







**Direttore** Tullio Seppilli (*presidente SIAM e presidente Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia*)

**Comitato consultivo internazionale** Naomar de Almeida Filho (Universidade federal da Bahia, Salvador) / Jean Benoist (Université de Aix - Marseille) / Gilles Bibeau (Université de Montréal) / Giordana Charuty (Université de Paris X - Nanterre) / Luis A. Chiozza (Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires) / Josep M. Comelles (Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona) / Ellen Corin (McGill University, Montréal) / Mary-Jo DelVecchio Good (Harvard Medical School, Boston) / Els van Dongen (Universiteit van Amsterdam) / 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) / Laurence J. Kirmayer (McGill University, Montréal) / Arthur Kleinman (Harvard Medical School, Boston) / Margaret Lock (McGill University, Montréal) / Françoise Loux (Musée national des arts et traditions populaires, Paris) / † Boris Luban-Plozza (Fondazione medicina psicosomatica e sociale, Ascona) / Ángel Martínez Hernández (Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona) / Raymond Massé (Université Laval, Québec) / Eduardo L. Menéndez (Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, México DF) / Edgar Morin (École des hautes études en sciences sociales, Paris) / Tobie Nathan (Université de Paris VIII) / Rosario Otegui Pascual (Universidad Complutense de Madrid) / Ilario Rossi (Université de Lausanne) / Ekkehard Schröder (Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam) / 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 (Fondazione Angelo Celli, Perugia - Università di Roma "La Sapienza") / Tullio Seppilli, *presidente* (Fondazione Angelo Celli, 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 (Comune di Ferrara) / Alessandro Lupo (Università di Roma "La Sapienza") / Massimiliano Minelli (Università di Perugia) / Maya Pellicciari (Fondazione Angelo Celli, Perugia) / Enrico Petrangeli (Fondazione Angelo Celli, Perugia) / Giovanni Pizza (Università di Perugia) / Pino Schirripa (Fondazione Angelo Celli, Perugia - Università di Roma "La Sapienza")

**Segreteria di redazione** Giovanni Pizza, *coordinatore* / Carlotta Bagaglia / Lorenzo Mariani / Massimiliano Minelli / Maya Pellicciari / Pino Schirripa

**Editing** Massimiliano Minelli / Lorenzo Mariani

**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

---

15-16  
ottobre 2003



Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Perugia

---

## ARGO



Riprendiamo questa immagine di Antonio Gramsci da un dipinto adottato per le tessere dei soci della associazione "Amici della Casa Gramsci" di Ghilarza (provincia di Oristano) e riprodotto a suo tempo nella copertina del volume *Antonio Gramsci*, di Palmiro TOGLIATTI (Editori Riuniti, Roma, 1977). Peraltro, Gramsci è stato oggetto di diverse e importanti opere figurative, realizzate da grandi artisti fra cui Aligi Sassu ed Ernesto Treccani. Non abbiamo però elementi per dare un nome all'Autore di questo dipinto e per specificare con precisione la tecnica e l'anno in cui esso è stato realizzato: ciò che è evidente è che riproduce una tra le più note fotografie di Gramsci, databile all'inizio degli anni Venti, nel momento più intenso della sua attività giornalistica e politica a Torino. Chiediamo dunque ai lettori che avessero in merito più precise indicazioni, ringraziandoli fin d'ora, di darne notizia alla nostra Redazione.

Come è noto, Antonio Gramsci (nato ad Ales [provincia di Oristano] il 22 febbraio 1891) fu nel 1921 uno dei principali protagonisti della fondazione del Partito comunista d'Italia. Eletto deputato nel 1924 fu arrestato dalla polizia fascista nonostante l'immunità parlamentare, inviato al confino e nel 1927 condannato a oltre vent'anni di carcere. Morì il 27 aprile 1937.

A Gramsci dedichiamo in questo volume 15-16 di *AM*, oltre alla copertina e a un saggio che trae spunto dal suo pensiero, anche un suo testo apparso sul quotidiano "Avanti!" del 6 giugno 1918, *Merce*, in cui egli prevede con profetica lungimiranza il tempo in cui anche parti del corpo umano sarebbero divenute oggetto di transazione commerciale. Vogliamo in questo modo contribuire al riconoscimento del persistente valore antropologico di una lettura che attraverso tutti e tre i blocchi dell'opera gramsciana: gli scritti pre-carcerari, le *Lettere* e i *Quaderni del carcere*, nel quadro di una antropologia critica dei processi di egemonia che investono il corpo, la salute, la malattia.

Già la lunga stagione di ricerca intellettuale e di impegno politico-culturale che seguì immediatamente in Italia la pubblicazione postuma delle *Lettere dal carcere* nel 1947 e dei *Quaderni del carcere*, dal 1948 al 1955, ha inciso in maniera determinante sullo sviluppo dell'antropologia italiana demartiniana e post-demartiniana. Le successive importanti edizioni critiche di scritti gramsciani (in primo luogo quella dei *Quaderni* curata da Valentino Gerratana nel 1975) fino alle più recenti pubblicazioni di studi gramsciani, mostrano come gli esiti di tale influenza sugli studi antropologici siano ancora da indagare nella loro articolata complessità, poiché si offrono a nuove riletture che vanno ben oltre i confini di quello che prese il nome di *Dibattito sul folklore* e si inquadrano in un crescente interesse internazionale per l'opera gramsciana, oggi notevolmente ampio e articolato.

La storia dell'antropologia medica in Italia, nella quale si inserisce questa stessa rivista, trae tuttora un impulso enorme da quella stagione, con lo sviluppo di una prospettiva critico-culturale che già allora scelse di coniugare le ricerche sulle medicine popolari a un'analisi dei rapporti di potere nel campo sanitario istituzionale, come risulta chiaro esaminando le attività scientifiche avviate dall'Istituto di etnologia e antropologia culturale dell'Università di Perugia fin da quando Tullio Seppilli lo costituì nel 1956: anno successivo alla pubblicazione dell'ultimo volume della prima edizione Einaudi dei *Quaderni del carcere*.

Il dibattito antropologico gramsciano specificamente italiano si svolge dunque nell'arco di un cinquantennio, e offre elementi di attualità indispensabili nel quadro delle antropologie mediche contemporanee, in particolare sui temi delle politiche della salute, dei poteri medici, e del rapporto fra disparità sociali e malattie. Su questi temi, l'esigenza, oggi da più parti avvertita, di una nuova stagione di cultura critica che non separi l'impegno scientifico dall'azione democratica per l'equità e i diritti umani, trova ancora una volta nelle riflessioni di Antonio Gramsci la sua più forte ispirazione e la sua più vitale attualità.

[Giovanni Pizzi]



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. 15-16, ottobre 2003

---

- Saggi*
- 11 Tullio Seppilli  
*Antropologia medica "at home":  
un quadro concettuale e la esperienza italiana*
- 33 Giovanni Pizza  
*Antonio Gramsci e l'antropologia medica ora.  
Egemonia, agentività e trasformazioni della persona*
- 53 Vittorio Lanternari  
*Terapie non convenzionali e pluralità  
di scelte terapeutiche*  
Appendice: *Bibliografia dei contributi  
di Vittorio Lanternari all'antropologia medica  
e all'etnopsichiatria*
- Ricerche*
- 83 Giampiero Volpe  
*Taΰnaikeia. Il sangue femminile tra medicina antica  
e tragedia*
- 127 Massimiliano Minelli  
*Santi in laboratorio. Pratiche collettive di trasformazione  
e politiche della santità in un Centro di salute mentale*
- 205 Maya Pellicciari  
*Retoriche dell'incontro fra medici di base e loro pazienti.  
Strategie identitarie e uso del camice e di altri dispositivi  
nella costruzione dello spazio terapeutico*
- 219 Federico Badaloni  
*Il corpo mediato. Una ricerca etnografica sul problema  
della corporeità nelle trasmissioni di tele-magia  
nella regione Lazio*

---

	259	Rosario Otegui Pascual <i>“Una brutta cosa”. Immagini dell’Hiv-Aids tra i Gitani spagnoli</i>
	291	Paolo Bartoli <i>Aspettando il dottore? Riflessioni su una ricerca di antropologia medica in Messico</i>
	325	Lorenza Menegoni <i>Le concezioni del cancro tra gli indigeni maya del Chiapas, Messico</i>
<i>Note e Interventi</i>	369	Pino Schirripa <i>La solitudine dei feticci. Alcune considerazioni sulle politiche dell’etnopsichiatria alla luce di una recente polemica francese</i>
	387	Massimiliano Minelli <i>Colonialismo, orientalismo e irriducibili “differenze” corporee. A proposito di Zoos humains, industria dello spettacolo e scienze umane tra Otto e Novecento</i>
<i>Rassegne</i>	437	Piero Coppo <i>Etnopsichiatria dei disturbi depressivi: un aggiornamento</i>
<i>Riproposte</i>	467	Antonio Gramsci <i>Merce</i>
<i>Glossario enciclopedico</i>	473	Donatella Cozzi <i>Dolore</i>
<i>Osservatorio</i>	505	Indice
	507	<i>Panorami</i> <i>L’antropologia medica in Spagna: una storia</i> [Josep M. Comelles - Enrique Perdiguero - Ángel Martínez Hernández], 507.



- 
- 535 **Resoconti**  
*Convegno "Saperi terapeutici tradizionali nell'arco alpino". VI ciclo del Seminario permanente di etnografia alpina (SPEA 6). San Michele all'Adige (provincia di Trento), 31 maggio - 3 giugno 2001, 535 / Giornata di studio "Agopuntura: stato della validazione di efficacia". Perugia, 3 dicembre 2001, 538 / Convegno "La guarigione: vie della scienza e vie delle culture". Sansepolcro (provincia di Arezzo), 25-27 ottobre 2002, 540 / Convegno "Medicine non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale". Perugia, 5 dicembre 2002, 542 / Medical Anthropology at Home 3. "Medical anthropology, welfare state and political engagement". Perugia, 24-27 settembre 2003, 549*
- 555 **Segnalazioni**
- 557 **Lavori in corso**  
*Ricerca sui processi di auto-riforma e superamento dell'istituzione manicomiale nella provincia di Perugia (1960-1980) [Sabrina Flamini - Chiara Polcri - Tullio Seppilli], 557*
- 561 **Recensioni**  
*Giovanni Pizza, Demoni e streghe fra liturgia, politica e giurisdizione negli studi storico-antropologici ungheresi contemporanei sull'Europa centrorientale [Éva Pócs (curatore), Demonológia és boszorkányság Európában [Demonologia e stregoneria in Europa]], 561 / Giovanni Pizza, "Uscire dalla notte": una monografia etnografica sullo sciamanismo nella Siberia settentrionale [Jean-Luc LAMBERT, Sortir de la nuit. Essai sur le chamanisme nganassane (Arctique sibérien)], 566 / Alessandro Lupo, Mali e rimedi di montagna: un incontro sulla medicina nelle Alpi [Giovanni KEZICH - Tullio SEPELLI (curatori), Saperi terapeutici tradizionali nell'arco alpino. Atti di SPEA 6 (Seminario permanente di Etnografia Alpina - 6° ciclo) 2001], 570*
- 575 **Schede di lettura**
- 597 **Spoglio dei periodici**
- 599 **Tesi universitarie**
- In memoria* 605 **In memoria di Arouna Keita** (a cura de La Rivista e di Piero Coppo)
- 609 **In memoria di Giovanni Battista Bronzini** (a cura de La Rivista e di Eugenio Imbriani, con una *Bibliografia dei contributi di Giovanni Battista Bronzini all'antropologia medica*, a cura di Vera Di Natale)

Hanno collaborato alle traduzioni in questo fascicolo di *AM: per i lavori originali* Claudia Avitabile, Paolo Bartoli e Lorenzo Mariani (dallo spagnolo) / *per i riassunti* i relativi autori e/o Itaca Servizi Linguistici (Bastia Umbra, provincia di Perugia) (in francese, inglese e spagnolo).



## *L'antropologia medica "at home": un quadro concettuale e la esperienza italiana\**

### Tullio Seppilli

presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM) / già professore ordinario di antropologia culturale nella Università degli studi di Perugia.

#### 1.1.

Il consolidarsi – come dimostra questo nostro convegno a Tarragona – del progetto di tenere periodici incontri europei definiti di *antropologia medica "at home"* richiede, io penso, un ulteriore approfondimento intorno al significato di questa formula.

La questione è già stata largamente discussa, come è noto, nel corso della giornata inaugurale del precedente convegno, il primo, tenutosi a Zeist, in Olanda, il 16-18 aprile 1998<sup>(1)</sup>: e già in quella occasione emersero in proposito posizioni assai eterogenee, ancorate peraltro a eterogenei parametri di riferimento, talché vi fu messa in dubbio la stessa opportunità di mantenere in uso tale termine e dunque, concettualmente, la coppia oppositiva fra una antropologia "at home" e una antropologia "abroad".

In effetti, la specificazione "at home" viene non di rado intesa, tuttora, a caratterizzare le ricerche condotte nei paesi un tempo detti "metropolitani": paesi d'Europa, o più in generale del mondo occidentale industrializzato, in cui l'antropologia è in effetti nata e in cui da tempo viene prodotta la maggior parte degli etnologi e degli antropologi sociali e culturali, formati tuttavia nella prospettiva di una attività di ricerca da svolgere in larga misura "altrove", in contesti "altri", "diversi", cioè in aree del mondo definite "esotiche", "primitive", "pre-industriali", o più esplicitamente "coloniali" o (oggi) "in via di sviluppo". Una antropologia "at home" verrebbe dunque ad essere, di contro, una antropologia rivolta allo studio del moderno mondo industrializzato in cui risiede appunto la maggior parte degli antropologi – il mondo europeo o più genericamente l'Occidente tecnologicamente avanzato – in quanto particolare campo di indagine caratterizzato in effetti da numerosi specifici tratti comuni. Un ambito della

ricerca antropologica, dunque, che si definirebbe per un suo specifico *oggetto* (un certo tipo di società), e almeno in certa misura per un suo specifico territorio di riferimento: e tanto varrebbe parlare allora di una *antropologia [medica] concernente le società europee o in generale quelle "occidentali", oppure le società industriali (o ad alta componente tecnologica)*.

Come è noto, una antropologia così orientata, medica o più genericamente socio-culturale ma comunque rivolta allo studio di istituzioni e dinamiche culturali delle società industriali, ha quasi ovunque avuto fino a pochi decenni or sono uno sviluppo del tutto marginale, tant'è che un tal campo di indagini è stato talora coperto, per certi versi, da ricerche a matrice sociologica, in una implicita assunzione che per loro stessa natura le discipline antropologiche potessero solo praticarsi in riferimento alle società "primitive" o comunque "altre" rispetto a quelle "occidentali"<sup>(2)</sup>: nei cui confronti, invece, in una prospettiva sostanzialmente evuzionistica, si dava alla ricerca antropologica un solo possibile obiettivo: quello di rintracciare, nelle loro aree di "attardamento folclorico", la pur depauperata persistente testimonianza di antiche precedenti fasi dell'incivilimento umano<sup>(3)</sup>. Con la conseguenza, appunto, che lo sviluppo di una attenzione antropologica specifica ai saperi e alle pratiche concernenti i processi di salute/malattia si andò orientando, agli inizi, pressoché esclusivamente sulle medicine dei popoli "primitivi", o comunque extra-occidentali, oppure in Occidente sulle cosiddette medicine folcloriche: in sostanza – è bene sottolinearlo – su saperi e pratiche classificate allora nel novero delle "superstizioni" e ritenute perciò stesso sostanzialmente irrazionali e inefficaci e dunque da documentare, sì, ma soprattutto da sradicare.

Ho già avuto modo di sottolineare la importanza del superamento di tali limiti, ad un tempo teorici e di oggetto: «forse, il salto di qualità più incisivo, ciò che ha affrancato e trasformato radicalmente l'impianto disciplinare *complessivo* della antropologia medica, dilatandone largamente lo spessore critico, modificandone i rapporti con altri ambiti di ricerca e spostandone lo stesso significato operativo, è consistito in un suo deciso allargamento di campo, allorché essa ha travalicato lo studio della sola "alterità" – in sostanza, cioè, lo studio della medicina folclorica europea oppure dei sistemi medici extra-occidentali o comunque "eterodossi" – e ha iniziato ad affrontare anche, e in misura crescente, la stessa medicina ufficiale occidentale, indagata dunque come *uno* fra i tanti sistemi medici che si sono via via costituiti nel mondo, diverso, certo, perché fondato sul metodo scientifico (con tutti i presupposti e le implicazioni che ciò comporta), ma al tempo stesso, come gli altri, *istituzione sociale e struttura di potere*, e come

gli altri, in ogni caso, *apparato ideologico-culturale e organizzativo storicamente determinato*»<sup>(4)</sup>.

In questa prospettiva sono venute largamente sviluppandosi, in questi ultimi decenni, ricerche rivolte appunto allo studio antropologico della biomedicina, del sistema medico, cioè, che in Occidente possiamo considerare egemone e dunque "convenzionale".

Ma ha senso oggi, per noi antropologi, definire "at home" questo ambito di ricerche solo perché rivolto a realtà ubicate in Occidente o comunque nelle società industriali? Si tratta infatti di realtà cui volgono ormai la loro attenzione non soltanto ricercatori occidentali ma anche altri, di differenti provenienze, venuti a formarsi in Occidente, e qui rimasti a lavorare, o persino formati altrove, stante la evidente espansione degli apparati formativi e delle sedi istituzionali dell'antropologia professionale anche fuori dai suoi confini originari. Che senso avrebbe, in questi casi, definire un tal tipo di indagini come condotte "at home"? E peraltro: appare ancora legittimo ed euristico – nel quadro degli attuali processi di interazione planetaria – distinguere la ricerca antropologica concernente l'Occidente da un'altra diretta "altrove"?

## 1.2.

Io credo, invece, che la indicazione "at home" debba significare qualcosa di più profondo, non già un *oggetto* ma una *condizione*, la quale può in effetti verificarsi non solo in Europa o in tutto l'Occidente (o comunque in una particolare area del mondo o in un particolare tipo di società), bensì in qualsiasi parte del pianeta: il fatto cioè che *il ricercatore e l'oggetto della ricerca* (e quindi anche i problemi da cui la ricerca nasce e le ricadute sociali che i suoi risultati perseguono) *siano radicati in un unico e medesimo contesto sociale*. Antropologia medica "at home", dunque, come *attività di ricerca condotta da antropologi medici nel proprio paese* (e se ci si vuol riferire specificamente all'Europa, come *attività di ricerca condotta nel proprio paese da antropologi medici europei*).

Ma quali implicazioni sottende una tale definizione? Cosa significa, per un antropologo, fare ricerca – e in particolare ricerca "sul campo" – *nel proprio paese [at home]* anziché in un contesto "altro" da quello in cui egli è normalmente insediato? Cosa cambia, in sostanza, allorché sul terreno della ricerca chi indaga e chi viene indagato sono radicati nel medesimo contesto?

