Korean culture and sense of shame*, pp. 181-194.

Deborah Y. LIGGAN - Jerald KAY , *Race in the room: issues in the dynamic psychotherapy of African Americans*, pp. 195-209.

Sunny T. C. ILECHUKWU, *Oedipal anxiety and cultural variations in the incest taboo: a psychotherapy case study in the Nigerian setting*, pp. 211-225.

Jesse BELL, *Commentary on Ilechukwu*, pp. 227-230.

Veronica PEARSON, *Words mean what i want them to mean: the Analects meet Alice* (review essay), pp. 231-247.

@ vol. XXXVI, n. 3, settembre 1999

Gad P. KILONZO - Nora M. HOGAN, *Traditional African mourning practices are abridged in response to the Aids epidemic: implications for mental health*, pp. 259-283.

Mark VAN OMMEREN - Bhogendra SHARMA - Suraj THAPA - Ramesh MAKAJU - Dinesh PRASAIN - Rabindra BHATTARAI - Joop DE JONG, *Preparing instruments for transcultural research: use of the translation monitoring form with Nepali-speaking Bhutanese refugees*, pp. 285-301.

Kwang-Iel KIM - Dongen LI - Dae-Ho KIM, *Depressive symptoms in Koreans, Kore-*

an-Chinese and Chinese: a transcultural study, pp. 303-316.

Ann-Charlotte HERMANSSON - Toomas TIMPKA, *'How do you feel?': a self-rating scale for measuring well-being in refugees*, pp. 317-328.

Solvig EKBALAD - Azra ABAZARI - Nils-Gustaf ERIKSSON, *Migration stress-related challenges associated with perceived quality of life: a qualitative analysis of Iranian refugees and Swedish patients*, pp. 329-345.

Raymond PRINCE, *Pioneers of transcultural psychiatry: John Cawte* [review essay], pp. 347-357.

■ Tropical Medicine and International Health

Blackwell (Oxford)

@ vol. 3, n. 12, dicembre 1998

Johannes SOMMERFELD, *Editorial. Medical anthropology and infectious disease control*, pp. 993-995.

Andrea CAPRARA, *Cultural interpretations of contagion*, pp. 996-1001.

Helen LAMBERT, *Methods and meanings in anthropological, epidemiological and clinical encounters: the case of sexually transmitted disease and human immunodeficiency virus control and prevention in India*, pp. 1002-1010.

Carol VLASSOFF - Lenore MANDERSON, *Incorporating gender in the anthropology of infectious diseases*, pp. 1011-1019.

Lenore MANDERSON, *Applying medical anthropology in the control of infectious*, pp. 1020-1027.

■ Zhongyang Yanjiuyuan. Minzuxue Yanjiusuo Jikan / Academia Sinica. Bulletin of the Institute of Ethnology

The Institute of ethnology, Academia Sinica (Nankang, Taipei, Taiwan).

➡ per precedenti spogli di questo periodico vedi *AM*, nn. 1-2.

@ n. 84, autunno 1997

numero speciale: *Cultural performance and anthropology*, pp. 1-182.

Shuenn-der YU [YU Shunde], *Shenti xiulian yu yishi zhanyan: Cixi Daochang ge an de yanjiu* [Allenamento del corpo e performance rituale: uno studio sul caso del gruppo religioso Cixi Daochang], pp. 1-35 (riassunto in inglese: *Body cultivation and ritual performance: a case study of Ci-Xi*, p. 35).

Chen-hsin LO [LUO Chengxin], *Suanming jiqiao li de yuyan biaoyan* [La performance linguistica nella tecnica verbale del divinatore], pp. 37-60 (riassunto in inglese: *Verbal skill in Chinese fortune-telling*, p. 60).

@ n. 85, primavera 1998

An-bang YU [YU Anbang] - Li-hsien HSUEH [XUE Lixian], *Guanxi, jia yu chengjin: qinren siwang de qingyun xianxiang zhi quanshi* [Correlazione, mondo domestico e mutuo completamento: una interpretazione della fenomenologia emozionale nell'esperienza della morte di un parente], pp. 1-51 (riassunto in inglese: *Guanxi, home and mutual fulfillment in the experience of a relative's death: a hermeneutic-psychological interpretation*, p. 51).