Cerchiamo di avviare, in merito, alcune prime risposte. Stiamo dunque parlando di un lavoro di ricerca svolto da un antropologo in un contesto che almeno in certa misura è quello della sua vita quotidiana. Certo, l'antropologo ha acquisito, preliminarmente, uno specifico sapere/approccio professionale. Ma in ogni caso, comuni o abbastanza simili fra i due poli della ricerca – fra lui che indaga, appunto, e chi viene indagato – sono in larga misura gli orizzonti di vita e l'impianto culturale di fondo in base ai quali entrambi elaborano i propri punti di vista, i riferimenti al passato, le gerarchie dei valori e una gran quantità di codici e convenzioni. Come è noto, ciò consente al ricercatore di partire avvantaggiato da una giovevole piattaforma di conoscenze-quadro e di buone chiavi di lettura della realtà indagata; ma al tempo stesso una tale situazione sottrae alla sua attenzione, in quanto apparentemente “ovvie”, un gran numero di manifestazioni e di connessioni che ad un osservatore esterno salterebbero immediatamente agli occhi. E in qualche modo coinvolge inoltre il ricercatore, anche soggettivamente, nella rete di giudizi e di tensioni che caratterizzano le relazioni e le reciproche immagini dei differenti gruppi sociali del suo contesto. In sostanza, ne risulta per il ricercatore un approccio alla realtà indagata sinteticamente indicato, come è noto, con il termine “sguardo da vicino”, contrapposto allo “sguardo da lontano” che caratterizza invece l'approccio di chi indaga su società e culture di contesti a lui estranei. A ciò va aggiunto, peraltro, che terminata la ricerca, il permanere del ricercatore nel medesimo territorio in cui essa ha avuto luogo – come solitamente avviene quando appunto si tratta di una indagine “at home” – lo carica inevitabilmente di una persistente “responsabilizzazione”, di uno stato di “indebitamento” nei confronti di coloro che della ricerca sono stati oggetto, e di speculare “attesa”, da parte di questi ultimi, di un qualche “utile” soggettivo o oggettivo (previsto o meno tra gli scopi del progetto di indagine o nelle intenzioni di chi l'ha condotta): una situazione, questa, che anche al di là delle sue valenze etico-deontologiche finisce per incidere almeno in qualche misura nel trattamento e nella diffusione delle informazioni raccolte, negli esiti operativi che eventualmente ne possono scaturire, e nelle future condizioni di attività “at home” dello stesso ricercatore. È quasi inutile sottolineare che tutto ciò avviene di fatto in misura decisamente minore allorché il ricercatore, terminata la sua ricerca “abroad”, se ne torna tranquillamente (cinicamente?) nel suo paese, dove la sua unica concreta “dipendenza” è quella che eventualmente lo lega al suo committente.

Per procedere oltre occorre a questo punto “smontare” ogni possibile residua rappresentazione della figura dell'antropologo come astratta dal pro-

prio contesto materiale e culturale, dalle sue interne contraddizioni e dai processi di egemonia e di potere che vi hanno luogo. Non solo nel senso che in quanto anch'egli persona "storicamente/socialmente determinata" non può non condividere almeno in parte, sia pure in forma critica e talora in termini oppositivi, la concezione del mondo e un certo assetto di valori diffusi nella sua società. Ma anche nel senso, assai più specifico, che in quanto intellettuale, e ancor più precisamente in quanto ricercatore impegnato nella conoscenza scientifica di una realtà sociale, l'esito operativo dei risultati del suo lavoro non può non pesare in un modo o nell'altro nei meccanismi e negli equilibri del sistema sociale in cui egli è inserito o si trova comunque ad agire professionalmente. Rispetto a tali equilibri, infatti, l'uso sociale dei risultati cui l'indagine conduce e la stessa scelta concreta dell'oggetto su cui indagare non sono affatto socialmente "neutri" e peraltro dipendono in larga parte da poteri esterni al puro ambito "tecnico" dell'antropologo. Appunto per questo, nei sistemi sociali stratificati l'antropologo svolge almeno in qualche misura, e più o meno consapevolmente, una funzione "organica" di supporto specialistico rispetto agli obiettivi e alle strategie di un ceto specifico o comunque di una specifica formazione di potere: le fornisce piattaforme conoscitive intorno alle realtà sociali in cui essa intende operare, contribuisce perciò a elaborare e a rendere più consapevoli ed efficaci le sue strategie progettuali, funge da produttore di tematiche e da mediatore culturale nei processi di egemonia e di circolazione delle idee attraverso i quali tale formazione sviluppa le sue politiche di controllo sociale<sup>(5)</sup>. E tuttavia, anche su questo terreno l'antropologo (medico) che opera "at home" e quello che opera "abroad" sembrano lavorare in condizioni decisamente diverse, sulle quali varrebbe peraltro la pena condurre volta a volta una più attenta analisi: quali sono le formazioni di potere implicate e in quale prospettiva, quali le strategie effettive di intervento in cui le ricerche via via si situano e quali i gruppi sociali e i contesti ambientali in vario modo coinvolti, quali i tempi e le condizioni in cui si svolge l'attività di ricerca, in che misura e con quali modalità e mediazioni vengono utilizzati i risultati che ne derivano e dunque, realisticamente, quali i loro esiti operativi, ...

### 1.3.

Infine, è forse opportuno, qui, fare riferimento a una questione epistemologica che investe le basi stesse della antropologia medica e che in effetti si manifesta in modo evidente allorché gli antropologi pongono a

oggetto della loro ricerca proprio la biomedicina, cioè per noi Europei *la nostra* medicina egemone.

Certo, la biomedicina va esaminata, al pari di ogni altro sistema medico, come un prodotto storico radicato in una concreta e specifica tipologia di società e di cultura. Abbiamo già sottolineato, peraltro, che la biomedicina è *anche* istituzione sociale, struttura di potere, apparato ideologico-culturale e organizzativo. E in ogni caso, il suo paradigma e i criteri in base ai quali essa individua e classifica gli stati patologici, stabilisce volta a volta una loro etiopatogenesi e costruisce i concetti stessi di “malattia” e di “guarigione”, hanno per l’antropologia medica il valore di un orientamento “emic”, fra i tanti elaborati dalla molteplicità dei sistemi medici che si sono via via sviluppati sul pianeta.

E tuttavia, al medesimo tempo, la biomedicina assume necessariamente per l’antropologia medica un valore particolare, che le deriva in effetti dal suo stesso statuto e che rinvia alla comune matrice dei loro fondamenti epistemologici: i quali sono, in sostanza, i generali fondamenti – in costante ripensamento evolutivo – di ciò che chiamiamo “pensiero scientifico”. Voglio dire, con questo, che i parametri in base ai quali la biomedicina indaga ad esempio sui fattori di una data sindrome o sui meccanismi d’azione di un certo farmaco, o ne valida l’efficacia, si situano in un orizzonte metodologico che è, sì, storicamente determinato, ma che proprio per certe sue regole appare garantire con una certa approssimazione la “attendibilità” delle pur provvisorie e parziali conclusioni che noi chiamiamo “costrutti scientifici”.

Di fatto, insomma, al di là delle evidenti eterogeneità di impianto metodologico fra “scienze naturali” e “scienze storico-sociali” – che non è qui il caso di riprendere – la biomedicina e la antropologia medica partecipano di un comune fondamento epistemologico generale, quello della “concezione scientifica del mondo”.

In tale quadro, se la biomedicina ha spesso delle malattie una immagine biologisticamente ristretta alla sola *disease* – per richiamare una tematica a noi ben nota – il “deficit cognitivo” che ne deriva, e che corrisponde a un limite ideologico e pratico nella sua stessa scientificità, esplicita certo una sua insufficiente apertura disciplinare (la obliterazione, cioè, delle determinazioni storico-sociali) ma tuttavia non annulla la sostanziale attendibilità delle sue conclusioni sul terreno più strettamente biologico. D’altronde, è appunto questo limite della biomedicina ciò che la ricerca antropologica contribuisce dal canto suo a superare attraverso un esame – che vuol essere anch’esso scientifico – direzionato sui versanti della *illness* e della *sickness*, cioè delle dimensioni della malattia costituite dai



suoi vissuti soggettivi e dalle sue correlazioni e implicazioni di status socio-culturale.

Ma si tratta di prospettive convergenti in vista di una più comprensiva (e perciò più "corretta") rappresentazione scientifica di un "oggetto", la patologia, che entrambi gli approcci contribuiscono, *intersecandosi tra loro*, ad indagare. Dovrebbe essere chiaro che la tentazione manifestata talora da alcuni antropologi medici di escludere dalla loro attenzione ogni riferimento alla realtà biologica della patologia come qualcosa di radicalmente estraneo all'approccio antropologico, il quale dovrebbe solo occuparsi delle malattie in quanto *culturalmente percepite*, costituisce un gravissimo errore teorico e pratico: come dire che ai fini di una indagine su come i vari sistemi medici interpretano e fronteggiano ad esempio le epidemie di peste, e con quale successo, è indifferente "sapere" quali ne siano i "reali" meccanismi etiopatogenetici, se cioè la correlazione "vera" sia con il manifestarsi di una volontà divina di castigo o con una catena biologica batterio-pulce-topo legata a particolari eventi e situazioni ambientali e storico-sociali.

Così, allorché la antropologia medica indaga sulla biomedicina – o, se vogliamo, sull'approccio biologico che ne è il fondamento conoscitivo – essa indaga su un oggetto "emic" che rappresenta al tempo stesso un "caso" assai particolare. In sostanza, cioè, il "sapere antropologico" di chi indaga e il "sapere biologico" che costituisce una delle espressioni dell'oggetto indagato, partecipano entrambi, grosso modo, di un unico fondamento epistemologico e, almeno in linea di principio, non possono non integrarsi ai fini della costituzione di un punto di vista "etic". L'uno e l'altro sono comunque esistenzialmente legati a filo doppio.

## 2.

Tenendo in conto quanto si è finora delineato mi pare rivesta un certo interesse esaminare quali siano state le linee di sviluppo, e quale sia oggi l'impianto tematico e problematico, di un antropologia medica "nazionale" come quella italiana: un interesse, questo, da individuare non solo nel suo complessivo, precoce e per certi versi originale contributo allo sviluppo dei nostri studi, ma soprattutto, per quanto qui più direttamente ci concerne, nel fatto che a differenza di quanto avvenuto altrove, essa si è in larghissima parte sviluppata "at home", appunto, come lunga e articolata successione di fasi di ricerca attuate da ricercatori italiani entro i confini territoriali del paese<sup>(6)</sup>.

A tal fine sembra opportuno caratterizzare assai brevemente la successione di queste fasi di una tradizione di ricerca che pur configurando un percorso storico definibile oggi in termini di “antropologia medica” hanno avuto, ciascuna, proprie e in certo senso autonome configurazioni metodologiche, tematiche e operative, e specifici obiettivi e orizzonti politico-sociali e ideali.

(a) Una prima fase, che possiamo anche definire pre-antropologica, concerne indagini pubbliche da cui emergono significative informazioni in merito a orientamenti e modelli culturali relativi alla difesa della salute in particolari aree o particolari strati sociali. Mi riferisco, fra le altre, alle inchieste medico-epidemiologiche, codificate in dettagliate “relazioni”, organizzate dalla Magistratura di sanità dello Stato fiorentino (Granducato di Toscana) nei primi decenni del 1600, dove si trovano puntuali informazioni, ad esempio, sull’atteggiamento di sfiducia dei contadini toscani rispetto al ricorso ai medici ufficiali.

(b) Una seconda fase è preparata dall’illuminismo e si incentra poi sulle cosiddette “inchieste o *statistiche* napoleoniche” effettuate nei vari stati italiani sotto la egemonia o la diretta occupazione francese nel primo quindicennio, circa, del secolo XIX. In quel periodo furono condotte amplissime e sistematiche rilevazioni – organizzate a successivi livelli di scala, da quello municipale alla provincia fino a sintesi “di Stato” – in cui vennero indagati un gran numero di aspetti del territorio e della società, delle condizioni di salute e delle cosiddette “superstizioni”, con l’obiettivo di costruire utili basi conoscitive per avviare, finalmente, fondate pratiche di “buon governo”. In questo quadro, ad esempio, fra le numerosissime e dettagliate richieste di informazioni previste dai cinque ponderosi “questionari” diffusi nel 1811 in tutto il Regno (murattiano) di Napoli, si può ricordare la rilevazione dei pregiudizi contro la vaccinazione antivaiolosa, allora in pieno corso, con l’obiettivo di utilizzare quanto emerso dall’inchiesta per rafforzare l’intensa campagna di educazione sanitaria di massa già in atto nell’intero territorio a sostegno appunto della pratica della vaccinazione.

(c) Dopo la caduta degli Stati napoleonici l’Italia attraversa, come è noto, un periodo contraddittorio di involuzione politico-sociale e, ad un tempo, di lenta ripresa di una identità nazionale unitaria, segnato sul terreno intellettuale dalle idee del romanticismo e poi da una progressiva sensibilità filologica che si svilupperà successivamente in periodo positivistico. In questa fase, nel quadro di un crescente interesse per la “letteratura popolare”, è da dire che i soli contributi che appaiono abordare in modo

significativo tematiche riconducibili all'antropologia medica risultano le rilevazioni dei proverbi "dalla viva voce del popolo", che documentano in ogni area d'Italia una forte attenzione ai temi della salute e delle sue correlazioni con i medici e le medicine, con la alimentazione, con lo stile di vita e con il ciclo della esistenza umana.

(d) Ma in certo senso la grande esplosione delle ricerche che chiameremmo oggi di antropologia medica avviene in Italia in epoca positivista, nel periodo che va grosso modo dalla raggiunta unità nazionale (1870) fino alla conclusione della Prima guerra mondiale: un periodo di grandissima produttività nell'ambito delle scienze umane, segnato, molto sinteticamente, da (a) un forte orientamento laicista e una dichiarata avversione a tutte le "superstizioni" e ad ogni forma di "oscurantismo", (b) una intensa valorizzazione della scienza e del suo ruolo nel futuro progresso umano e una diffusa fiducia nelle possibilità di un approccio scientifico alla stessa conoscenza dell'uomo e delle sue vicende (un approccio sostanzialmente identificato tuttavia, per le rivoluzionarie scoperte darwiniane e i progressi della medicina, con il paradigma delle discipline biologiche, e di qui la tendenza, seppur diversamente enfatizzata dai vari autori, ad attribuire a fattori biologici un gran numero di fenomeni determinati in realtà da condizioni storico-sociali ["darwinismo sociale"], con gravi conseguenze teoriche e politiche), (c) una assidua attenzione nei confronti dei più diversi stili psichici e/o comportamentali in qualche modo riferibili a ciò che assai più tardi verrà compreso nella eterogenea etichetta della "devianza" (pazzi, criminali, briganti, ribelli, anarchici, visionari e riformatori religiosi, prostitute, ...), attentamente analizzati e tuttavia assai spesso biologisticamente interpretati come fenomeni di "atavismo" o di "degenerazione" e accomunati comunque nel limbo di una loro supposta (seppur "coatta" e dunque incolpevole) "pericolosità sociale", definita rispetto a una "normalità" sostanzialmente identificata nei parametri di funzionamento di una società borghese ritenuta al vertice del progresso evolutivo, (d) il progetto di candidare gli antropologi come "intellettuali organici" del nuovo ceto politico dirigente dell'Italia unificata nell'opera di costruzione di innovative politiche di controllo sociale e di omogeneizzazione e modernizzazione culturale. Con questo impianto, e pur con i limiti delle non lievi distorsioni biologistiche, il contributo degli antropologi positivisti alla riflessione e alla ricerca empirica in ogni campo dell'antropologia medica fu davvero enorme: fu redatto il corpus dei saperi e delle pratiche di medicina popolare di intere regioni o di aree o settori di particolare interesse (Antonio De Nino per l'Abruzzo e il Molise [1891], Zeno Zanetti per l'Umbria [1892], Giu-

seppe Pitre per la Sicilia [1896], ma anche Carolina Coronedi Berti per il territorio bolognese [1877], Domenico Giuseppe Bernoni per la città di Venezia [1878], Giovan Battista Bastanzi per le Alpi venete [1888], Caterina Pigorini Beri per l'Appennino marchigiano [1889 e 1890], Paolo Riccardi per il territorio modenese [1890] e, per particolari angolazioni, Angelo De Gubernatis, Paolo Mantegazza, Alfredo Niceforo, e tanti altri); fu raccolta una delle maggiori collezioni europee di amuleti protettivi (Giuseppe Bellucci, fra il 1870 e il 1920); fu prodotta, seppur con i limiti biologistici già segnalati, una larghissima documentazione sulla follia (Cesare Lombroso, Enrico Morselli, ...); furono indagati i meccanismi dell'ipnosi e della suggestione, gli stati medianici e altri stati "alterati" di coscienza (Giulio Belfiore, Leonardo Bianchi, Cesare Lombroso, Enrico Morselli, Salvatore Ottolenghi, Pasquale Rossi, Giuseppe Seppilli, Scipio Sighele, ...); fu avanzato il problema della reale e contraddittoria incidenza sociale degli ospedali (G. Vadalà-Papale, 1884). E in correlazione con le operazioni, anche legislative, tendenti a centralizzare sotto l'esclusiva egida della biomedicina ogni attività di difesa della salute, nell'ambito di una grande inchiesta di Stato sulle "condizioni igieniche e sanitarie nei comuni del Regno" (1885) furono rilevate in ogni municipio italiano informazioni sulla eventuale presenza di operatori sanitari che definiremmo oggi "non convenzionali".

(e) Il successivo periodo, caratterizzato dal regime fascista, vide – per evidenti ragioni di controllo sociale – un quasi totale arresto della produzione antropologica, in particolare per quanto riguarda le indagini sul campo. Per le medesime ragioni, due soli filoni furono in qualche modo stimolati: una pur limitata etnografia coloniale, con qualche accenno, peraltro, alla medicina etiopica, e, dentro il paese, una attività di ricerca folclorica su quegli aspetti delle "arti popolari", soprattutto di tradizione rurale, la cui enfaticizzazione era funzionale alla politica ideologico-culturale della dittatura (i miti della "ruralità" e della "stirpe"). Così, in un quadro siffatto, anche lo spazio dedicato a indagini rubricabili oggi nell'ambito della antropologia medica "at home" fu abbastanza scarso. È però da segnalare l'inizio dell'ampia e sistematica indagine su credenze e pratiche popolari concernenti la gravidanza, il parto e l'allattamento, condotta da Antonio Scarpa in tutto il paese facendo perno sulle strutture organizzative dell'Opera nazionale maternità e infanzia (ONMI) che era stata creata dallo stesso regime a supporto della sua intensa politica di incremento demografico: la indagine fu avviata alla fine degli anni Trenta ma fu completata e pubblicata solo nel Secondo dopoguerra (1952, 1969). Parimenti, è da ricordare che uno studioso proveniente dalla storiografia della

medicina, Adalberto Pazzini, intraprese dalla seconda metà degli anni Trenta una panoramica raccolta di informazioni, edite e inedite, sulla medicina popolare italiana, che dopo la redazione di un primo *Saggio di bibliografia di demoiatria italiana* (1936) andò pubblicando in due successivi volumi panoramici, edito il primo ancora in periodo fascista e l'altro dopo la fine della Seconda guerra mondiale (1940, 1948).

(f) Con la caduta del fascismo e la fine della Seconda guerra mondiale, prese avvio un vasto moto di riscoperta della realtà sociale e dei grandi irrisolti problemi del paese, come la cosiddetta "questione meridionale" e la persistente miseria di larghi strati popolari, nel cui alveo, con il sostegno di estesi movimenti rivendicativi politici e sindacali, si andò sviluppando, come è noto, una estesa produzione letteraria, pittorica e cinematografica che fu detta "neorealistica". In questo quadro, ideologicamente complesso e in qualche misura contraddittorio, ebbe luogo la rinascita delle scienze sociali e della stessa antropologia, anche se lo sviluppo di quest'ultima, per una serie di ragioni, finì per essere quantitativamente minore di quello, ad esempio, della sociologia e della psicologia. Giocarono variamente in questo sviluppo da un lato le influenze esercitate per differenti vie dalla antropologia culturale statunitense e dall'altro il diffondersi di un approccio conoscitivo alla realtà sociale prodotto nel paese da una rinnovata tradizione di studi marxisti, nonché, in generale, l'impetuoso processo di "aggiornamento" che ebbe allora luogo per opera di studiosi e di case editrici nei confronti di quanto era stato prodotto all'estero, durante la dittatura, nell'intero ambito delle scienze umane. Ma certo, per quanto riguarda l'antropologia e la stessa antropologia medica, fu centrale l'opera svolta fino al momento della sua morte prematura (1965) da Ernesto de Martino, attraverso un vastissimo lavoro di ricerca teorica e empirica in cui la matrice storicistica crociana si andò intrecciando sempre più strettamente con orientamenti metodologici e tematici mutuati dalla psicanalisi, dall'esistenzialismo e, soprattutto, da un marxismo largamente arricchito dal contributo gramsciano. Un vastissimo lavoro di ricerca, che sul terreno empirico fu in larga parte condotto nel Mezzogiorno d'Italia, e che appare marcato dalla dissoluzione e dal superamento del vecchio e angusto impianto degli studi folclorici in un orizzonte di grande respiro storico, attento alla dinamica dei processi di circolazione culturale, alla rete dei rapporti di classe, di egemonia e di potere e alla complessa radicazione delle soggettività individuali e collettive nelle condizioni materiali di esistenza in cui gli uomini vivono la loro vita: un orizzonte, questo, nel quale i precedenti modelli interpretativi concernenti la magia, gli stati di coscienza e le

terapie popolari, vengono integrati con apporti della psicoanalisi e della psichiatria, soprattutto fenomenologica, senza che sia mai persa la concretezza del quadro socio-culturale in cui gli oggetti analizzati storicamente si determinano. E inoltre, una forte attenzione alla soggettività del ricercatore e dei suoi contesti di riferimento, alla necessità di una sua chiara esplicitazione e dunque al suo peso e al suo significato costitutivo nel rapporto fra chi fa ricerca e chi ne è in qualche modo oggetto: un “incontro” che deve porsi – pena la perdita dello stesso valore euristico della indagine – come teso alla conquista di una nuova comune prospettiva di consapevolezza e riscatto. Le riflessioni sul significato e la funzione psico-culturale dell’istituto storico della magia (*Il mondo magico*, 1948 e *Magia e civiltà*, 1962), le indagini sul lamento funebre (*Morte e pianto rituale nel mondo antico: dal lamento pagano al pianto di Maria*, 1958) e sui guaritori di Lucania (*Sud e magia*, 1959), la ricerca storico-etnografica sul tarantismo (*La terra del rimorso*, 1961), il libro postumo *La fine del mondo. Contributo alla analisi delle apocalissi culturali* (a cura di Clara Gallini, 1977), per non citare che i principali volumi, sono le tappe cardine di questa vera e propria complessa “rivoluzione metodologica” e possono considerarsi altrettanti essenziali punti di riferimento della attuale antropologia medica italiana e, se vogliamo, della sua specifica “tradizione nazionale”. E la stessa *Terra del rimorso* costituisce senza dubbio il momento di nascita della etnopsichiatria, in Italia, negli stessi anni in cui essa nasce in Francia e in Africa occidentale con la Scuola di Dakar, in Canada e negli Stati Uniti<sup>(7)</sup>.

(g) Siamo ormai giunti ai giorni nostri e la nuova antropologia medica italiana – malgrado alcune assai significative esperienze di ricerca/intervento soprattutto in Africa e in America Latina – appare tuttora prevalentemente focalizzata “at home”, dove va sviluppandosi con ritmo crescente e copre ormai con le sue ricerche empiriche numerose aree del territorio nazionale<sup>(8)</sup>. Oggi, l’impianto demartiniano è più o meno evidente in quasi tutti gli antropologi medici italiani e nel frattempo è altresì avvenuto un processo di integrazione anche metodologica, sotto la ormai acquisita definizione di “antropologia medica”, di un gran numero di filoni di ricerca un tempo tra loro separati. Tappe di questo processo possono considerarsi il Convegno nazionale su “Salute e malattia nella medicina tradizionale delle classi popolari italiane” (Pesaro, 15-18 dicembre 1983) e il connesso numero monografico della rivista “La Ricerca Folklorica” su *La medicina popolare in Italia* (ottobre 1983), la costituzione della Società italiana di antropologia medica (Perugia, 18-19 maggio 1988), la pubblicazione del volume collettivo *Tradizioni popolari italia-*

*ne. Medicine e magie* (1989), l'uscita del primo fascicolo del periodico "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica" (ottobre 1996), la pubblicazione del primo volume della Biblioteca di antropologia medica (novembre 2000). Non posso non sottolineare l'impulso dato a ognuna di queste iniziative dalla cosiddetta Scuola di Perugia<sup>(9)</sup>, nella quale l'eredità demartiniana appare forse oggi in maniera più esplicita, integrata via via con i principali contributi elaborati negli altri paesi. Questa scuola è venuta affrontando, a partire dalla metà degli anni Cinquanta, la quasi totalità delle tematiche di una antropologia medica "at home" – diretta, certo, alla comprensione dei processi contemporanei ma ad un tempo aperta alla esplorazione di più antichi segmenti storici – : dalle indagini sulla medicina popolare e sui guaritori tradizionali nelle campagne e nei contesti urbani a quelle sulle taumaturgie sacrali e sui santuari terapeutici, a quelle, infine, sulla recente espansione delle "medicine non convenzionali", dagli studi su amuleti e formule apotropaiche alla catalogazione dei patrimoni votivi e ai rituali e significati culturali della morte, dalla individuazione dei proverbi in cui si codificano e si trasmettono i "saperi del popolo" intesi a garantire benessere e longevità all'esame critico dei percorsi di formazione del personale medico "ufficiale", dalla rilevazione delle modalità di gestione domestica della salute e delle malattie (la *autoatención* degli studiosi di lingua spagnola) alla osservazione delle forme di svolgimento degli "itinerari terapeutici" e delle correlazioni sociali intraospedaliere, dalle ricerche sulla follia, sulla sua percezione culturale e sulle cosiddette "scritture manicomiali" a quelle sulla vita nelle istituzioni totali psichiatriche e di lunga degenza, dagli "stati di coscienza" alla incidenza del sistema nervoso centrale e della soggettività nella modulazione degli stati organici, dalle analisi dei modelli di salute e di medicina diffusi dai mezzi di comunicazione di massa ai contributi conoscitivi finalizzati alle attività di educazione alla salute, dalle indagini sugli stili professionali dei terapeuti e sui rapporti fra medico e paziente e fra le istituzioni sanitarie e i loro utenti alla valutazione delle risposte fornite dai servizi sanitari alle domande di salute delle recenti leve di immigrazione: in una costante e precisa attenzione – desidero sottolinearlo – alle implicazioni sociali della ricerca sociale e alla formulazione di strategia di ricerca finalizzate, in un'ottica pubblica, a un più diffuso benessere individuale e collettivo.

A tale attività, forse, devo l'invito del Comitato scientifico del nostro Secondo convegno di antropologia medica "at home" a tenervi questa relazione introduttiva: ne sono molto riconoscente e profondamente onorato.

## Note

(\*) Il testo che qui si presenta, inedito in italiano, ha costituito la relazione introduttiva tenuta al Secondo convegno internazionale "Medical anthropology at home", svoltosi a Tarragona (Catalogna, Spagna) nei giorni 19-21 aprile 2001. Una versione in inglese di questo testo, sostanzialmente identica, è comparsa in questa stessa rivista nel primo dei due volumi degli atti del Convegno (*Medical Anthropology "at Home": a conceptual framework and the Italian experience*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 11-12, ottobre 2001 [*Medical Anthropology and Anthropology. Contributions of Medical Anthropology at Home to anthropological theories and health debates*, a cura di Els VAN DONGEN - Josep Maria COMELLES, 431 pp.]), alle pp. 23-36.

(1) Si veda in merito la ampia e assai puntuale relazione sul convegno stesa da Ivo QUARANTA, *Medical anthropology at home. A European Conference*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 5-6, ottobre 1998, pp. 300-308, in particolare le pp. 300-303 e 306-308.

(2) Sul complesso e tortuoso percorso attraverso il quale gli antropologi sono venuti superando una pratica di ricerca esclusivamente orientata all'esame delle popolazioni "esotiche" e hanno iniziato a rivolgere la loro attenzione al mondo occidentale, in cui peraltro la antropologia stessa come disciplina ha avuto il suo sviluppo, si può vedere Mariza G. S. PEIRANO, *When anthropology is at home: the different context of a single discipline*, "Annual Review of Anthropology", vol. 27, 1998, pp. 105-128.

(3) Peraltro anche oggi la mai sopita *querelle* relativa all'ambito di lavoro del corpus delle discipline antropologiche, alle sue interne partizioni e alle loro relative denominazioni - variamente sviluppatesi nei vari paesi - è resa più complessa per il fatto che allorché l'antropologia indaga sulle società extra-europee essa viene generalmente intesa come disciplina "globale", rivolta dunque all'intero sistema sociale esaminato in quanto globale assetto di civiltà - dai suoi fondamenti economici, cioè, alle sue strutture sociali e di potere e ai suoi costrutti simbolici e ideologici - mentre allorché essa indaga, invece, sulle società solitamente definite "complesse", come le società europee, la antropologia viene generalmente indirizzata a focalizzare il solo assetto delle istituzioni e dei processi culturali, e deve perciò correlarsi e integrarsi in un quadro nel quale convergono anche altre numerose discipline storico-sociali.

(4) Tullio SEPPILLI, *Presentazione*, pp. XI-XXIII, in Donatella Cozzi - Daniele NIGRIS, *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socio-antropologica per il nursing*, Colibri, Paderno Dugnano (provincia di Milano), 1996, xxviii + 448 pp., vedi in particolare pp. XIV-XV.

(5) Sulla "organicità" dei vari settori intellettuali ai ceti costitutivi del sistema sociale, il riferimento teorico è, ovviamente, ad Antonio Gramsci e a quanto da lui magistralmente evidenziato nei suoi *Quaderni dal carcere*, scritti durante la sua prigionia sotto il regime fascista e pubblicati postumi, come è noto, dopo la fine della Seconda guerra mondiale: si veda Antonio GRAMSCI, *Gli intellettuali e l'organizzazione della cultura*, Einaudi, Torino, 1949, xvi + 208 pp. (Opere di Antonio Gramsci, 3), cfr. pp. 3-7.

(6) A questo scarso sviluppo, in Italia, della antropologia medica fuori dai confini (e peraltro di tutta l'antropologia "abroad"), non fu certo estranea, evidentemente, la debole e tardiva politica coloniale di uno Stato che solo nel 1870 giunse seppur non compiutamente alla sua unificazione nazionale ed ebbe poi solo scarse e poco fortunate vicende coloniali.

(7) Sul terreno di questa etnopsichiatria italiana "at home" di influenza demartiniana si sono via via mossi numerosi ricercatori: da una matrice antropologica, ad esempio, Vittorio Lanternari, Alfonso M. Di Nola, Mariella Pandolfi, Donatella Cozzi, e da una matrice psichiatrica Giovanni Jervis, Michele Risso, Sergio Mellina, Piero Coppo, Roberto Beneduce, Giuseppe Cardamone, Salvatore Inglesse, Virginia De Micco, ...

(8) Al di là della eterogenea consistenza e delle differenti direzioni di indagine e senza che ciò rappresenti in alcun modo un esaustivo censimento di tale produzione, si può fare riferimento qui a Clara Gallini, Luisa Orrù e Nando Cossu per la Sardegna, a Elsa Guggino per la Sicilia, a Luigi M. Lombardi Satriani per la Calabria, a Giovanni Battista Bronzini, Miriam Castiglione e Annamaria Rivera per la Puglia, ad Alfonso M. Di Nola ed Emiliano Giancristofaro per l'Abruzzo, a Mariella



Pandolfi e Italo Signorini per il Sannio campano, a Paolo Apolito e Gianfranca Ranisio per la Campania, a Gioia Di Cristofaro Longo per il Lazio, a Fabio Dei per la Toscana, a Giancorrado Barozzi e Roberto Roda per l'Emilia-Romagna, a Gian Luigi Bravo e Piercarlo Grimaldi per l'Italia nord-occidentale, a Glauco Sanga e Italo Sordi per la Lombardia, a Dino Coltro e Daniela Perco per il Veneto, a Emanuela Renzetti per il Trentino - Alto Adige, a Gian Paolo Gri e Roberto Lionetti per il Friuli - Venezia Giulia.

<sup>(9)</sup> A questa "scuola" posso dire di aver dato avvio poco dopo gli inizi del mio lavoro accademico, quando giunsi a Perugia e potei costituirmi nella locale università l'Istituto di etnologia e antropologia culturale (1956), che ho poi continuato a dirigere fin verso la fine del 2000. Sono appunto di quegli anni iniziali i miei primi scritti di antropologia medica, *Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia* (1956) e *Il contributo della antropologia culturale alla educazione sanitaria* (1959), le mie prime indagini sui guaritori popolari e la medicina folclorica nell'Italia centrale, la organizzazione, a Perugia e a Roma (1958), della mostra dei materiali di documentazione fotografica risultanti dalla ricerca sui guaritori di Lucania guidata nel 1957 da Ernesto de Martino, che fu il mio effettivo maestro, e l'avvio del riordino della già citata collezione di amuleti raccolti dall'antropologo perugino Giuseppe Bellucci fra il 1870 e il 1920. Da allora – seppur frammezzo al lavoro in parecchi altri campi di ricerca – ho continuato a dedicare pressoché ininterrottamente la mia attenzione alla antropologia medica, alla sua storia, ai suoi fondamenti epistemologici e alle sue implicazioni operative, alla sua didattica e ai suoi strumenti di organizzazione scientifica e professionale, e soprattutto a un gran numero di suoi oggetti di indagine, con prevalente riferimento al territorio italiano. Dagli inizi del 1999, l'Istituto di etnologia e antropologia culturale è entrato a far parte, come Sezione antropologica, del nuovo e più ampio Dipartimento Uomo & Territorio. E da qualche anno, inoltre, le nostre attività di antropologia medica trovano una parallela solida ubicazione nella Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, situata anch'essa a Perugia, costituita da mio Padre, igienista, nel 1987 e ora da me presieduta, presso la quale ha la sua sede nazionale la stessa Società italiana di antropologia medica. In questo ormai lungo percorso disciplinare sono stato affiancato da un gruppo crescente di allievi e collaboratori, di varia "generazione", dei cui nomi, almeno, desidero qui dare conto: Alessandro Alimenti (†), Carlotta Bagaglia, Giancarlo Baronti, Paolo Bartoli, Andrea Caprara, Paola Falteri, Sabrina Flamini, Grazietta Guaitini, Lara Iannotti, Laura Lepore, Cristiano Martello, Massimiliano Minelli, Cristina Papa, Caterina Pasquini, Maya Pellicciari, Enrico Petrangeli, Giovanni Pizza, Chiara Polcri, Roberta Pompili, Riccardo Romizi (†), Pino Schirripa, César Zúniga Valle. Senza di essi, ben poco di quanto è stato fatto avrebbe potuto giungere a compimento.

## Scheda sull'Autore

Tullio Seppilli è nato a Padova il 16 ottobre 1928. Ha tuttavia compiuto quasi tutta la sua formazione scolastica, dal concludersi della scuola elementare fino agli inizi dell'università, a São Paulo, in Brasile, dove ha maturato la sua "scelta antropologica", ha seguito le lezioni universitarie di Roger Bastide e Georges Gurvitch e ha avuto le sue prime esperienze di ricerca empirica. Tornato in Italia a fine '47, in assenza di curricula socio-antropologici si è riiscritto all'università nel corso di laurea in scienze naturali, prima a Modena e poi a Roma, dove si è laureato nel 1952 con una tesi di antropologia (fisica). Sempre nell'Università di Roma, dopo la laurea, ha sostenuto tutti gli esami nella Scuola di specializzazione in scienze etnologiche, diretta da Raffaele Pettazzoni, ed è stato assistente nell'Istituto per le civiltà primitive e poi nell'Istituto di antropolo-

gia. È di fine '52 il suo incontro con Ernesto de Martino, che nell'Istituto per le civiltà primitive iniziava allora il suo primo corso di etnologia ("pareggiato") presso la Facoltà di lettere e filosofia, in parallelo a quello del paleontologo Alberto Carlo Blanc. Ernesto de Martino, di cui fu appunto il primo assistente, rappresentò il suo "vero maestro", e con lui continuò in varia forma a collaborare, anche nella costituzione di nuovi luoghi di riflessione e ricerca come il Centro etnologico italiano e il Centro italiano per il film etnografico e sociologico (1953), fino alla prematura morte del maestro, nel 1965.

Dal 1955 iniziò il suo insegnamento nella Università di Perugia, dove già nel 1956 diede vita all'Istituto di etnologia e antropologia culturale e nel 1958 al Centro italiano per lo studio della comunicazione di massa. L'Istituto, in particolare, esercitò una notevole influenza nella rinascita e nello sviluppo degli studi antropologici italiani, attraverso la conduzione di grosse indagini e la relativa messa a punto di nuove metodiche, una precisa strategia di utilizzo civile della ricerca, l'impegno in numerosi progetti pubblici di crescita sociale, la creazione di centri e iniziative di documentazione, la promozione di gruppi di lavoro e strutture associative. Per circa un decennio (1966-1975), chiamato su proposta di Eugenio Garin e Cesare Luporini, fu anche docente di antropologia culturale nell'Università di Firenze. Ha insegnato nell'ambito di corsi di laurea e di diploma, di master e di dottorato, presso numerose università e istituzioni italiane e in Spagna, Canada, Messico e Brasile. Ma è stato appunto nell'Università di Perugia che Tullio Seppilli ha esercitato ininterrottamente per quarantacinque anni la docenza e la direzione dell'Istituto e poi del Dipartimento Uomo & Territorio in cui l'Istituto confluì come Sezione nel 1999, fino all'età del suo pensionamento, come professore ordinario di antropologia culturale e affidatario di antropologia medica, al concludersi dell'ottobre 2000.

Nel corso di tutti questi anni l'attività di Tullio Seppilli ha spaziato nei più diversi ambiti del "mestiere" muovendosi sul terreno della riflessione teorica, della ricerca empirica e "applicata" e della formazione di numerosi tipi di operatori sociali: lo statuto dell'antropologia nel quadro della scienze umane e il suo impianto metodologico e tecnico / le metodiche dell'indagine antropologica e i problemi della documentazione fotografica e filmica / la storia dell'antropologia italiana / le dinamiche di acculturazione e di integrazione culturale, dai culti afro-brasiliani alle antiche comunità ebraiche di Cina, ai nuovi immigrati in Europa / lo sciamanismo imperiale nella Cina antica / le culture folcloriche, la religiosità popolare e i processi di deruralizzazione e mutamento socio-culturale nelle campagne dell'Italia centrale / l'artigianato ceramico fra tradizionalità e moderno mercato / le costellazioni culturali e i valori emergenti nella "società dei consumi" / le comunicazioni di massa, la pubblicità e la propaganda politica, l'organizzazione del consenso e il controllo sociale della devianza nei moderni sistemi di potere / i processi di emarginazione e le recenti trasformazioni della condizione anziana / i significati simbolici e le dimensioni socio-culturali del costume alimentare.