@ n. 86, autunno 1998

Marc L. MOSKOWITZ, *The haunting fetus: greed, healing, and religious adaptation in modern Taiwan*, pp. 157-196 (riassunto in cinese: *Zuo sui de ying ling: xiandai Taiwan de tanyu, liaoyu yu zongjiao shiying*, p. 196).

09. Tesi universitarie

Vengono indicate in questa sezione dell'Osservatorio – soprattutto per quanto riguarda le università italiane – le tesi universitarie di vario tipo e livello (diploma, laurea, specializzazione, master, dottorato, ...) concernenti tematiche in vario modo connesse all'antropologia medica. Anno di riferimento iniziale per la rilevazione: 1990.

Le tesi sono anzitutto classificate in base alle università e ai dipartimenti (o istituti o centri di ricerca e/o cattedre) cioè, in sostanza, in base alle sedi presso cui esse sono state elaborate. Per ciascuna di queste sedi, ordinate alfabeticamente, le tesi vengono organizzate in base al loro livello (diploma, laurea, specializzazione, master, dottorato, ...) e, per ogni livello, in base all'ordine alfabetico degli autori. Di ciascuna tesi vengono fornite le seguenti informazioni: autore / relatore o tutor / titolo e sottotitolo / denominazione del corso di laurea o della scuola di specializzazione o del master o del dottorato, e della relativa facoltà e università / anno in cui la tesi è stata discussa.

Facciamo appello a collaboratori e lettori della rivista affinché – tenendo conto del quadro di informazioni che vorremmo fornire – ci diano notizia di tesi tematicamente connesse all'antropologia medica discusse di recente presso università italiane o straniere.

■ *Istituto Universitario Europeo di Firenze, Dipartimento di Storia e civiltà*

@ *tesi di dottorato*

FIORINI Vinzia, HUFTON Olwen (supervisor), DE BERNARDI Alberto - DETTI Tommaso - PASSERINI Luisa (relatori), *Rifrazioni di ragione. Pratiche di internamento nel manicomio di Roma "Santa Maria della Pietà" (1850-1915)*, Istituto Universitario Europeo, 1999.

■ *Università degli studi di Perugia, Istituto di pedagogia, Cattedra di pedagogia*

@ *tesi di laurea*

CHECCUCCI Stefano, BUCCI Sante (relatore), *Il rapporto educativo nella configurazione infermiere-malato*, Corso di laurea in pedagogia, Facoltà di scienze della formazione, 1999.

■ *Università degli studi di Perugia, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio (già Istituto di etnologia e antropologia culturale)*

➡ per precedenti elenchi di tesi prodotte in questa istituzione vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ *tesi di laurea*

AMICUCCI Sara, SEPPILLI Tullio (relatore), *Il vodu haitiano e la "morte per vodu" nel dibattito antropologico statunitense*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

ASCANI Cristiana, SEPPILLI Tullio (relatore), *Guaritori di verruche in Toscana e in Emilia. Una inchiesta nelle provincie di Grosseto, Firenze e Pistoia e in quella di Bologna*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

BISCARDI Ivonne, BARONTI Giancarlo (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita (gravidanza, parto, puerperio) nella "città vecchia" di Bari*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

BIZZARRI Sara, SEPPILLI Tullio (relatore), *Sguardi antropologici sul terremoto del 1997-1998 nella Dorsale appenninica umbro-marchigiana: risposte culturali, disturbi psichici e processi di reintegrazione sociale*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

BORIOSI Gregorio, SEPPILLI Tullio (relatore), *Inchiesta su operatori non convenzionali di salute nell'Alta Valle del Tevere umbra e toscana e in aree contermini*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

BORIOSI Sonia, PASQUINI Caterina (relatore), *Inchiesta sui processi di integrazione alimentare degli immigrati marocchini a Città di Castello* / in particolare: cap. VI. *Le sostanze utilizzate con finalità preventivo-terapeutiche in Marocco ed eventualmente anche in Italia*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

BOVI Maria Grazia, FALTERI Paola (relatore), *Volontariato, obiezione di coscienza e solidarietà. La Caritas ed il rapporto con gli ospiti immigrati nel Centro di prima accoglienza della Caritas di Assisi*, Corso di laurea in scienze dell'educazione, Facoltà di scienze della formazione, 1999.