Tuttavia, la intera "carriera scientifica" di Tullio Seppilli, con oltre quattrocentocinquanta pubblicazioni, è attraversata da una complessa e articolata attenzione per i vari ambiti di ricerca che confluiscono oggi nell'area della antropologia medica, a partire da due lavori che furono in certo senso pionieri: *Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia*, del 1956, e *Il contributo della antropologia culturale alla educazione sanitaria*, del 1959: un filo rosso costruito nell'orizzonte di un costante interesse per le questioni della interazione, nella condizione umana, fra determinazioni biologiche e determinazioni storico-sociali, e dunque di una corretta impostazione della impalcatura di insieme del complesso delle scienze che pongono l'uomo come proprio oggetto.

Questa attenzione si è via via sviluppata percorrendo alcuni significativi campi di una moderna antropologia medica: la medicina popolare e le varie figure dei guaritori tradizionali soprattutto nell'Italia centrale, lo studio e il riordino della grande collezione di oltre duemila amuleti raccolti dall'antropologo umbro Giuseppe Bellucci fra il 1870 e il 1920, l'analisi sistematica di alcuni "depositi" di ex voto e dei relativi culti terapeutico-salvifici / la ricerca antropologica finalizzata ai programmi di educazione alla salute e ai problemi etico-politici, teorici e metodologici che vi sono sottesi (oltre quarant'anni di collaborazione, fra l'altro, con il Centro sperimentale per l'educazione sanitaria della Università di Perugia) / le questioni degli "stati di coscienza" e della devianza psichica, le istituzioni totali manicomiali e il loro superamento in una nuova strategia dei servizi / la multidimensionalità della malattia, le correlazioni fra psichismo e malattia-guarigione, i rapporti fra il medico e il paziente e fra le strutture sanitarie e la loro utenza, la condizione ospedaliera / la scotomizzazione della morte nella società dei consumi / le strategie di calibrazione culturale dei servizi sanitari e i "bisogni di salute" dei nuovi immigrati in Europa / gli sviluppi della biomedicina, la espansione delle medicine "non convenzionali" e i problemi epistemologici, organizzativi e normativi della formazione di una nuova medicina scientifica, sistemica e unitaria.

A Tullio Seppilli è stato assegnato nel 2002 il Sigillo d'oro Città di Palermo del Premio internazionale di studi demoetnoantropologici "Giuseppe Pitrè - Salvatore Salomone Marino". E nel 2003 il Dottorato honoris causa della Universidad Veracruzana (México). È attualmente presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM), direttore della sua rivista "AM" e della "Biblioteca di antropologia medica", e presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia). È inoltre vice-presidente del Festival dei Popoli Istituto italiano per il film di documentazione sociale.

## Riassunto

### *L'antropologia medica "at home": un quadro concettuale e la esperienza italiana*

Nella prima parte di questo saggio (paragrafi 1.1 e 1.2) viene proposto un approfondimento e in certo senso una ridefinizione del significato di *antropologia medica "at home"*.

La specificazione “at home” è stata spesso usata per caratterizzare una ubicazione “occidentale” delle pratiche di ricerca, giacché è in Occidente che gran parte degli antropologi si è formata e vive normalmente la sua esistenza: e dunque, se vi compie ricerche, vi lavora “at home”. In *questo* senso lo sviluppo di una antropologia medica “at home” seguirebbe il più generale ampliamento di tutti i settori della ricerca antropologica dal solo ambito delle società “esotiche” (e, se all’interno dell’Occidente, delle sole fasce di persistenza folclorica) a qualsiasi tipo di civiltà, ivi comprese quelle ad altissima componente tecnologica. Da parte nostra si sottolinea invece, per l’antropologia (medica) “at home”, l’opportunità di una definizione riferita alla condizione stessa in cui si costituisce il rapporto fra il ricercatore e l’oggetto della sua indagine: il fatto, cioè, che il ricercatore conduca la sua ricerca *nel proprio “normale” contesto di esistenza*, ovunque tale contesto sia ubicato. Proprio questa condizione si caratterizza per una serie di specificità, che vengono qui esaminate, e che diversificano radicalmente una ricerca compiuta “at home” da una ricerca condotta “abroad” – in un contesto diverso da quello abituale del ricercatore – distaccata cioè dai legami di vario ordine che vincolano il ricercatore al contesto in cui è radicato.

Nella seconda parte del saggio (paragrafo 1.3) viene sottolineata una questione che investe le basi stesse della antropologia medica e che in effetti si manifesta in modo evidente allorché gli antropologi pongono a oggetto della loro ricerca proprio la biomedicina, cioè, per noi Europei, *la nostra* medicina egemone. E si cerca di sciogliere l’apparente contrasto fra l’approccio alla biomedicina come semplice costrutto storico – uno fra i tanti sistemi medici prodotti dall’uomo e analizzabili in termini *emic* – e la consapevolezza che la medicina occidentale, pur con tutti i suoi limiti “biologistici”, non può non essere per noi in certo senso “diversa”, giacché si radica in qualche modo nell’orizzonte del *pensiero scientifico*, sul quale trova il suo fondamento la stessa antropologia medica: si radica cioè in una concezione del mondo entro cui si edificano *sia* le scienze naturali *sia* l’antropologia e le altre scienze storico-sociali.

Nella terza parte del saggio (paragrafo 2) viene invece tentata una ricostruzione dei prodromi e delle successive fasi di svolgimento di una fra le antropologie mediche “nazionali” che al di là delle denominazioni via via assunte e dagli orientamenti teorici e tematici volta a volta prevalenti mostra una sua certa continuità dal XVII secolo ad oggi e si è pressoché interamente sviluppata “at home”: la antropologia medica italiana. Dei suoi prodromi e di ciascuna delle sue fasi di sviluppo, viene qui proposta una pur provvisoria caratterizzazione, con alcuni più essenziali riferimenti puntuali, fino alla situazione odierna.

## Résumé

### *L’anthropologie médicale “at home”: un cadre conceptuel et l’expérience italienne*

Dans la première partie de cet essai (paragraphes 1.1 et 1.2), l’Auteur propose un approfondissement et, dans un certain sens, une nouvelle définition des termes

d'*anthropologie médicale "at home"*. La spécification "at home" a souvent été utilisée pour caractériser une localisation "occidentale" des pratiques de recherche, étant donné qu'une grande partie des anthropologues s'est formée en Occident, qu'elle y vit normalement son existence et que, si elle y accomplit des recherches, elle travaille "at home". Pris dans *cette* acception, le développement d'une anthropologie médicale "at home" suivrait l'expansion plus générale de tous les secteurs de la recherche anthropologique allant du simple contexte des sociétés "exotiques" (et, si c'est au sein de l'Occident, des seuls substrats de persistance folklorique) à tout type de civilisations, y compris celles qui ont une composante technologique très forte. Nous soulignons quant à nous, pour l'anthropologie (médicale) "at home", l'opportunité d'une définition se rapportant à la condition même dans laquelle se constitue le rapport entre le chercheur et l'objet de son enquête, à savoir le fait que le chercheur mène sa recherche *dans le cadre "normal" de son existence*, quel que soit l'emplacement de ce contexte. Cette condition se caractérise justement par une série de spécificités, examinées ici, qui différencient radicalement une recherche accomplie "at home" d'une recherche menée "abroad" – dans un contexte différent du contexte habituel du chercheur – c'est-à-dire détachée des liens de tous ordres qui unissent le chercheur au contexte où il a ses racines.

Dans la deuxième partie de l'essai (paragraphe 1.3), l'Auteur souligne un aspect ayant trait aux bases mêmes de l'anthropologie médicale et qui se manifeste de manière évidente lorsque les anthropologues choisissent comme objet de leur recherche la biomédecine: justement, c'est-à-dire, pour nous Européens, *notre* médecine hégémonique. Et l'on s'attache à dissiper le contraste apparent entre l'approche à la biomédecine en tant que simple construction historique – un des nombreux systèmes médicaux édifiés par l'homme et analysables en termes *émiques* – et la conscience que la médecine occidentale, malgré toutes ses limites d'ordre "biologique", ne peut pas ne pas être pour nous, en un certain sens, "différente" étant donné qu'elle plonge ses racines dans l'horizon de la *pensée scientifique*, sur laquelle se base l'anthropologie médicale elle-même ; autrement dit, elle prend ses racines dans une conception du monde où s'identifient *à la fois* les sciences naturelles, l'anthropologie et les autres sciences historico-sociales.

Dans la troisième partie de son essai (paragraphe 2), l'Auteur tente une reconstruction des prodromes et des phases successives de déroulement de l'une des anthropologies médicales "nationales" qui, indépendamment des dénominations prises et des orientations théoriques et thématiques tour à tour dominantes, manifeste une certaine continuité du XVIIe siècle à aujourd'hui et qui s'est presque entièrement développée "at home" : l'anthropologie médicale italienne. L'Auteur propose une caractérisation, encore que provisoire, de ses prodromes et de chacune de ses phases de développement, accompagnée de certaines références ponctuelles essentielles, jusqu'à la situation actuelle.

## Resumen

### *La antropología médica “at home”: un marco conceptual y la experiencia italiana*

En la primera parte de este ensayo (párrafos 1.1 y 1.2) se propone una profundización y, en cierto sentido, una redefinición del significado de *antropología médica “at home”*. La especificación “at home” se ha usado con frecuencia para caracterizar una ubicación “occidental” de las prácticas de investigación, ya que es en Occidente donde se han formado gran parte de los antropólogos y donde éstos viven normalmente. Por tanto, cuando realizan tareas de investigación allí, trabajan “at home”. En *este* sentido, el desarrollo de una antropología médica “at home” sigue la ampliación más general de todos los sectores de la investigación antropológica, desde el ámbito de las sociedades “exóticas” (o, dentro de Occidente, de las franjas de persistencia folclórica) hasta cualquier tipo de civilización, incluidas aquellas con un altísimo grado de componente tecnológico. Sin embargo, nosotros subrayamos la oportunidad de dar a la antropología médica “at home” una definición que haga referencia a la condición misma en la que se constituye la relación entre el investigador y el objeto de su investigación: el hecho de que el investigador realice su investigación *en su contexto “habitual” de existencia*, donde quiera que se ubique dicho contexto. Precisamente esta condición se caracteriza por una serie de especificidades, que se examinan aquí, y que diversifican de manera radical una investigación efectuada “at home” de una llevada a cabo “abroad” – en un contexto diferente del habitual del investigador – separada por tanto de los vínculos de distinto orden que existen entre el investigador y el contexto en el que radica.

En la segunda parte del ensayo (párrafo 1.3) subrayamos una cuestión que tiene que ver con las propias bases de la antropología médica y que, en efecto, se manifiesta de forma evidente cuando los antropólogos tienen como objeto de su estudio la biomedicina, es decir, para los Europeos *nuestra* medicina hegemónica. E intentamos solucionar el aparente contraste entre la aproximación a la biomedicina como simple constructo histórico – uno más entre todos los sistemas médicos producidos por el hombre y analizables en términos *emic* – y el reconocimiento de que la medicina occidental, a pesar de todos sus límites “biologísticos” no puede ser para nosotros sino “distinta” en cierto sentido, ya que se radica de algún modo en el horizonte del *pensamiento científico*, en el que encuentra su fundamento la propia antropología médica: es decir que arraiga en una concepción del mundo que sirve para edificar *tanto* las ciencias naturales *como* la antropología y el resto de ciencias histórico-sociales.

En la tercera parte del ensayo (párrafo 2) intentamos una reconstrucción de los pródomos y de las siguientes fases de desarrollo de una de las antropologías médicas “nacionales” que, más allá de las denominaciones que se han ido adoptando y de los enfoques teóricos y temáticos que han ido prevaleciendo, muestra cierta

continuidad desde el siglo XVII hasta nuestros días y se ha desarrollado casi totalmente "at home": la antropología médica italiana. De sus pródromos y de cada una de sus fases de desarrollo hasta llegar a la situación actual, se propone en este ensayo una caracterización, si bien provisional, con algunas referencias puntuales esenciales.

## Abstract

### *Medical anthropology "at home": a conceptual framework and the Italian experience*

The first part of the text (paragraphs 1.1 and 1.2) includes an in-depth analysis and the partial redefinition of the meaning of *medical anthropology "at home"*. The term "at home" is often used to denote the "Western" location of research practices since the majority of anthropologists have been trained and live in the West: so "at home" is the place where one lives and carries out research. In this sense, the development of medical anthropology "at home" embraces the widespread expansion of all anthropological research which no longer only focuses on "exotic" societies (or, with regards to the West, on the folkloric segments of society) but is extended to all types of civilizations including high tech civilization. Conversely, with regards to (medical) anthropology "at home", from our standpoint there exists the opportunity to define the very condition which makes up the relation between the researcher and the subject of research: the fact that the researcher actually performs research *in his/her "normal" living environment*, wherever that might be. This very fact entails a number of specificities, which are examined here, and make research carried out "at home" radically different from research carried out "abroad" – in a context which is different from the habitual environment in which the researcher works – detached from the diverse ties and constraints which link a researcher to the context to which he/she belongs.

The second part of the text (paragraph 1.3) underlines an issue which concerns the very basis of medical anthropology and becomes evident when anthropologists start researching biomedicine which for us Europeans means *our* hegemonic medicine. Indeed, an attempt is made to resolve the apparent contrast between the approach to biomedicine as a mere historical construction – one of the many medical systems produced by man explainable in terms of *emic* – and the knowledge that Western medicine, albeit with its "biologistic" limits, for us cannot but in a certain way be "different" since it is rooted in the scope of *scientific thought* which is also the basis for medical anthropology: i.e. it is rooted in the same conception of the world which provides the basis for natural sciences, anthropology and other social-historical sciences.

The third part of the text (paragraph 2) is the attempt to reconstruct the prelude and the subsequent development stages of one of the “domestic” medical anthropologies which, going beyond the names given and the theoretical and subject matter standpoints which were adopted from time to time over the centuries, provides evidence of continuity from the 17<sup>th</sup> Century until present times and has been entirely developed “at home”: Italian medical anthropology. The paper proposes an evaluation, albeit provisional, of the prelude and of each development stage, including a number of precise references until the present day.



## *Antonio Gramsci e l'antropologia medica ora. Egemonia, agentività e trasformazioni della persona\**

**Giovanni Pizza**

ricercatore confermato, docente affidatario di antropologia medica (Facoltà di lettere e filosofia, Facoltà di medicina e chirurgia), Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia

Quando non scrivo nulla sulla salute, vuol dire che tutto è normale nell'ambito carcerario.

Antonio Gramsci, lettera a Tania del 5 ottobre 1931

### *Introduzione: Antonio Gramsci oggi*

In questo mio scritto perseguo un unico obiettivo. Sostenere l'urgenza per l'antropologia medica contemporanea di una rilettura diretta e riflessiva dell'opera di Antonio Gramsci (1891-1937). Michel Foucault nel 1984 sostenne che Gramsci era l'autore più citato e meno conosciuto. A vent'anni da quella condivisibile affermazione, Gramsci continua ad essere evocato, in alcune influenti correnti delle antropologie mediche anglosassoni, in maniera indiretta<sup>(1)</sup>. Un contributo importante è venuto nel 1988, in un volume di "Medical Anthropological Quarterly" diretto da Ronald Frankenberg (FRANKENBERG R. 1988a, 1988b). Una testimonianza di quanto possa essere efficace la lettura diretta di Gramsci per un rinnovamento critico della disciplina fondato su un rapporto più stretto fra teoria antropologica, prassi etnografica e impegno politico. Nel mondo anglosassone Gramsci è passato soprattutto attraverso gli studi culturali e la rilettura di Raymond Williams (WILLIAMS R. 1977). Studi il cui limite "testuale" sembra produrre contraddizioni proprio con il pensiero gramsciano che è fortemente ancorato alla prassi. In Gramsci vi è una tensione drammatica e riflessiva alla comprensione degli aspetti soggettivi e delle forme di incorporazione<sup>(2)</sup> (*embodiment*) della dialettica sociale nella quale egli è coinvolto intimamente attraverso la lotta politica. Ma vi è anche un'attenzione partecipata, che non esito a definire etnografica, alle microfisiche della trasformazione sociale, alla egemonia dello Stato e alla capacità di agire,

l'agentività (*agency*), individuale e collettiva<sup>(3)</sup>. Solo l'anno scorso è apparso negli Stati Uniti un pregevole studio di Kate Crehan che mostra come la lettura diretta di Gramsci consenta agli antropologi di defamiliarizzarsi con il vocabolario classico dell'antropologia e di accedere a una teoria radicalmente critica del concetto di cultura (CREHAN K. 2002). Gramsci elabora già nei primi decenni del secolo scorso, negli scritti giovanili precarcerari, una scomposizione del concetto di cultura che scongiura ogni visione essenzialista e conduce a considerare la cultura come pensiero in azione, e come processo dialettico di conoscenza, produzione e trasformazione del sé, dentro un campo di forze storiche.

Nell'antropologia italiana la situazione appare diversa poiché vi sono stati decenni di dibattiti sulla importanza degli scritti gramsciani nella ricerca antropologica, a partire dal 1948, subito dopo la pubblicazione delle lettere dal carcere e dei primi quaderni<sup>(4)</sup>. Eppure Gramsci oggi sembra essere trascurato nella antropologia generale. Ciò accade in controtendenza rispetto a una straordinaria ripresa degli studi storici, filosofici e politici su Gramsci che negli ultimi dieci anni sono andati crescendo in Italia e in tutto il mondo, e in particolare in Brasile e in tutta l'America Latina<sup>(5)</sup>. Ma in Italia e altrove questa ricca fioritura di studi a sua volta fa fatica a interagire e a dialogare con l'antropologia. Parallelamente a Ernesto de Martino, Tullio Seppilli avviò già giovanissimo, nei primi anni Cinquanta, la fondazione di una antropologia medica italiana in un itinerario Marx Gramsci liberato dal riduzionismo ideologico e dal positivismo meccanico<sup>(6)</sup>. Proseguendo quel percorso, oggi egli è impegnato in una antropologia scientifica che riflette criticamente sulle politiche sanitarie e sulla loro centralità strategica sia nel processo di ristrutturazione del capitalismo contemporaneo, sia nella immaginazione di nuove prospettive di impegno politico.

In questo quadro ho avviato un lavoro seminariale di lettura diretta dell'opera gramsciana (PIZZA G. 2001-2002). Quando nel seminario abbiamo letto Gramsci ci siamo trovati di fronte a un pensiero vivente, dialogico e sperimentale che sfugge a ogni classificazione interpretativa fornita dagli esegeti e anche dalle letture antropologiche. Emergeva, più che l'importanza di un uso antropologico del pensiero gramsciano, una vera e propria "vocazione antropologica" di Gramsci. Dirò subito che è Gramsci a definire la sua idea della filosofia della prassi (termine col quale egli si riferiva al materialismo storico) come una "filologia vivente" e, in un altro punto dei quaderni, come una "antropologia". Cito dal testo gramsciano:

«Si può dire che il fattore economico [...] non è che uno dei tanti modi con cui si presenta il più profondo processo storico (fattore di razza, religione

ecc.) ma è questo più profondo processo che la filosofia della prassi vuole spiegare ed appunto perciò è una filosofia, una "antropologia", e non un semplice canone di ricerca storica». (GRAMSCI A. 1975 [1933-1935]: 1917 [Q17§12]).

Il termine "antropologia" in Gramsci ha a che fare con la sua idea di uomo come "prodotto storico", e con la sua rigorosa critica del riduzionismo naturalistico delle scienze biologiche. Si tratta di un'attenzione politica al "vivente" che non è stata sempre compresa. Come ricorda nel suo memoriale Athos Lisa, suo compagno di carcere, egli «non si poneva mai problemi astratti, che non avessero posto nella vita degli uomini o non fossero ad essa collegati» (LISA A. 1973: 77). Ma questa capacità di istituire nella propria azione politica e intellettuale un rapporto unitario, critico, dialettico fra teoria e pratica è, da un lato, duramente opposta all'approccio idealista che separa la volontà dai soggetti storici, dall'altro è lontanissima anche dall'empirismo, dal pragmatismo, da una visione meccanica del materialismo che riduce la vita sociale e culturale alla questione dei rapporti produttivi. L'interpretazione dell'opera di Gramsci spesso si è tradotta nella imposizione di griglie esterne che hanno talora forzato i suggerimenti gramsciani anche in una chiave antropologica "classica" che gli era estranea. L'antropologia gramsciana non coincide con l'antropologia classica. Questo intreccio straordinario fra pensiero e vita, questo sforzo continuo di elaborare una teoria vivente, trae costantemente la sua forza oltre che da una incessante attività di studio, dal sapere prodotto nelle lotte operaie, e dalla esperienza del corpo vissuto nelle vicende personali della propria sofferenza fisica che lo accompagnò tutta la vita. Rispetto a questo punto, alcuni studiosi hanno addirittura cercato di psicologizzare e medicalizzare la sua figura e, sembra incredibile, ma di recente una psichiatra italiana (RUDAS N. 1999) ha scritto un saggio in cui propone una sorta di *Sardinian culture-bound syndrome* per spiegare l'intreccio fra genialità e sofferenza in Gramsci! Lo sforzo che noi abbiamo tentato nel seminario è stato invece quello di "comprendere e sentire" (così Gramsci intende la doppia azione intellettuale) la qualità "vivente" che attraversa la sua opera. Abbiamo interpretato la sua "filologia vivente" come un richiamo squisitamente antropologico a collocare i concetti nel punto intimamente vicino alla "esperienza" dei soggetti storici in carne ed ossa. Eccovi un esempio. In una lettera dal carcere a Tania del 19 novembre 1928, Gramsci riflette sul suo isolamento ed esprime con chiarezza questa tensione che a noi pare umana, politica ed etnografica al tempo stesso:

«Leggo molto, libri e riviste; molto, relativamente alla vita intellettuale che si può condurre in una reclusione. Ma ho perduto molto del gusto della lettura. I libri e le riviste danno solo idee generali, abbozzi di correnti gene-

rali della vita del mondo (più o meno ben riusciti), ma non possono dare l'impressione immediata, diretta, viva, della vita di Pietro, di Paolo, di Giovanni, di singole persone reali, senza capire i quali non si può neanche capire ciò che è universalizzato e generalizzato» (GRAMSCI A. 1996 [1947]: 222 [19 novembre 1928]).

A differenza di tanti maestri del pensiero critico contemporaneo, Gramsci non è interessato alla fondazione di una nuova teoria della realtà sociale che possa fornire gli strumenti per poi agire nella prassi. Al contrario egli è interessato a elaborare una teoria vivente che già riflette nella sua costituzione l'esperienza concreta della vita reale e dalla quale scaturisca una attività pratica, una iniziativa di volontà, un dialogo di trasformazione.

È proprio l'emozione provata alla lettura diretta che mi motiva a comunicarvi l'urgenza di un ritorno a Gramsci. Lo farò seguendo i punti indicati nel sottotitolo di questo scritto: l'egemonia, l'agentività e la questione della trasformazione.

### *1. Egemonia: lo Stato come fabbrica di corpi*

Egemonia è il concetto gramsciano più fortunato ma anche il più frainteso. Talvolta unicamente interpretato come la funzione di dominio delle coscienze esercitata nel quadro di una opposizione fra classi egemoni e classi subalterne. Tale dicotomia costituisce una delle più fuorvianti interpretazioni del testo gramsciano. Chi legga direttamente Gramsci non troverà mai nel suo pensiero una scissione fra cultura egemonica e cultura subalterna, ma una sottolineatura delle dimensioni minime, intime, della dialettica egemonica osservata soprattutto nelle sue contraddizioni. Il pensiero gramsciano è costantemente denaturalizzante e antiessenzialista. Non a caso egli fa ricorso al sarcasmo e all'ironia come potenti strumenti critici e dialogici. È un pensiero dinamico che spinge a non considerare come realtà eterne i provvisori assetti di potere riflessi nei concetti stessi. L'opposizione egemone/subalterno è un equivoco che si è riprodotto anche nelle antropologie mediche statunitensi che spesso hanno fornito una immagine meccanica di critica dell'egemonia biomedica, dimenticando le forme di resistenza e creatività trasformatrice degli agenti subalterni. L'egemonia non è solo il potere statale che esercita la sua autorità nella azione coercitiva e nella organizzazione di un consenso naturalizzato dai soggetti come "spontaneo". Egemonia è anche politica di trasformazione esercitata attraverso la capacità critica di denaturalizzare, a partire dal corpo

proprio, l'azione modellante dello Stato, mettendo in luce quindi le connivenze dialettiche fra lo Stato e l'intimità dei soggetti. Lo Stato agisce come una "officina antropologica" (BURGIO A. 2003: 101). Esso assume il compito di elaborare, come scrive Gramsci, "un nuovo tipo umano" (GRAMSCI A. 1975 [1934]: 2146 [Q22§2]), trasformando il corpo e producendo l'idea stessa della soggettività individuale. Lo Stato agisce quindi nella intimità dei soggetti. Più avanti, nel *Quaderno 23*, nel 1934, Gramsci scrive:

«"Stato" significa specialmente direzione consapevole delle grandi moltitudini nazionali; è quindi necessario un "contatto" sentimentale e ideologico con tali moltitudini» (GRAMSCI A. 1975 [1934]: 2197 [Q23§8]).

In *Americanismo e fordismo* (Q22) l'attenzione allo Stato come fabbrica di corpi è fondata sulla centralità del corpo dei lavoratori, della sua esposizione alla trasformazione nel processo produttivo. Ma la relazione egemonica è sempre dialettica poiché è attiva anche dal lato della capacità critica e antagonistica dei soggetti su cui lo Stato agisce. Per questo è centrale per la comprensione delle relazioni egemoniche l'analisi concreta e situata dei rapporti di forza che agiscono non sul soggetto già costruito, ma sulla costruzione della soggettività. La stessa analisi scientifica dei rapporti di forza per Gramsci non ha alcun valore se non è agganciata all'azione motivata del soggetto incarnato. Per questo pur partendo dalla centralità del corpo che lavora, in *Americanismo e fordismo* Gramsci passa in rassegna diversi campi di esperienza corporea sui quali agisce la "permanente attività culturale" dell'egemonia statale, e li individua nella "ossessione sessuale", e nella manipolazione egemone della personalità femminile e della famiglia. Campi strategici nei quali si è agiti, ma nei quali si può anche agire in vista della trasformazione. È in questa parte dei quaderni che egli elabora una teoria delle nevrosi, rifiutando il naturalismo delle spiegazioni freudiane e considerando la malattia mentale come un processo di incorporazione delle contraddizioni storiche determinate dai rapporti di forza.

## 2. Agentività (agency): la volontà del "gorilla ammaestrato"

Nella elaborazione della sua critica culturale e sociale Gramsci scompone i concetti astratti di cultura e società in elementi più concreti come l'individuo, la persona, il sé, il soggetto, la corporeità. Ma poi anche questi stessi concetti sono polverizzati, svelati come costruzioni da snaturalizzare, prodotti storici sempre mutevoli, presi nei rapporti di forza che li definiscono e li orientano. Il radicale rinnovamento concettuale fornito da Gramsci è

attuale proprio perché la scomposizione dei concetti criticati (ad esempio la cultura) non produce dei sottoconcetti altrettanto rigidi (il “corpo”, l’“individuo”, la “persona”, il “sé”, come avviene in alcune antropologie mediche contemporanee), ma riflette sulla dialettica materiale interna alla formazione stessa dei concetti, illuminando la dimensione politica della teoria. La teoria riflette i rapporti di forza e gli assetti di potere e solo se sceglie di dichiarare e non occultare il suo coinvolgimento nelle contraddizioni reali, collocandosi dentro il flusso concreto dell’esperienza reale, può unirsi alla prassi trasformatrice.

La costante attenzione ai processi di formazione della soggettività prodotti nella dialettica egemonica conduce Gramsci a una pionieristica critica della psicoanalisi freudiana<sup>(7)</sup>. Gramsci critica decisamente e con sarcasmo e ironia l’invenzione dell’inconscio e la costruzione del sé psicologico. La questione della sofferenza psicologica secondo Gramsci è il risultato di un processo di incorporazione dei conflitti agenti nei rapporti di forza che regolano l’esperienza sociale. Le tracce di questa critica sono disperse nelle lettere e nei quaderni. Nelle lettere la motivazione principale della critica riguarda il fatto che sua moglie Giulia Schucht, in preda a disturbi nervosi, si era sottoposta alla cura psicoanalitica<sup>(8)</sup>. La prospettiva critica gramsciana della psicoanalisi è di grande interesse nonostante il suo carattere sintetico e intuitivo. Le nevrosi secondo Gramsci vanno ricondotte direttamente a quella “fabbricazione” di un nuovo tipo umano messa in campo dal capitalismo fordista.

Dopo aver mostrato come il capitalismo fordista punti alla costruzione di un “nuovo tipo umano”, attraverso una vera e propria trasformazione fisica dell’operaio, egli sottolinea anche come questo processo sia decostruibile. La cinica espressione di Taylor, sull’operaio come “gorilla addestrato”, viene ironicamente smontata da Gramsci, per sottolineare come essa possa essere completamente rovesciata dall’*agency* dell’operaio che non solo può resistere ma può orientare verso azioni non conformiste la stessa trasformazione fisica cui è sottoposto. Il “gorilla addestrato” ha una volontà. E anche l’“animalità” del corpo del lavoratore non può essere facilmente addomesticata:

«*Animalità e industrialismo*. La storia dell’industrialismo è sempre stata (e lo diventa oggi in forma più accentuata e rigorosa) una continua lotta contro l’elemento “animalità” nell’uomo [...]. Può venirsi creando una situazione a doppio fondo, un conflitto intimo tra l’ideologia “verbale” che riconosce le nuove necessità e la pratica reale “animalesca” che impedisce ai corpi fisici l’effettiva acquisizione delle nuove attitudini» (GRAMSCI A. 1975 [1934]: 2160 [Q22§10]).

### 3. *Trasformazioni della persona: processi molecolari e politiche del corpo*

Chi ha letto Gramsci sarà rimasto colpito da una parola nuova che egli utilizza spesso sia quando parla di sé nelle lettere sia nelle analisi di critica politica e culturale. Si tratta dell'aggettivo "molecolare". La presenza frequente di questa espressione nelle *Lettere* e nei *Quaderni del carcere* non è casuale. Questo termine è la testimonianza del carattere sperimentale della scrittura gramsciana che cerca nuove espressioni che sfuggano agli inganni del linguaggio. Muovendo dalle lotte operaie e cercando forme espressive che non si allontanino da quella esperienza trasformativa, Gramsci cerca nella espressione "molecolare" la possibilità di riferirsi all'unità minima dell'esperienza vitale, al particolare immediato, attinto dalla vita quotidiana. Essendo un termine che esprime una unità minima, il suo uso frequente mostra come Gramsci sia attento a cogliere i processi di trasformazione ponendosi nel punto più vicino alla esperienza, fino ad individuarli nel proprio corpo e nella propria persona. La nozione di "molecolare", infatti, è utilizzata da Gramsci per osservare sia i processi molecolari di trasformazione della società, sia i processi di trasformazione molecolare della persona<sup>(9)</sup>. Moltissimi passi delle lettere, spesso considerati unicamente come "letterari", o sottoposti a una lettura medicalizzante e psicologica, sono in realtà considerazioni fenomenologiche che traggono dalla esperienza corporea di Gramsci molti elementi di comprensione dei processi sociali, con un senso di generosità drammatica, di esposizione totale del corpo dell'intellettuale. Le sue riflessioni e i suoi resoconti della propria malattia intrecciano l'esperienza vissuta con la critica socioculturale, in un continuo processo di auto-oggettivazione. Il corpo è auto-oggettivato come spazio fisico nel quale agiscono i processi di trasformazione. Riporto più avanti in sequenza una lettera e un passo dei quaderni scritti parallelamente negli stessi giorni del marzo 1933. In entrambi i testi l'analisi delle trasformazioni molecolari della persona diventa particolarmente drammatica poiché trae spunto da un aggravamento della malattia di Gramsci, il morbo di Pott, e dalla sua percezione di essere in «una fase della mia vita che senza esagerazioni, posso definire catastrofica» (GRAMSCI A. 1996 [1947]: 683 [13 febbraio 1933]). Il momento è particolarmente grave. Gramsci ha avuto delle crisi di emottisi, ha sputato sangue, è disfatto. Siamo nel marzo del 1933, quattro anni prima della sua morte. Per descrivere la sua situazione Gramsci evoca l'apologo del naufrago raccontato da Edgar Allan Poe in Gordon Pym. Alcuni uomini che avrebbero giurato di uccidersi prima di diventare cannibali trovandosi nelle condizioni estreme del naufragio lo diventano. Ma si tratta delle stesse persone? Si chiede Gramsci. No. Perché

nel frattempo è avvenuto un processo di trasformazione “molecolare” per effetto del quale «le persone di prima non sono più le persone di poi».

Ecco il passo della lettera a Tania del 6 marzo 1933:

«Carissima Tania,  
ho ancora vivo il ricordo (ciò non sempre mi capita più in questi ultimi tempi) di un paragone che ti ho fatto nel colloquio di domenica per spiegarti ciò che avviene in me. Voglio riprenderlo per trarne alcune conclusioni pratiche che mi interessano. Ti ho detto su per giù così: – immagina un naufragio e che un certo numero di persone si rifugino in una scialuppa per salvarsi senza sapere dove, quando e dopo quali peripezie effettivamente si salveranno. Prima del naufragio, come è naturale, nessuno dei futuri naufraghi pensava di diventare ... naufrago e quindi tanto meno pensava di essere condotto a commettere gli atti che dei naufraghi, in certe condizioni, possono commettere, per esempio, l'atto di diventare ... antropofaghi. Ognuno di costoro, se interrogato a freddo cosa avrebbe fatto nell'alternativa di morire o di diventare cannibale, avrebbe risposto, con la massima buona fede, che, data l'alternativa, avrebbe scelto certamente di morire. Avviene il naufragio, il rifugio nella scialuppa ecc. Dopo qualche giorno, essendo mancati i viveri, l'idea del cannibalismo si presenta in una luce diversa, finché a un certo punto, di quelle persone date, un certo numero diviene davvero cannibale. Ma in realtà si tratta delle stesse persone? Tra i due momenti, quello in cui l'alternativa si presentava come una pura ipotesi teorica e quella in cui l'alternativa si presenta in tutta la forza dell'immediata necessità, è avvenuto un processo di trasformazione «molecolare» per quanto rapido, nel quale le persone di prima non sono più le persone di poi e non si può dire, altro che dal punto di vista dello stato civile e della legge (che sono, d'altronde, punti di vista rispettabili e che hanno la loro importanza) che si tratti delle stesse persone<sup>(10)</sup>. Ebbene, come ti ho detto, un simile mutamento sta avvenendo in me (cannibalismo a parte). Il più grave è che in questi casi la personalità si sdoppia: una parte osserva il processo, l'altra parte lo subisce; ma la parte osservatrice (finché questa parte esiste significa che c'è un autocontrollo e la possibilità di riprendersi) sente la precarietà della propria posizione, cioè prevede che giungerà un punto in cui la sua funzione sparirà, cioè non ci sarà più autocontrollo, ma l'intera personalità sarà inghiottita da un nuovo «individuo» con impulsi, iniziative, modi di pensare diversi da quelli precedenti. Ebbene, io mi trovo in questa situazione. Non so cosa potrà rimanere di me dopo la fine del processo di mutazione che sento in via di sviluppo [...]» (GRAMSCI A. 1996 [1947]: 692-693 [6 marzo 1933]).

Ed ecco alcuni brani che estraggo dal paragrafo dei *Quaderni del carcere* dedicato alla trasformazione molecolare della persona:

«*Note autobiografiche.* Come ho cominciato a giudicare con maggiore indulgenza le catastrofi del carattere. Per esperienza del processo attraverso cui tali catastrofi avvengono [...]. Ora il movimento “molecolare” è il più pericoloso, ché, mentre dimostra nel soggetto la volontà di resistere, “fa intravedere” (a chi riflette) un mutamento progressivo della personalità morale



che a un certo punto da quantitativo diventa qualitativo: cioè non si tratta più in verità, della stessa persona, ma di due. [...] La verità è che l'uomo del quinto anno non è quello del quarto, del terzo, del secondo, del primo ecc.; è una nuova personalità, completamente nuova, nella quale gli anni trascorsi hanno appunto demolito i freni morali, le forze di resistenza che caratterizzavano l'uomo del primo anno. [...] Questo fatto da individuale può essere considerato collettivo [...]. Questo fatto è da studiare nelle sue manifestazioni odierne. Non che il fatto non si sia verificato in passato, ma è certo che nel presente ha assunto una sua forma speciale e... volontaria. Cioè oggi si conta che esso avvenga e l'evento viene preparato sistematicamente, ciò che nel passato non avveniva (sistematicamente vuol dire però "in massa" senza escludere naturalmente le particolari "attenzioni" ai singoli) [...]» (GRAMSCI A. 1975 [1933]: 1762-1763 [Q15§9]).

Gramsci titola ironicamente il brano dei quaderni "note autobiografiche", ironia che evoca la sua avversione alla autobiografia, genere che ritiene denso di una retorica quasi penosa. Quella che egli fornisce è una drammatica oggettivazione riflessiva dei processi che lo attraversano e che, nel momento stesso in cui lo spaventano e lo affliggono, gli consentono di raffinare la sua analisi dei meccanismi attraverso i quali i soggetti storici sono sottoposti a trasformazioni della persona entro specifici rapporti di forza. Si tratta di uno dei passi più emozionanti sul rapporto fra corpo e potere nell'opera gramsciana. Fra la lettera e i quaderni su questo passaggio c'è una corrispondenza immediata fra la esperienza della malattia e la critica politica del concetto di persona. Egli mostra sulla propria carne l'urgenza di una apertura del concetto di persona perché tali meccanismi possano essere compresi. Al tempo stesso sottolinea la fluidità del processo trasformativo che avviene in maniera totalmente incorporata, intima, incontrollabile. Ma il senso di questa trasformazione non è psicologico, è rigorosamente politico. È il corpo il terreno di un conflitto di egemonie.

### Conclusioni

In un passo della *Microfisica del potere* Michel Foucault criticava il marxismo ortodosso per aver "terribilmente occultato" l'importanza della corporeità nell'opera di Marx (FOUCAULT M. 1977: 141). L'opera di Gramsci ha avuto il merito di aver recuperato pienamente questa importanza, eppure ha subito a sua volta lo stesso destino. Una lettura della questione corporea in Gramsci è a mio avviso fondamentale per la comprensione della dialettica egemonica e del sistema dei rapporti di forza che agiscono sui processi di salute-malattia. La mia esortazione alla urgenza di una rilettura di Anto-

nio Gramsci nasce dalla convinzione che la scarsa attenzione alla critica gramsciana della corporeità e della persona sia stata una mancata occasione. Vorrei sottolineare almeno tre punti generali sui quali tale critica è importante per l'antropologia medica contemporanea.