BUGIANTELLI Dina, SEPPILLI Tullio (relatore), *Alimentazione e tabu: mutazioni e permanenze nelle società moderne*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

CARNEVALI Angela, SEPPILLI Tullio (relatore), *Inchiesta sui guaritori tradizionali e "alternativi" nei comuni di Gubbio, Scheggia e Pascelupo, Costacciaro, Sigillo, Gualdo Tadino (comprensorio Eugubino-Gualdese, provincia di Perugia, Umbria*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

CASTRINI Michele, SEPPILLI Tullio (relatore), *L'Istituto Medico Psico-Pedagogico "Giovenale Mancinelli": un approccio etnografico alla percezione di malattia mentale e alle connesse istituzioni di cura e assistenza*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

CINCIS Monia, SEPPILLI Tullio (relatore), *In cammino per Xibalbá. Ideologia della morte e culti funerari nel mondo maya*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

DEL MARRO Vania, BARTOLI Paolo (relatore), *Credenze e pratiche popolari relative alle verruche nel folklore medico britannico e irlandese*, Corso di laurea in lingue e letterature straniere moderne, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

DI BARI Giulia, BARTOLI Paolo (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita (gravidanza, parto, allattamento, prima infanzia) nel comune di Monte Sant'Angelo (Foggia)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

FIORANI Sandra, FALTERI Paola (relatore), *Diventare padri: costruzione della genitorialità*, Corso di laurea in scienze dell'educazione, Facoltà di scienze della formazione, 1999.

FLAMINI Sabrina, SEPPILLI Tullio (relatore), *Geoffrey Gorer e il problema della scotomizzazione della morte nella società dei consumi*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

GAMMAIDONI Federico, SEPPILLI Tullio (relatore), *Inchiesta sui guaritori e sulle pratiche terapeutiche tradizionali nei comuni di Todi e Massa Martana (provincia di Perugia, Umbria)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

GASPARRI Elisabetta, BARONTI Giancarlo (relatore), *Le tradizioni popolari relative al*

ciclo della vita (gravidanza, parto, puerperio) nel centro abitato di Collepino (comune di Spello, provincia di Perugia), Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

GENEROTTI Stefania, BARONTI Giancarlo (relatore), *La tradizioni popolari relative al ciclo della vita (gravidanza, parto, puerperio) nel nucleo abitato di Scheggia (comune di Scheggia e Pascelupo, Perugia, Umbria)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

GUAITINI Margherita, BARONTI Giancarlo (relatore), *Il contributo di Frederick Thomas Elworthy (1830-1907) allo studio del folclore europeo*, Corso di laurea in lingue e letterature straniere moderne, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

GUERCIOLINI Stefania, FALTERI Paola (relatore), *Stranieri. Storie di immigrazione che attraversano il Centro di prima accoglienza della Caritas di Assisi*, Corso di laurea in scienze dell'educazione, Facoltà di scienze della formazione, 1999.

GUERRUCCI Stefania, SEPPILLI Tullio (relatore), *Ingredienti d'identità in viaggio, ovvero analisi e riflessioni sulla dinamica culturale relativa all'alimentazione attraverso una ricerca empirica su persone immigrate a Perugia provenienti dall'Africa subsahariana* / in particolare: 3. *Esperienza all'Ambulatorio per Immigrati a Perugia: lo sguardo dell'antropologia medica, per ampliare l'analisi e la riflessione sull'integrazione degli immigrati, attraverso l'alimentazione*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

HAWO MOHAMED Afra, BARONTI Giancarlo (relatore), *Modelli culturali e pratiche sociali delle mutilazioni sessuali in Somalia*, Corso di laurea in lingue e letterature straniere moderne, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

LOLLI Layla Daniela Maria, BARONTI Giancarlo (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita (gravidanza, parto, puerperio) nel comune di Paglietta (provincia di Chieti)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

MAZZERIOLI Alessandra, BARONTI Giancarlo (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita (gravidanza, parto, puerperio) nelle aree rurali del comune di Corciano (Perugia, Umbria)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

MELONI Simona, BARONTI Giancarlo (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita (gravidanza, parto, puerperio) nel territorio di Castiglion Fosco (Piegaro, Perugia)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

MEZZETTI Claudia, BARONTI Giancarlo (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita (gravidanza, parto, puerperio) nel comune di Canepina (provincia di Viterbo)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

PAGANO Raffaella, BARTOLI Paolo (relatore), *"The magic of the horseshoe with other folklore notes" (1898) di Robert Means Lawrence*, Corso di laurea in lingue e letterature straniere moderne, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

PAOLETTI Mirella, PASQUINI Caterina (relatore), *Storie di vita di immigrate ecuadoriane a Perugia. Il contesto socio-culturale nel Paese di origine, la decisione di emigrare, il progetto migratorio, il mutamento delle condizioni di esistenza, la dinamica dei modelli concernenti i ruoli sessuali*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

PELLICCIARI Maya, SEPPILLI Tullio (relatore), *Storie di vita di immigrate e immigrati peruviani a Perugia. Il contesto socio-culturale nel Paese di origine, la decisione di emigrare, il progetto migratorio, il mutamento delle condizioni di esistenza, le concezioni e le pratiche relative ai processi di salute/malattia*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

ROSSI Maria Eva, BARTOLI Paolo (relatore), *Divulgazione scientifica, propaganda igienica e lotta contro le "superstizioni mediche" nel periodico "L'Igiene Infantile. Monitore delle madri e degli istituti nazionali a prò dell'infanzia" (1878-1884), fondato e diretto dal medico veneziano Cesare Musatti (1845-*

1930), Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

SANNIPOLI Francesca, BARONTI Giancarlo (relatore), *Credenze e pratiche popolari relative alla grandine ed al fulmine nelle aree rurali del comune di Gubbio (provincia di Perugia)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

SEGARELLI Cinzia, FALTERI Paola (relatore), *Cure allevanti e reti di sostegno alla prima esperienza di maternità. Saggio di ricerca sulle utenti di due asili nido nel comune di Spoleto*, Corso di laurea in scienze dell'educazione, Facoltà di scienze della formazione, 1999.

SENSI Maila, SEPPILLI Tullio (relatore), *Ipnotismo e spiritismo nella antropologia italiana dell'Ottocento*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

SORAGNI Francesca, SEPPILLI Tullio (relatore), *La legge n. 180 del 13 maggio 1978 e i processi di deistituzionalizzazione psichiatrica in Italia: un primo tentativo di bilancio*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

VENTI Silvia, BARONTI Giancarlo (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita (gravidanza, parto, puerperio) ad Umbertide (provincia di Perugia)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

ZUCCHINI Ilaria, BARONTI Giancarlo (relatore), *Il materiale votivo contemporaneo conservato nel Santuario della Madonna delle Grazie di Rasiglia (comune di Foligno)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

■ *Università degli studi di Perugia, Sezione di geografia del Dipartimento Uomo & Territorio (già Istituto policattedra di geografia)*

@ *tesi di laurea*

PICCIONE Federica, DE SANTIS Giovanni (relatore), *Aspetti geostorici dell'assistenza sanitaria nel Folignate dal medioevo a oggi*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

■ *Università degli studi di Roma «La Sapienza», Dipartimento di studi glottoantropologici e discipline musicali*

➡ per precedenti elenchi di tesi prodotte in questa istituzione vedi *AM*, nn. 1-2, 3-4, 5-6.

@ *tesi di laurea*

AMOROSO Anna, FARANDA Laura Franca (relatore), *Le ventriloque. Corpi, digiuni e oralità eversive*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

■ *Università degli studi di Siena, Dipartimento di filosofia e scienze sociali*

➡ per precedenti elenchi di tesi prodotte in questa istituzione vedi *AM*, n. 5-6.

@ *tesi di laurea*

GAROFALO Valentina, TADDEI Stefano (relatore), *Raccontare la malattia: credenze e rappresentazioni nel genere hospital*, Corso di laurea in filosofia, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

ROSSI Barbara, CLEMENTE Pietro (relatore), *La dolce medicina. Indagine su medici e pazienti dell'Omeopatia*, Corso di laurea in filosofia, Facoltà di lettere e filosofia, 1999.

Norme per i collaboratori

Comunicazioni

- Ogni comunicazione per la rivista deve essere inviata a:
  AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica
  presso la Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio
  Università degli Studi di Perugia
  posta: via dell'Aquilone, 7, 06100 Perugia (Italia)
  fax: 075/585.3160 (*dall'estero:* ++39/75/585.3160)
  e-mail: antromed@unipg.it
  telefono: 075/585.3130 (*dall'estero:* ++39/75/585.3130)

Invio dei contributi

- Il testo fornito dagli autori deve essere di norma elaborato con programmi Winword2 nella versione MsDos oppure Word5 in quella Machintosh, o successivi, e giungere su floppydisk da 3 pollici e 1/2 accompagnato da una versione stampata su carta. Ogni cartella di stampa deve corrispondere a circa 2000 battute. Nella versione su floppydisk, eventuali tabelle o altre soluzioni grafiche particolari vanno collocate autonomamente a fine testo, segnalando nella versione stampata su carta i relatici luoghi di inserimento.