In primo luogo, a me pare che la critica gramsciana e la sua attenzione ai processi di trasformazione del soggetto incarnato che si verificano in un campo di rapporti di forza, debba spingere l'antropologia medica a rimettere in questione, più di quanto non abbia finora già fatto, l'opposizione salute-malattia, per superare ogni residuo tautologico e concepirla invece come dialettica, cioè come un processo sociopolitico. In tal modo la dicotomia stessa si svela come costruzione storica e ideologica di cui occorre comprendere la genesi, lo sviluppo e gli obiettivi strategici nei termini politici del controllo sociale e della conservazione dello stato delle cose, da un lato, e nei termini della trasformazione e della lotta contro le violenze strutturali che producono l'ineguaglianza e la sofferenza, dall'altro. In un certo senso si potrebbe dire che la riflessione gramsciana spinge l'antropologia medica a osservare quanto di "sano" vi sia nella "malattia" e quanto di "malato" vi sia nella "salute", e al tempo stesso ci invita a riflettere sulla interazione fra benessere fisico ed economia politica, in modo da mostrare come nel sistema mondiale la salute di alcuni è resa possibile dalla malattia degli altri. In una lettera dal carcere del 5 ottobre 1931, per rassicurare la cognata sulle sue condizioni di salute così Gramsci esordisce con una immagine ironica che punta dritto al falso accostamento fra salute e normalità: «Quando non scrivo nulla sulla salute, vuol dire che tutto è normale nell'ambito carcerario» (GRAMSCI 1996 [1947]: 477 [5 ottobre 1931]). In un passaggio importante della sua opera postuma, Ernesto de Martino definì la coppia salute-malattia una «doppia menzogna, che introduce nell'antropologia una serie di equivoci, di deformazioni e di interpretazioni errate» (DE MARTINO E. 1977: 18). De Martino aveva avvertito molto chiaramente i rischi di rimanere intrappolati nel gioco di rimandi tra le definizioni di salute e malattia. Cito: «Non si tratta di "spiegare il sano con il malato": un tentativo del genere sarebbe già malattia». Il giudizio di sanità o malattia non può prescindere dalla considerazione storica del rapporto fra comportamento e ambiente storico. Per uscire dall'*impasse*, suggeriva de Martino, occorre assumere come criterio per distinguere il sano dal malato non la "realtà", ma la "realtà storica".

In secondo luogo, mi pare che tenendo conto della variabilità politica delle categorie di salute e malattia, e mostrando i forti legami fra le attuali definizioni di salute e i poteri dello Stato, sia possibile chiarire come

l'identificazione fra salute e normalità tenda tuttora a schiacciare la malattia sul concetto di devianza riducendola a pura anormalità. Illuminando questo meccanismo che agisce in maniera occulta e naturalizzata, la malattia potrà allora rivelarsi come una "incorporazione dell'ineguaglianza". A questo proposito ritengo che l'antropologia medica, pur avendo prodotto archivi di informazioni e di studi indispensabili per comprendere la variabilità culturale dei processi di salute e malattia, debba oggi riflettere sul rischio ormai esplicito che l'insistenza sulla differenza culturale occulti la produzione della disuguaglianza sociale.

In terzo luogo, occorre tener presente che l'impegno politico dell'antropologia medica non è da considerarsi come "applicazione" dei risultati di una ricerca o come "uso sociale" di essa nello spazio pubblico. L'impegno politico è nella consapevolezza del nostro ineludibile coinvolgimento nella prassi sociale. Esso richiede un rafforzamento della metodologia critica, riflessiva, autoggettivante, dentro lo stesso campo scientifico, in quello accademico, nei rapporti con le istituzioni e con lo Stato, nelle politiche della ricerca scientifica, nella elaborazione accademica della teoria. Anche in questi campi agiscono forze strutturali tendenti a produrre una "trasformazione molecolare" delle persone (compresi gli antropologi), e una mercificazione della vita.

Su questo ultimo punto vorrei concludere con un esempio della attualità della riflessione gramsciana. In uno scritto giovanile del 1918, intitolato *Merce*, Gramsci affronta, incredibilmente, il problema del traffico di organi<sup>(11)</sup>. Proprio così. Quasi novant'anni prima di Nancy Scheper Hughes (SCHEPER-HUGHES N. 2001), quando l'idea del trapianto d'organi era poco più che fantascienza, Gramsci riflette sulla mercificazione del corpo umano, con uno scritto in cui il sarcasmo e l'ironia sono la spia della funzione dialogica della sua critica (GRAMSCI A. 1918). Ve ne cito solo la parte conclusiva.

«[...] Secondo una comunicazione fatta all'Accademia di medicina di Parigi, il professore Laurent è riuscito a sostituire il cuore di Fox con quello di Bob, e viceversa, senza che i due innocenti cani abbiano troppo sofferto, senza turbare per nulla la vita del viscere delicato. Da questo momento il cuore è diventato una merce: può essere scambiato, può essere comprato. Chi vuol cambiare il suo cuore logoro, sofferente di palpitazioni, con un cuore vermiglio di zecca, povero, ma sano, povero, ma che ha sempre onestamente palpitato? [...]. Una nuova strada commerciale aperta all'attività esploratrice dell'iniziativa individuale. [...]. La vita, tutta la vita, non solo l'attività meccanica degli arti, ma la stessa sorgente fisiologica dell'attività, si distacca dall'anima, e diventa merce da baratto; è il destino di Mida, dalle mani fatate, simbolo del capitalismo moderno» (GRAMSCI A. 1918).

## Note

(\*) Il testo che qui si presenta, inedito in italiano, costituisce una versione rivista del paper (*Antonio Gramsci and medical anthropology today. Hegemony, agency and transforming persons*) presentato il 27 settembre 2003 al III Convegno internazionale "Medical anthropology at home", sul tema "Medical anthropology, welfare state and political engagement", svoltosi a Perugia (Italia) nei giorni 24-27 settembre 2003 (per il quale si può vedere una più precisa informazione in questo stesso volume 15-16 di *AM* nella sezione *Resoconti dell'Osservatorio* alle pp. 549-553). Una versione in inglese di questo testo comparirà in questa stessa rivista negli atti del Convegno (n. 17-18, ottobre 2004). Nella forma attuale uscirà in versione spagnola (*Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, capacidad de actuar (agency) y transformaciones de la persona*) nella "Revista de Antropología Social", n. 14 (fascicolo dedicato alla *Antropología médica crítica*, a cura di Rosario OTEGUI PASCUAL e Tullio SEPPILLI), di prossima pubblicazione.

(1) Cfr. ad esempio i riferimenti a Marx e a Gramsci in BAER H. A. - SINGER M. - SUSSER I. cur. 1997, LINDENBAUM S. - LOCK M. cur. 1993, SINGER M. - BAER H. A. cur. 1995.

(2) La riflessione contemporanea dell'antropologia sul corpo si fonda sulla nozione di incorporazione. L'incorporazione è la condizione esistenziale dell'uomo: stare al mondo abitandolo con il proprio corpo e abituandosi ad esso (CSORDAS T. 1990, 1994, SCHEPER-HUGHES N. 2000). Per un quadro del dibattito cfr. PIZZA G. cur. 1998.

(3) Il termine "agentività", in inglese *agency*, è entrato negli studi di antropologia del corpo alla fine degli anni Settanta del secolo scorso per sottolineare la necessità di prendere in considerazione la "capacità di agire" delle persone, nello studio dei processi socioculturali (AHEARN L. M. 2001). Questo approccio è stato ispirato dai movimenti femministi che furono tra i primi soggetti sociali a sottolineare l'importanza della "sfera personale", della corporeità, nell'analisi delle dinamiche politiche e nella partecipazione ad esse. Negli anni Ottanta la nozione ha contribuito a rinnovare gli studi antropologici, che si sono andati rifondando su una "teoria della pratica", cioè su una maggiore attenzione rivolta non solo alle modalità attraverso le quali gli esseri umani sono socialmente costruiti, ma anche ai modi con cui essi costruiscono la società con le loro pratiche. In questo senso le nozioni di agentività e di incorporazione appaiono centrali per comprendere i processi di trasformazione sociale, in quanto esse sottolineano in che modo la capacità di agire delle persone può influenzare e modificare le strutture sociali e politiche e, al tempo stesso, in che modo tali strutture tendono a influenzare, condizionare o dominare la capacità dei soggetti. Mi pare che la nozione di "agentività", allontanandosi dalle teorie fondate su un rigido determinismo sociale e culturale dei comportamenti umani, spinga a riscoprire l'insegnamento critico di Antonio Gramsci sul rapporto fra conoscenza e "prassi" nei processi di produzione e di trasformazione della cultura e della società.

(4) Per una ricostruzione del dibattito antropologico italiano, per un approccio gramsciano alla cultura "popolare", noto come "dibattito sul folklore", avviato a partire da DE MARTINO E. 1949, cfr. ANGELINI P. cur. 1977, CIRESE A. M. 1976, CLEMENTE P. - MEONI M. L. - SQUILLACCIOTTI M. cur. 1976, DI NOLA A. M. 1978, LOMBARDI SATRIANI L. M. 1980, PASQUINELLI C. cur. 1977, RAUTY R. cur. 1976, SEPPILLI T. 1980.

(5) In Italia interessanti riletture politico-filosofiche, socio-pedagogiche e storico-politiche del pensiero gramsciano sono quelle di BARATTA G. 2000, RAGAZZINI D. 2002, BURGIO A. 2003, FROSINI F. 2003. Spesso tali studi tuttavia non dialogano con la tradizione italiana del dibattito antropologico su Gramsci. Per l'America Latina cfr. ALVAREZ F. *et. al.* cur. 1991. Le scuole di antropologia medica in Messico sono molto sensibili a una rilettura di Gramsci. Cfr. le opere di Eduardo L. Menéndez (MENÉNDEZ E. L. 1984, 1990).

(6) Cfr. SEPPILLI T. 1956, 1959, 1980, 1996. Per una riconsiderazione dell'itinerario Marx-Gramsci attraverso una rilettura diretta di questi autori in rapporto all'antropologia cfr. SEPPILLI T. 1998, 2002.

(7) Scrive Gramsci: «Perciò il freudismo è più una "scienza" da applicare alle classi superiori e si potrebbe dire parafrasando Bourget (o un epigramma su Bourget) che l' "inconscio" incomincia solo dopo tante decine di migliaia di lire di rendita» (GRAMSCI A. 1975 [1933]: 1833 [Q 15\$74]).

<sup>(8)</sup> Cfr. due importanti contributi sulla critica di Gramsci a Freud: MESSA RUIZ E. 1998 e STONE J. 1984. L'articolo di Stone presenta una interessante ricostruzione delle reazioni di Gramsci alla cura psicoanalitica cui si era sottoposta sua moglie Giulia. Cfr. anche BUCI-GLUKSMANN C. 1976: 109-115.

<sup>(9)</sup> Questi due passi gramsciani non furono pubblicati nelle prime edizioni delle *Lettere* e dei *Quaderni* poiché apparvero strani e imbarazzanti per Palmiro Togliatti, segretario del Partito comunista italiano e curatore, insieme a Felice Platone, delle prime edizioni degli scritti gramsciani. Il primo commento analitico di rilievo notevole su questi passi è GERRATANA V. 1990. Cfr. anche SZABO T. 1989, RAGAZZINI D. 2002 e CAVALLARO L. 2002. Cavallaro discute la nozione di persona in Gramsci. Anche se tali contributi appaiono interessanti tuttavia essi non discutono la nozione trans-culturale di persona come è stata configurata nelle scienze antropologiche (almeno a partire da Marcel Mauss 1965a, 1965b), ma si riferiscono soltanto al significato che tale nozione ha assunto nella tradizione filosofica occidentale. A mio avviso i passi gramsciani su tale questione forniscono un approccio critico alla nozione di persona che è antropologicamente rilevante, e che anticipa di qualche anno il classico saggio di Marcel Mauss sulle tecniche del corpo e sul concetto di persona: Gramsci non separa il "corpo" dalla "persona", come in effetti fece Mauss.

<sup>(10)</sup> Lo stesso esempio del cannibalismo, come modello di processo nelle «catastrofi del carattere», si trova nelle *Note autobiografiche* del quaderno 15 (GRAMSCI A. 1975 [1933]: 1762-1763 [Q15§9]).

<sup>(11)</sup> Lo scritto gramsciano *Merce* viene ripubblicato in questo stesso volume 15-16 di *AM* nella rubrica *Riproposte* alle pp. 467-472.

## Riferimenti bibliografici

- AHEARN Laura M. (2001), *Agentività / Agency*, pp. 18-23, in Alessandro DURANTI (curatore), *Culture e discorso. Un lessico per le scienze umane*, Meltemi, Roma.
- ALVAREZ Frederico et al. (curatori) (1991), *Gramsci en America Latina. Del silencio al olvido*, Fondo Editorial Trópikos, Caracas.
- ANGELINI Pietro (curatore) (1977), *Dibattito sulla cultura delle classi subalterne (1949-50)*, Savelli, Roma.
- BAER Hans A. - SINGER Merrill - SUSSER Ida (1997), *Medical Anthropology and the World System. A Critical Perspective*, Bergin & Garvey, Westport.
- BUCI-GLUKSMANN Christine (1976), *Gramsci e lo Stato. Per una teoria materialistica della filosofia*, traduzione dal francese di Claudia MANCINA e Giuseppe SAPONARO, Editori Riuniti, Roma [ediz. orig.: *Gramsci et l'Etat*, Librairie Arthème Fayard, Paris, 1975].
- BARATTA Giorgio (2000), *La rosa e i quaderni. Saggio sul pensiero di Antonio Gramsci*, Gamberetti Editrice, Roma.
- BURGIO Alberto (2003), *Gramsci storico. Una lettura dei "Quaderni del carcere"*, Laterza, Roma-Bari.
- CAVALLARO Luigi (2002), *La «trasformazione molecolare». Sul concetto di persona in Gramsci*, "Critica Marxista. Analisi e contributi per ripensare la sinistra", n. 1, gennaio-febbraio 2001, pp. 51-60.
- CIRESE Alberto Mario (1976), *Intellettuali, folklore, istinto di classe. Note su Verga, Scotellaro, Gramsci*, Einaudi, Torino.
- CLEMENTE Pietro - MEONI Maria Luisa - SQUILLACCIOTTI Massimo (curatori) (1976), *Il dibattito sul folklore in Italia*, Edizioni di Cultura Popolare, Milano.
- CREHAN Kate (2002), *Gramsci, Culture and Anthropology*, Pluto Press, London-Sterling, Virginia.
- CSORDAS Thomas J. (1990), *Embodiment as a paradigm for anthropology*, "Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology", vol. 18, n. 1, 1990, pp. 5-47.
- CSORDAS Thomas J. (curatore) (1994), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, Cambridge University Press, Cambridge.
- DE MARTINO Ernesto (1949), *Intorno a una storia del mondo popolare subalterno*, "Società", anno V, n. 3, 1949, pp. 411-435.
- DE MARTINO Ernesto (1977), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, a cura di Clara GALLINI, Einaudi, Torino.

- DI NOLA Alfonso Maria (1978), *Varietà degli oggetti della cultura subalterna religiosa del Mezzogiorno*, pp. 35-39, in *Questione meridionale, religione e classi subalterne*, a cura di Francesco SALIA, Guida, Napoli.
- FOUCAULT Michel (1977), *Microfisica del potere. Interventi politici*, a cura di Alessandro FONTANA e Pasquale PASQUINO, Einaudi, Torino [ediz. orig.: 1972].
- FRANKENBERG Ronald (curatore) (1988a), *Gramsci, Marxism and Phenomenology: Essays for the Development of Critical Medical Anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", n.s., vol. 2, n. 4, december 1988.
- FRANKENBERG Ronald (1988b), *Gramsci, Culture, and Medical Anthropology: Kundry and Parsifal? or Rat's Tail to Sea Serpent?*, pp. 324-337, in FRANKENBERG Ronald (curatore) *Gramsci, marxism and phenomenology: Essays for the Development of Critical Medical Anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", n.s., vol. 2, n. 4, 1988.
- FROSINI Fabio (2003), *Gramsci e la filosofia. Saggio sui Quaderni del carcere*, Carocci, Roma.
- GERRATANA Valentino 1990, *Unità della persona e dissoluzione del soggetto*, pp. 189-202 in *Gramsci e il marxismo contemporaneo. Relazione al convegno organizzato dal Centro Mario Rossi, Siena, 27-30 aprile 1987*, a cura di Biagio MOSCATELLO, Editori Riuniti, Roma [ripubblicato con il titolo *Contro la dissoluzione del soggetto*, pp. 127-141, in Valentino GERRATANA, *Gramsci. Problemi di metodo*, Editori Riuniti, Roma, 1997].
- GRAMSCI Antonio (1918), *Merce, "Avanti!"*, 6 giugno 1918 [pp. 406-407, in Antonio GRAMSCI, *Sotto la mole. 1916-1920*, Einaudi, Torino, 1960].
- GRAMSCI Antonio (1975), *Quaderni del carcere*, edizione critica a cura di Valentino GERRATANA, Einaudi, Torino [scritti in carcere, nel periodo della dittatura fascista, fra il 1929 e il 1935, pubblicati in una prima edizione tematica Einaudi dal 1948 al 1955; pubblicati in prima edizione critica Einaudi nel 1975. Nei rimandi bibliografici del presente articolo si danno le indicazioni di data dei quaderni nella prima stesura gramsciana].
- GRAMSCI Antonio (1996), *Lettere dal carcere*, Sellerio, Palermo, 1996, 2 volumi [ediz. orig.: Einaudi, Torino 1947. Nei rimandi bibliografici del presente articolo si danno le indicazioni delle date delle lettere].
- LINDEBAUM Shirley - LOCK Margaret (curatori) (1993), *Knowledge, Power & Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, University of California Press, Berkeley.
- LISA Athos (1973), *Memorie. In carcere con Gramsci*, Feltrinelli, Milano.
- LOMBARDI SATRIANI Luigi Maria (1980), *Antropologia culturale e analisi della cultura subalterna*, Rizzoli, Milano [ediz. orig.: 1974].
- MAUSS Marcel (1965a [1936, 1950]), *Le tecniche del corpo*, pp. 383-409, in Marcel MAUSS, *Teoria generale della magia e altri saggi*, avvertenza di George GURVITCH, introduzione di Claude LÉVI-STRAUSS, Einaudi, Torino [ediz. orig.: 1936, II ediz. 1950].
- MAUSS Marcel (1965b [1938, 1950]), *Una categoria dello spirito umano: la nozione di persona, quella di "io"*, pp. 351-381, in Marcel MAUSS, *Teoria generale della magia e altri saggi*, avvertenza di George GURVITCH, introduzione di Claude LÉVI-STRAUSS, Einaudi, Torino [ediz. orig.: 1936, II ediz. 1950].
- MENÉNDEZ E. L. (1984), *Hacia una práctica medica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, CIESAS, México.
- MENÉNDEZ E. L. (1990), *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, CIESAS, México.
- MESSA RUIZ Erasmo (1998), *Freud no "divã" do cárcere. Gramsci analisa a psicanálise*, Editora Autores Associados, Campinas.
- PASQUINELLI Carla (1977), *Antropologia culturale e questione meridionale. Ernesto de Martino e il dibattito sul mondo popolare subalterno negli anni 1948-1955*, La Nuova Italia Editrice, Firenze.
- PIZZA Giovanni (curatore) (1998), *Figure della corporeità in Europa*, "Etnosistemi", anno V, n. 5, gennaio 1998.
- PIZZA Giovanni (2001-2002), *Antonio Gramsci nelle antropologie contemporanee*, Seminario di Storia dell'antropologia, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia, anno accademico 2001/2002.

RAGAZZINI Dario (2002), *Leonardo nella società di massa. Teoria della personalità in Gramsci*, Moretti & Vitali Editori, Bergamo.

RAUTY Raffaele (curatore) (1976), *Cultura popolare e marxismo*, Editori Riuniti, Roma.

RUDAS Nereide (1999), *Reclusione, solitudine e creatività in Gramsci*, pp. 27-41 in *Gramsci e il Novecento*, volume secondo, a cura di Giuseppe Vacca, Carocci, Roma.

SCHAPER-HUGHES Nancy (2000 [1994]), *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, pp. 281-295, in Robert Borofsky (curatore), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma, traduz. dall'inglese di Gianfranco d'ERAMO [ediz. orig.: 1994].

SCHAPER-HUGHES Nancy (2001), *Il traffico di organi nel mercato globale*, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: 2000].

SEPELLI Tullio (1956), *Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia*, pp. 295-312, in SOCIETÀ ITALIANA PER IL PROGRESSO DELLE SCIENZE, *Atti della XLV Riunione (Napoli, 16-20 ottobre 1954)*, vol. II, SIPS, Roma.

SEPELLI Tullio (1959), *Il contributo della antropologia culturale alla educazione sanitaria*, "L'Educazione Sanitaria", vol. IV, n. 3-4, pp. 325-340.

SEPELLI Tullio (1979), *Neutralità e oggettività nelle scienze sociali. Linee per una riflessione critica sul rapporto tra conoscenza e prassi*, pp. 77-91, in *Orientamenti marxisti e studi antropologici italiani. Problemi e dibattiti (1)*, "Problemi del Socialismo", quarta serie, anno XX, 1979, Franco Angeli, Milano.

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

SEPELLI Tullio (1998), *La influencia de Gramsci en el desarrollo de la Antropología de la Medicina en Italia*, conferenza tenuta il 10 giugno 1999 a Tarragona nel quadro del III Master de Antropología de la Medicina 1998-2000.

SEPELLI Tullio (2002), *L'itinerario Marx Gramsci nella fondazione di una antropologia scientifica*, conferenza tenuta a Perugia il 18 aprile 2002 nel quadro del Seminario di Storia dell'antropologia 2001/2002, coordinato da Giovanni Pizza, *Antonio Gramsci nelle antropologie contemporanee*, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia.

SINGER Merrill - BAER Hans (1995), *Critical Medical Anthropology. Critical Approaches in the Health Social Sciences Series*, Baywood Publishing Company, New York.

STONE Jennifer (1984), *Italian Freud: Gramsci, Giulia Schucht, and Wild Analysis*, "October", 28, Spring 1984 (*Discipleship. A Special Issue on Psychoanalysis*), pp. 105-124.

SZABÓ Tibor (1989), *Soggettività, alienazione e trasformazione*, pp. 340-348 in *Modern Times: Gramsci e la critica dell'americanismo*, a cura di Giorgio Baratta e Andrea Catone, Cooperativa Diffusioni '84, Milano.

WILLIAMS Raymond (1979 [1977]), *Marxismo e letteratura*, traduzione dall'inglese di Mario Stetrema, Laterza, Bari [ediz. orig.: *Marxism and Literature*, Oxford University Press, Oxford, 1977].

## Scheda sull'Autore

Giovanni Pizza, nato a Nola (provincia di Napoli) il 16 agosto 1963, è ricercatore confermato presso la Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio dell'Università degli studi di Perugia, e insegna per affidamento Antropologia medica e Storia dell'antropologia presso le Facoltà di lettere e filosofia e di medicina e chirurgia dello stesso ateneo. Laureatosi con Alfonso Maria Di Nola, nel 1986, in lingue e letterature straniere moderne, presso l'Istituto universitario orientale di Napoli, ha conseguito, nel 1991, il D.E.A. in antropologie sociale et etnologie all'École des hautes études en

sciences sociales (EHESS, Paris-Toulouse); nel 1994, il dottorato di ricerca in scienze etn antropologiche all'Università degli studi di Roma "La Sapienza", Dipartimento di studi glottoantropologici e discipline musicali; e nel 1996 il post-dottorato presso il medesimo ateneo. È stato professore a contratto presso le Università degli studi di Roma "La Sapienza" e di Verona, e ha tenuto seminari in diverse università europee (Berlino, Copenhagen, Budapest, Cluj-Napoca, Madrid). È membro dell'European Association of social anthropologists (EASA) e del Consiglio direttivo della Società italiana di antropologia medica (SIAM). Coordinatore della Segreteria di redazione di "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", è stato anche membro della redazione delle riviste: "Storia e Medicina Popolare" (dal 1990 al 1992), "Etnosistemi. Processi e dinamiche culturali" (dal 1994 al 2000).

Ha lavorato sul rapporto fra saperi medici e simbolismo religioso, sulla genesi, distribuzione e trasmissione dei saperi locali sul corpo e sull'esperienza culturale della malattia in un'area appenninica della Campania (Vallo di Lauro, provincia di Avellino). Si occupa di antropologia medica con un approccio allo studio dei processi di incorporazione e delle politiche del corpo; ha studiato le forme della possessione in Europa (occidentale e orientale), svolgendo ricerche sul campo in Romania e in Puglia (Salento). È impegnato da diversi anni in una etnografia delle politiche culturali in rapporto alle pratiche contemporanee del "neo-tarantismo" in Salento.

Fra le sue più recenti pubblicazioni: *Il medico, la mamma e il "basso popolo". Operatori, pratiche e rappresentazioni della "medicina popolare" in Campania, nelle Statistiche Murattiane del 1811 e nella memoria culturale contemporanea*, Università degli Studi di Perugia, "Annali della Facoltà di Lettere e Filosofia", 2. Studi storico-antropologici, volume XXXI-XXXII, nuova serie, vol. XV-XVI, 1993/94-1994/95, pp. 479-513 / *Sulla "possessione europea"*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 247-272 / *Corpi e antropologia: l'irriducibile naturalezza della cultura*, "Aperture. Punti di vista a tema", numero dedicato a *Il corpo, delle cose, delle idee, dell'umano*, a cura di Enrico Castelli Gattinara, n. 3, 1997, pp.45-52 / *The virgin and the spider: Revisiting spirit possession in southern Europe*, pp. 49-81, in Cristina Papa - Giovanni Pizza - Filippo M. Zerilli (curatori), *Incontri di etnologia europea / European ethnology meetings*, Est, Napoli, 1998 / *Così siamo composte noi... Figure della corporeità femminile in un'area appenninica della Campania*, in Giovanni Pizza (curatore), *Figure della corporeità in Europa*, "Etnosistemi. Processi e dinamiche culturali", anno V, n. 5, 1998, pp. 73-93. / (curatore) *Figure della corporeità in Europa*, "Etnosistemi. Processi e dinamiche culturali", anno V, n. 5, 1998, / con Ireneo Bellotta, *Il contributo di Alfonso M. di Nola alla nuova antropologia medica italiana. Quadro bibliografico (1964-1998)*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 5-6, ottobre 1998, pp. 245-257 / *Ancora De Martino*, "Ossimori", n. 10, 1999, pp. 38-39 / *Cocullo rivisitata: sul dialogo fra Giuseppe Profeta e Alfonso Maria Di Nola*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 7-8, ottobre 1999, pp. 390-392 / *Figure della possessione nel culto calabrese di san Bruno*, "AM. Rivista della Società italiana di



antropologia medica”, n. 7-8, ottobre 1999, 341-343 / *Scena primaria in cucina: atti alimentari e culture del cibo*, pp. 15-31, in *Le opere e i santi*, a cura di Giancarlo Baronti, Provincia di Terni, Terni, 1999 / *Sistemi di comunicazione con l'aldilà: una lettura della stregoneria nell'Europa centro-sud orientale*, in “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 7-8, ottobre 1999, pp. 382-389 / *Tarantismi oggi: un panorama critico sulle letterature del tarantismo nel Salento contemporaneo (1994-1999)*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 7-8, ottobre 1999, pp. 253-273 / *Un classico dell'antropologia romana: il folklore medico comparato di Ion Aurel Candrea*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 7-8, ottobre 1999, pp. 336-340 / *Retoriche del tarantismo e politiche culturali*, pp. 68-78, in *Ragnatele*, a cura di Antonello Lamanna, Perugia, 2002 / *Lettera a Sergio Torsello e a Vincenzo Santoro sopra il tarantismo, l'antropologia e le politiche della cultura*, pp. 43-63, in Sergio Torsello - Vincenzo Santoro (curatori), *Il ritmo meridiano*, Aramiré, Lecce, 2002 / *Politics of memory in 2001 Salento: the re-invention of tarantism and the debate on its therapeutical value*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 13-14, ottobre 2002, atti del convegno Medical anthropology at home. 2<sup>nd</sup> conference, Tarragona, 19-21 aprile 2001, pp. 222-236 / *Sciamanismo, stregoneria, possessione. Una prospettiva comparativa a partire dal caso romeno*, in Cristina Papa - Giovanni Pizza - Filippo M. Zerilli (curatori), *La ricerca antropologica in Romania. Prospettive storiche ed etnografiche*, Es, Napoli, 2003 .

## Riassunto

### *Antonio Gramsci e l'antropologia medica ora. Egemonia, agentività e trasformazioni della persona*

Questo saggio ha un solo scopo: mostrare l'urgenza per l'antropologia medica contemporanea di una lettura diretta dell'opera di Antonio Gramsci. Il pensiero dialogico e sperimentale di Gramsci sembra eludere tutte le classificazioni interpretative fornite dagli esegeti, incluse le letture antropologiche. L'Autore di questo saggio sottolinea la vocazione antropologica di Gramsci ed esplora in particolare tre argomenti: l'egemonia, l'*agency*, e le trasformazioni della persona. In Gramsci vi è una attenzione drammatica e riflessiva alla esperienza corporea della sofferenza, e ai processi di incorporazione, e anche una “attenzione impegnata”, che può essere definita etnografica, per le microfisiche della trasformazione sociale, l'egemonia dello Stato e l'*agency* individuale e collettiva. La critica gramsciana può spingere l'antropologia medica contemporanea a sottolineare la dimensione politica dei processi di incorporazione in modo da rimettere in questione la dicotomia salute-malattia per concepirla come processo sociopolitico. Ciò richiede il rafforzamento di una metodologia critica, riflessiva e autoggettivante all'interno dello stesso campo scientifico-accademico dell'antropologia medica.

## Résumé

*Antonio Gramsci et l'anthropologie médicale aujourd'hui. Hégémonie, agentivité et transformations de la personne.*

Cet essai poursuit un objectif unique: prouver combien il est urgent pour l'anthropologie médicale contemporaine de réaliser une lecture directe de l'œuvre d'Antonio Gramsci. La pensée dialogique et expérimentale de Gramsci semble échapper à tout classement interprétatif fourni par les exégètes, y compris les lectures anthropologiques. L'Auteur de cet essai souligne la vocation anthropologique de Gramsci et explore en particulier trois sujets : l'hégémonie, l'agentivité et les transformations de la personne. Gramsci réserve une attention dramatique et réflexive à l'expérience corporelle de la souffrance, aux processus d'incorporation mais aussi une "attention engagée" qui peut être qualifiée d'ethnographique pour les microphysiques de la transformation sociale, l'hégémonie de l'Etat et l'agentivité individuelle et collective. La critique gramscienne peut pousser l'anthropologie médicale contemporaine à souligner la dimension politique des processus d'incorporation de manière à remettre en question la dichotomie santé-maladie pour la concevoir comme processus sociopolitique. Cela exige le renforcement d'une méthodologie critique, réflexive et auto-objectivante au sein même du domaine scientifique-académique de l'anthropologie médicale.

## Resumen

*Antonio Gramsci y la antropología médica en la actualidad. Hegemonía, agentividad y transformaciones de la persona*

Este ensayo tiene como único objetivo mostrar lo urgente que es para la antropología médica proceder a una lectura directa de la obra de Antonio Gramsci. El pensamiento dialógico y experimental de Gramsci parece eludir todas las clasificaciones interpretativas proporcionadas por los exégetas, incluidas las lecturas antropológicas. El Autor de este ensayo subraya la vocación antropológica de Gramsci y explora en concreto tres temas: la hegemonía, la agentividad (agency) y las transformaciones de la persona. En Gramsci se advierte una atención dramática y reflexiva hacia la experiencia corpórea del sufrimiento y hacia los procesos de incorporación, y también una «atención comprometida» que se puede definir de etnográfica, por las microfísicas de la transformación social, la hegemonía del Estado y la agentividad individual y colectiva. La crítica gramsciana puede empujar la antropología médica contemporánea a subrayar la dimensión política de los procesos de incorporación, volviendo así a poner en entredicho la dicotomía salud-enfermedad para concebirla como proceso sociopolítico. Ello requiere el refuerzo de una metodología crítica, reflexiva y autobjetivante dentro del mismo campo científico-académico de la antropología médica.

## Abstract

### *Antonio Gramsci and medical anthropology now. Hegemony, agency and transforming persons.*

This article has only one aim: to demonstrate the urgency for contemporary medical anthropology of a direct reading of the works of Antonio Gramsci (1891-1937). Gramsci's dialogic and experimental way of thinking seems to elude all the interpretive classifications furnished by the exegetes or by anthropological theory. The Author of this article lay stress on Gramsci's anthropological vocation and explores three main questions: hegemony, agency, and transformations of the person. There is a dramatic and reflexive attention in Gramsci for the bodily experience of suffering, for the embodiment processes, and at the same time an "engaged observation", which can be called ethnographic, of the the microphysics of social transformation, the hegemony and the agency of the State, the person, and the collectivity. The Gramscian critique can push contemporary medical anthropology to lay stress on the political aspects of embodiment in order to put into question the health-illness dichotomy and to conceive it instead as a socio-political process. This involves a reinforcement of a critical, reflexive, self-objectifying methodology inside the medical anthropological scientific and academic field itself.



## *Terapie non convenzionali e pluralità di scelte terapeutiche\**

### Vittorio Lanternari

professore emerito, già ordinario di etnologia presso la Facoltà di sociologia, Università degli studi di Roma "La Sapienza".

Dagli anni '60 in Italia, in Europa e in tutto il mondo occidentale, si è verificata un'esplosione di sistemi medici che oggi usiamo chiamare alternativi o non convenzionali, con un crescendo vorticoso di forme e di varietà. Tra questi stessi sistemi medici ve ne sono alcuni che nel passato vennero considerati perfino eretici.

Questa strana esplosione di nuove terapie, questo bisogno di alternare alla medicina ufficiale altre medicine è apparsa ed è vertiginosamente cresciuta, in una fase storica in cui la scienza rappresenta il vanto supremo della civiltà occidentale e la tecnologia è arrivata a dei trionfi avveniristici. Scienza e tecnologia hanno investito con il loro sviluppo ogni settore della vita sociale, compreso quello della realtà e dei servizi, dove hanno favorito una profonda evoluzione dell'attività diagnostica e terapeutica.

Non c'è dubbio quindi che siamo di fronte a delle problematiche di ampiezza enorme e di una complessità assolutamente inabituale nella storia della medicina del mondo contemporaneo. Problematiche che riguardano i rapporti con la sanità, la concezione della salute e della malattia, la relazione tra medico e paziente, e che riguardano anche la stessa denominazione data alle "altre" medicine, definite come alternative o non convenzionali.

Questa definizione di "alternatività" o "non convenzionalità" è senz'altro frutto della cultura occidentale, in cui prevale la convinzione che le "altre" medicine sono da considerare come "alternative" rispetto alla biomedicina, che è quella ufficiale, ovviamente assunta dogmaticamente come modello scientificamente unico, garantito.

Se però si volge lo sguardo ad altri contesti storici e culturali questa convinzione tipica della cultura occidentale moderna perde ogni valore.

Nella cultura africana, ad esempio, il modello biomedico occidentale è considerato quello alternativo rispetto alla medicina ufficiale che è quella pagana, non scientifica, o extra-scientifica.

Se tra la gente del Ghana un bambino si ammala, la prima persona dalla quale i familiari lo accompagnano è la guaritrice locale e non il medico dell'ospedale, che anzi il più delle volte non viene preso affatto in considerazione, a meno che non si verifichi un temibile aggravamento.

L'intervento della guaritrice si incentra prima di tutto sui comportamenti della famiglia, della mamma, della nonna, di eventuali zii, sulla loro condotta. Si tratta di un vero e proprio interrogatorio per sapere che cosa potrebbe essere accaduto di strano in casa – nell'ambito dei rapporti parentali – che possa giustificare l'insorgere del male nel bambino.

Se emerge che sono state commesse delle infrazioni di ordine sociale, morale e perfino rituale, causate ad esempio dalla dimenticanza di fare i sacrifici a certe divinità destinate a proteggere il bambino, i familiari devono impegnarsi ad eseguire tutto ciò che occorre per ottemperare ai doveri dimenticati.

Il bambino viene visitato solo dopo che la famiglia ha ottemperato ai suoi doveri. Doveri che da ciascun membro saranno stati riconosciuti come mancati, nell'interrogatorio subito, e dunque saranno assunti come risolutamente da adempiere, per paura di altri danni per sé oltreché per la guarigione richiesta. Diciamo dunque che con l'interrogatorio d'ordine morale e sacrale rivolto ai familiari del paziente, si intende dimostrare che è assolutamente ineludibile l'obbligo di risolvere tutti i problemi familiari con spirito di dedizione, di collaborazione, altrimenti potranno sopraggiungere altre calamità.

Quanto alla cura adottata dalla guaritrice, in generale si tratta di rimedi vegetali, cioè della fitoterapia che è consuetudinaria e presente tra le famiglie, come è usanza diffusa in generale fra tutte le società tradizionali del cosiddetto Terzo Mondo. In ogni abitazione di norma v'è sempre qualcuno, madre o padre che conosce le erbe medicinali per le più comuni malattie.

A confronto della nostra medicina scientifica, che fa capo al ricorso di un medico laureato in medicina, dobbiamo osservare che l'intero rapporto terapeutico vigente negli usi della società africana attuale sul posto, non ha nulla da spartire con le usanze nostrane. Da noi, quanto a interrogazioni del medico alla famiglia che ha chiesto la visita, certamente v'è tutta l'anamnesi praticata dal medico riguardo ai precedenti del malato da visitare. Se si tratta poi di un medico psichiatra l'indagine del dottore verterà

sul contesto sociale e familiare d'appartenenza e non solamente sui rapporti parentali ufficiali fra malato e famiglia.

Evidentemente il concetto di malattia al quale i due diversi approcci si ispirano è ben diverso. Nella cultura africana tradizionale il concetto di malattia si lega amplissimamente e in termini complessi ai valori e al significato attribuiti agli eventi, ai comportamenti pratici, familiari, morali, alle scelte individuali. Sono in gioco dunque valori fondamentali della vita sociale, dell'etica familiare nonché collettiva, della comunità nel suo insieme. Dall'infrazione commessa da un Ego qualunque può essere colpito e coinvolto direttamente lo stesso Ego, ovvero può essere coinvolto indirettamente un membro qualunque della famiglia o del clan. La responsabilità dunque sul piano delle conseguenze d'una infrazione commessa, deve essere intesa in senso collettivo, cioè comunitario. Il che dimostra quanto forti risultano essere i rapporti di coesione sociale all'interno d'ogni comunità, specialmente tramite i rapporti di parentela e di clan. È chiaro che le norme di vita sono fissate dalla tradizione degli antenati, che è sacra per le più varie popolazioni del Terzo Mondo.