- 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, possibilmente, la sua traduzione nelle altri lingue in cui i riassunti vengono pubblicati: italiano, francese, spagnolo, inglese) ed una *scheda* (*bio-bibliografica*) *sull'Autore* 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 quali-fica principale, vanno collocati sotto il titolo del contributo.

- La Direzione della rivista, di intesa con il Comitato di redazione ed i referees, può suggerire agli Autori possibili intervenuti 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, Istituto di etnologia e antropologia culturale della Università degli Studi di 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, il 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 di 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 dalla traduzione del testo in forma corsiva.

  @ 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: 19) e (DE MARTINO E. 1961: 19-22).

@ 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 va indicato solo il primo autore seguito da *et al.* (CORIN E.E. *et al.*), mentre in 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).

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 ediz. orig., 6 voll., Leo S. Olschki Editore, Firenze [ediz. orig.: 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. Traîté 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. 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 regioni* (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)*, trad. dal francese di franco ZANNINO, presentazione dell'edizione italiana di Ernesto DE MARTINO, Torino, Einaudi.

@ Contributi individuali entro opere collettive o entro collettanee di lavori del medesimo autore

- GOOD Byron - DELLVECCHIO 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, *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, 1912.
- 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 Raymon (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 critica al desarollo 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, introduzione, avvertenza, postfazione / traduz. dall'inglese di ... / ristampa, II ediz. rivista, 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 roganizzati 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 *Bibliografia* non costituiscano oggetto di rinvio dal testo o da una nota, non siano cioè *riferimenti bibliografici* dipendenti da un rinvio, la indicazione relativa alla data di pubblicazione può essere data, anche in questo caso, entro parentesi dopo la indicazione dell'autore, o 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 la Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio,
Università degli studi di Perugia
via dell'Aquilone, 7
06100 Perugia (Italia)
tel.: 075/5853130
fax: 075/5853160
e-mail: antromed@unipg.it

Proprietà della testata
Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute
ex Monastero di Santa Caterina Vecchia
strada Ponte d'Oddi, 9
06125 Perugia (Italia)
tel.: 075/41508
fax: 075/5840812
e-mail: fondazionecelli@libero.it

Editore
ARGO Editrice s.c.r.l.
corte dell'Idume, 6
73100 Lecce (Italia)
tel.: 0832/241595
fax: 0832/303630
partita IVA: 02600260752

Stampa
Stabilimento Tipografico «Pliniana»
Viale Francesco Nardi, 12
06017 Selci Lama (prov. di Perugia, Italia)
tel.: 075/8582115
fax: 075/8583932

Promozione e distribuzione
PDE

Come acquisire *AM*

costo:

- fascicolo singolo: Italia e Paesi della Comunità europea € 18,08
  altri Paesi US$ 35
- fascicolo singolo arretrato: Italia e Paesi della Comunità europea € 20,66
  altri Paesi US$ 40
- fascicolo doppio: Italia e Paesi della Comunità europea € 30,99
  altri Paesi US$ 60
- fascicolo doppio arretrato: Italia e Paesi della Comunità europea € 36,15
  altri Paesi US$ 70
- abbonamento annuo (due numeri l'anno): Italia e Paesi della Comunità europea € 30,99
  altri Paesi US$ 60

modalità di pagamento mediante:

- compilazione del bollettino di conto corrente postale n. 478735 intestato a Argo Editrice, corte dell'Idume, 7 – 73100 Lecce (Italia)
- accredito sul conto corrente bancario n. 3560/0-78 intestato a Argo Editrice, presso la Banca del Salento, piazza Giuseppe Mazzini, 69/B, 73100 Lecce (Italia) [ABI 3140, CAB 16009]
- carta di credito (VISA) con l'invio del coupon compilato a Argo Editrice, corte dell'Idume, 7 – 73100 Lecce (Italia)

per i Soci SIAM il versamento della quota associativa annuale comprende il diritto a ricevere direttamente la rivista

Autorizzazione del Tribunale di Lecce n. 630 del 3 aprile 1996

Quanto espresso nei contributi originali pubblicati in *AM* impegna soltanto la responsabilità dei singoli Autori