Se la nostra attenzione si sposta verso l'area del mondo contadino degli anni '50 nel sud d'Italia – l'area studiata da de Martino – (come pure in altre aree rurali arretrate), la medicina scientifica già allora troneggiava come unica medicina "ufficiale". E tuttavia essa privatamente, dagli abitanti locali, era considerata "un'altra cosa". Infatti vigevano ancora, in famiglia, presso i contadini autoctoni, i più vari modelli di metodi terapeutici fondati sulla "magia". La magia rappresentava la forma ancora più corrente e ordinaria di "medicina" nell'ambito dell'Italia meridionale, specialmente in area rurale. Ma in particolare in Puglia da epoca antica s'era imposto come pratica terapeutica fondamentale, specialmente per malattie psichiche o turbe mentali d'ogni tipo, soprattutto di genere femminile, il fenomeno del "tarantismo".

Il tarantismo, da Ernesto de Martino fatto proprio oggetto di studio approfondito, si presenta come caso particolare di procedura terapeutica del tipo fondato su base rituale, e come tale costituente la categoria più corrente e propria delle culture arcaicizzanti, implicitamente ispirate e parenti da un sostrato mitico-religioso. Basti pensare che l'afflizione proclamata nel tarantismo dal paziente-donna, qualunque essa sia, è attribuita all'intervento della taranta, a sua volta nota come ragno velenoso ma immaginata come dotata d'un forte potere malefico, mentre un altro forte potere, ma a sua volta benefico e di protezione, viene attribuito a San Paolo, la cui immagine è riconoscibile nella cappella di Galatina, dove ha pe-

riodicamente epilogo collettivo il rituale terapeutico che aveva avuto inizio nei contesti domestici in forma coreutico-musicale.

Tra il ragno simbolo del male e San Paolo simbolo della guarigione, l'uno opposto all'altro, nella cappella di Galatina la paziente-donna si lancia nel rito di danza, attendendo l'effetto di influenzamento carico di potere terapeutico, attraverso il richiamo rivolto al simbolo del santo. La paziente si impegna come protagonista in un'operazione rituale prolungantesi nel tempo e nelle forme, con movimenti della persona, con rotolamenti al suolo, con corse e arrampicamenti su punti più alti, fino a raggiungere lo stato parossistico di trance e possessione. Infine, impegnata insieme nella psiche e nel corpo, in tono dionisiaco, la paziente può ridestarsi in forze percependo la condizione psico-fisica di miglioramento personale. Ciò avviene in seguito al suo invasamento portato fino al parossismo della trance. Noi sappiamo da de Martino che nell'epoca delle sue ricerche sul campo (anni '50) le donne partecipanti erano ancora numerose. Sappiamo peraltro che la taranta, che corrisponde a una specie di ragno, è in realtà immaginata, in termini mitizzati, come entità dotata di proprio potere.

Con riferimento al rito particolare del tarantismo, in forma di performance spettacolare della donna-paziente, segnaliamo il carattere di libera scelta e libero svolgimento della complessa stesura dello spettacolo praticato dalla persona. Possiamo dire davvero che la paziente si pone come unica protagonista del processo terapeutico. Da lei univocamente discende la facoltà e la capacità di uscire guarita dal rito, anzi, con il rito. È eloquente a proposito della reale possibile efficacia del rito terapeutico – nella fattispecie del tarantismo, ma potremmo riferirci a tanti altri riti terapeutici legati alle più varie religioni, anche le più importanti e le derivate d'Occidente e d'Oriente. È eloquente l'elaborazione cognitiva e interpretativa data dall'antropologo José Gil, in merito al beneficio ottenuto e anche mostrato dalla paziente in quanto impegnata in una pratica d'intensa partecipazione emotiva. Gil segnala che nel contesto del rito «viene a prodursi un surplus di significato che, tradotto in segni, si prolunga in una dinamica di forza, di energie e di potere». In conclusione – integra il nostro studioso – «l'efficacia del rito deriva dall'area in cui il surplus di significato si fonde con il surplus di forza» (GIL J. 1983: 25-26).

A questo punto sembra utile rimarcare che il tarantismo rientra, unitamente con tanti altri processi terapeutici oggi diffusi nel mondo in contrasto con la medicina ufficiale, nella tipica categoria che studiosi distintamente ope-



ranti al confine tra medicina, psichiatria e antropologia religiosa, definiscono col nome di “processi e meccanismi endogeni di *autoguarigione*” (LANTERNARI V. - CIMINELLI M. L. 1998: 24-25, 31-32, PRINCE R. 1989, BIBEAU G. 1998: 131-158, BENEDUCE R. 1998: 49-84).

Se negli anni '50 predominava, a livello delle aree rurali d'Italia, il mondo della magia primaria della cultura contadina, illetterata, irrazionalista, extra-scientifica e pre-scientifica, oggi la situazione è profondamente mutata, in senso ben complesso e di più difficile lettura. Il mondo magico si è inserito e si è distribuito ampiamente nelle pieghe più riposte del ceto medio intrecciandosi con la magia primaria che persisteva a suo modo fino ad oggi nelle maglie dei ceti popolari: e ciò insieme con le altre più varie forme di “medicines alternative”. Se nelle società del Terzo Mondo il fenomeno “magismo” non sembra declinare, malgrado il processo di cambiamento culturale e di costumi indotto dalla spinta acculturativa, in Occidente si è inopinatamente affermata un'ondata di ritorno alla magia, proprio in concomitanza con il progredire di certi aspetti della medicina scientifica. E ciò avveniva come effetto degli stimoli pubblicitari indotti dalla diffusione dei “media”, ormai fattore determinante dell'influenza culturale nel mondo contemporaneo.

La magia ha invaso dunque oggi il mondo moderno nella sua interezza, i ceti urbani più ancora di quelli tradizionali rurali. Il panorama di neomagismi che ci si presenta è immenso. Qualunque giornale pubblica elenchi di maghi o di fattucchieri, o comunque di guaritori e guaritrici. La TV aggiunge la sua pubblicità insistente ed efficacissima. Il mago moderno, certamente ha rielaborato il suo linguaggio, adottando eventualmente vari termini d'uso scientifico, per non sembrare legato a idee arcaiche, a superstizioni ridicole. Ma idee, formule e usi d'origine arcaica si ripetono fedelmente.

Dobbiamo ammettere tuttavia che accanto al mondo magico o neomagico, dagli anni '60 nei paesi occidentali, e in particolare in Italia, si sono venute affermando nuove sette religiose di provenienza esotica, e tutte segnate da un preciso carattere terapeutico. Abbiamo assistito infatti all'ondata di diffusione di nuove religioni d'origine orientale e insieme americana; cioè spesso religioni originariamente fondate da soggetti “ispirati”, cosiddetti “profeti carismatici” in Oriente, e di là essi stessi trapiantati o le loro sette diffuse da proseliti, in USA, specialmente in California. Da questa grande “Centrale” religiosa si diramarono le varie formazioni settarie nel mondo intero, anche in Africa oltreché negli altri continenti (LANTERNARI V. 1977).

Un caso particolare, di speciale interesse per il saldo legame della religione con il suo effetto fondamentalmente atteso di guarigione, è quello del pentecostalismo: religione tipicamente evangelica fondata su un'esperienza dello "spirito" nuova e mistica, propagandata come essenziale e salvifica. Il fedele pentecostale ambisce e vanta di pervenire all'esperienza di essere toccato, invaso dallo spirito. Egli otterrà come primo segno di tale esperienza l'effetto "glossolalia", cioè il "parlare lingue", che tradotto significa "parlare l'idioma dello spirito", ovvero entrare in diretta comunicazione con la divinità. Ma la guarigione è il secondo segno dello spirito entrato in lui (o lei). Ed è quello più ardentemente invocato e, tramite il culto, il più attivamente favorito. Infatti il culto pentecostale è squisitamente orientato verso espressioni d'ordine mistico, idonee a produrre stati di entusiasman- te esaltazione tra i fedeli. Questi partecipano con loro diretto e coinvolgente intervento, a canti corali pregnanti di partecipazione emotiva – appunto – corale. Il batter di mani collettivo a ritmo marcato e intervallato secondo tempi calcolati, si aggiunge, con movenze delicate della persona, accennanti movimenti appena sfiorati di danza. In breve, il rito liturgico pentecostale è fisiologicamente preposto all'irradiazione di un'atmosfera capace di dar forza, speranza, fiducia a tutti i partecipanti a questa speciale "festa" – come io personalmente l'ho qualificata, da un punto di vista soggettivo, del resto pienamente partecipativo, pur se da una partenza laica –. Insisterei sul fatto che i canti corali dei più diversi gruppi pentecostali, da me sperimentati a New York, a Roma, in Ghana, rappresentano sempre una musica di per sé "trascinante". E possiamo indicare precisamente in questo insieme caratteriale del culto, il fattore per il quale tanto largamente e sollecitamente la setta pentecostale ha avuto vorticosamente seguito, ai tempi delle grandi emigrazioni di lavoratori italiani in America nei primi decenni del secolo XX, tra i nostri emigrati. E furono loro stessi, allorquando dovettero fare ritorno in Italia a causa della crisi economica del 1929, i portatori, nel Mezzogiorno da cui provenivano, delle frequenti "conversioni" religiose locali di famiglie già cattoliche. Ci sembra che il nesso assai largamente riconosciuto all'interno del pentecostalismo, il nesso tra rituale e guarigione, assuma il suo significato dalla presenza decisiva, al suo interno, del fattore "spirito". Questo "spirito" del quale ci ha parlato la Bibbia (*Atti degli Apostoli*, 2, 1-13) lo conosciamo come miracolosamente disceso dal cielo tra il gruppo degli apostoli tutti insieme, il giorno della ebraica Pentecoste (festa che segue dopo 50 giorni dalla Pasqua, per ringraziamento a Dio del raccolto ottenuto). E agli apostoli avvenne che, «passata la raffica di vento, fermatesi le lingue di fuoco al di sopra delle loro teste, essi per la prima volta parlarono lingue». È chiara la portata

d'intensa spiritualità dell'esperienza rituale. Essa ci riaccosta al confronto africano con il rito di "possessione". Esso è usualissimo per guarire malati presso tutte le società tradizionali indigene e viene inserito nel contesto di un rito di danza diretto da un sacerdote. Così si sviluppa in termini mistici fino alla trance, con entrata degli spiriti nella persona partecipante. Ed è interessante l'omologia rilevabile tra pentecostalismo cristiano e riti di possessione pagani. In entrambi i casi si verifica un fenomeno analogo. Infatti avviene che in virtù dello spirito penetrato nella persona danzante africana addetta al rito per guarire di propri mali, e altrettanto nel rito pentecostale, fra fedeli addetti al canto collettivo corale, la discesa dello spirito (qui è detto "spirito santo") contribuisce alla guarigione. Non solo: infatti sia qui che nel precedente caso, il guarito può guadagnare perfino la capacità di guarire altri, come autonomo ed esperto "guaritore" o "guaritrice".

Ci troviamo di fronte dunque, in entrambi i fenomeni, alla presenza d'una possibile guarigione di un paziente per effetto della propria partecipazione, scelta liberamente dal medesimo paziente, ad un culto religioso usualmente diretto da un sacerdote. Per di più in entrambi i casi si dà la possibilità, per il paziente, ch'egli guadagni, ossia apprenda i modi di offrire ad altri la guarigione di mali. Ed in ogni caso il potere guaritore proviene da una forza spirituale entrata nella persona iniziata mediante il culto religioso dedicato ad un'entità spirituale, ossia soprannaturale. Il fatto che i due casi ora qui discussi appartengano a culture enormemente diverse, e si basino su un principio che rivela l'omologica dedica ad un'entità di carattere spirituale e pertanto soprannaturale, si giustifica. Si tratta nei due casi di fenomeni che rientrano nei cosiddetti e già menzionati "processi e meccanismi endogeni di *autoguarigione*".

Oggi esiste un'infinita catena di movimenti neo-religiosi di origine esotica ma anche di origine cristiana occidentale; questi ultimi denominati "carismatici" ma tutti orientati a risolvere problemi di psicopatologia. Si tratta quindi di movimenti religiosi di tipo assolutamente psicoterapeutico, i quali sono un'ulteriore testimonianza della variabilità degli atteggiamenti e dei comportamenti nei confronti del male e della molteplicità dei modi di vivere i rapporti con la terapia e con la guarigione.

La diffusione dei neo-magismi nel ceto medio della società contemporanea rinforza l'apparato concettuale della magia originaria già propria del mondo contadino e nello stesso tempo lo arricchisce e lo complica, in quanto oggi, a differenza di quanto era avvenuto nel passato nel mondo contadino, l'esplosione di atteggiamenti favorevoli ad approcci alternativi, assume connotazioni molto poco rigide e assolute. In genere oggi le persone

non abbracciano in modo esclusivo un solo tipo di medicina, alternativa o convenzionale. Si verificano infatti fenomeni che vanno osservati nel loro complesso come fenomeni a carattere pluralistico o almeno dualista, a carattere ibrido. La stessa persona, la stessa famiglia che ordinariamente consulta il medico di famiglia per certi mali, per altri disturbi si rivolge invece all'omeopata, per altre questioni ancora va perfino dal mago o dal pranoterapista. La stessa persona dunque può accettare di conglomerare nella sua esperienza, a seconda delle occasioni, le più varie forme di cura, di terapia per risolvere al meglio le situazioni più diverse della sua vita o della sua famiglia.

Si verifica quel processo che è stato chiamato "creolizzazione" o "ibridazione", nel senso di "meticciamiento, mescolanza, miscuglio" di metodi, per effetto del quale sono molti coloro che praticano la biomedicina insieme ad una o a varie medicine alternative come pratiche terapeutiche. Si direbbe che sulla biomedicina, ritenuta l'unica forma ufficiale di cura, incombe una sorta di sfiducia o di sospetto, collegabile a nostro avviso, e a livello di persone adulte criticamente attente e polemiche, con le gravi mancanze nel campo del funzionamento e dell'organizzazione dei servizi sanitari da noi. Possono tuttavia aggiungersi altri fattori di discriminazione nella scelta fra biomedicina e terapie alternative. Per la gioventù abbiamo visto emergere fattori particolari e propri, volti con favore al richiamo verso terapie non scientifiche, anzi piuttosto religiose, o presentate come religiose. Vi sono casi speciali della società moderna in cui si sviluppano sensibili sintomi d'insicurezza, di squilibrio psico-sociale, e di timore o allarme. È quanto spontaneamente abbiamo trovato emergere nella condizione di alienazione di una parte consistente delle giovani generazioni del mondo borghese precisamente dagli anni '60. È l'età della droga, ma anche dell'affannosa ricerca di un guru, di un carismatico, o di un mago o d'una maga. E tutto ciò in funzione d'un aiuto di tipo psico-esistenziale, praticamente una cura psicoterapeutica.

A questo proposito abbiamo assistito verso gli anni '60 nel nostro paese, come in molti altri e in vari continenti, alla improvvisa apparizione di una ambivalente setta innovativa ad un tempo religiosa e insieme magico-sanitaria. Essa lanciava e proclamava una verità che voleva essere nuova, e portatrice di salute e di benessere. La sua tendenza fondamentale era di attrarre, lusingare, adescare i giovani. Anche molte altre sette di provenienza lontana, orientale o americana, vennero aggiungendosi a quella che riuscì ad affermarsi con un successo straordinario, precisamente conquistando, assoggettando, plagiando i giovani, resi accattoni del profeta. Era la setta, o propriamente la "Chiesa dell'Unificazione" fondata da Sun

Myung Moon, profeta coreano dal nome di “Sole e Luna”. Le numerose nuove sette si presentano e si vantano come aggregazioni create da un guru o profeta presunto carismatico, propagatrici di una dottrina insieme religiosa e vincitrice di tutti i mali che la società e la cultura del tempo, in profonda crisi, spande e innesta nell’umanità.

Non a caso Freud indicò la fase moderna, scientifica e tecnologica della nostra civiltà con la formula “disagio della civiltà”. Ed era ben intuito il disagio esistenziale che noi rileviamo ai tempi nostri specialmente diffuso tra le giovani generazioni, cercatrici di una salute o salvezza da acquisire tramite esperienze psico-mentali artificiali mediante la droga, o mediante ricorso a un detentore di carisma, da reperire nell’ambito di una nuova religione. Ma a noi dispiace di dover constatare che ovviamente in grande maggioranza le nuove sette che si dichiarano “religiose” diventano aziende affaristiche, industriali. Moon, il profeta della Chiesa dell’Unificazione, ha usato i suoi aderenti giovani nei vari centri urbani del mondo intero come accattoni, addetti obbligatoriamente alla “questua” per le strade della città, lui creandosi un patrimonio di immobili e aziende in vari paesi, una fabbrica di armi, ditte farmaceutiche in Corea, investimenti in USA e altrove, investimenti ingenti in California e nel territorio dello stato di New York. Non inutilmente si sono avuti molteplici casi di denuncia di plagio di giovani, da numerosi giornali e famiglie nel mondo. Ho riportato, nel mio lavoro su Moon (LANTERNARI V. 1977: 40-41), casi di fughe di giovani dalla famiglia per aderire alla setta moonista: e ciò nei più vari paesi. Citavo il fenomeno che indica la vita spesa dai giovani aderenti, nella questua in città, riuniti in comunità locali dirette da guide spirituali: vita parsimoniosa dormendo entro sacchi a pelo. Ma il profeta vive (almeno da fonti del 1977) da nababbo nella sua lussuosa residenza di East Garden a Tarrytown (N.Y.). Nel suo libro *Principi divini* (1957) rivela di avere da giovane ricevuto la visione di Gesù, il quale gli prescriveva di integrare lui la missione che egli stesso aveva lasciata incompleta.

Così abbiamo visto crescere in misura trionfale il movimento moonista, come un’autentica “multinazionale” della religione e degli affari, ossia una grande azienda di “religione industrializzata”. A Gesù, Moon stupidamente (direi pazzamente) rimprovera di non essersi sposato! Ed altro ancora. Ma c’è chi lo ritiene un carismatico!

Tra i vari movimenti d’ordine religioso-terapeutico del tipo di quello di Moon, che risulta il più noto, il più fortemente organizzato e il più ampiamente distribuito nel mondo, menzioniamo gli “Hare Krishna”, il Guru Bhagwan Rajneesh con gli “Arancioni”, la “Meditazione Trascendentale”

del Guru Maharishi, la “Missione della Luce Divina” del Guru Maharaj-Ji, il culto “Soka-Gakkai” in Giappone, oltre al “Jesus Movement” dei giovani americani, precedente ai su citati. Citiamo anche Scientologia (Scientology), omologa al moonismo come grande scuola di lavaggio del cervello per i giovani, raffinate scuole di “deprogrammazione”, cioè soppressione e cancellazione di ogni insegnamento ricevuto da casa, con un vero e proprio rapimento di figli e un metodico utilizzo dei fondi da essi sottratti alle proprie famiglie. Di questo genere di servizi o simili, troviamo vari esponenti (INTROVIGNE M. 1989: 19-21).

Come s'è indicato, dall'insieme delle sette sopra accennate risulta che tutte si presentano a duplice faccia: una religiosa e l'altra terapeutica. Esse espongono primariamente la componente religiosa, lanciata in pubblico dai loro creatori come la più nobile, cioè “spirituale”, e dalle masse di aderenti accolta – in parecchi casi purtroppo indegnamente – come sensibilmente affidabile. Secondariamente esse espongono la componente terapeutica, che le masse attualmente e psicologicamente accolgono come funzionale ed utile. Di fatto il doppio richiamo, religioso e terapeutico, conferisce al complesso d'ogni setta un potere particolarmente efficiente, virtualmente benefico e, anche grazie al forzoso neo-indottrinamento subito, dato per garantito.

Dopo tali sette o con esse, si è dato in Italia recentemente un caso ben diverso sebbene pur esso a duplice faccia, insieme religiosa e terapeutica. Il caso si presenta in modo originale e con caratteri eccezionali rispetto al grande successo ottenuto, e al tipo di protagonista predicatore-guaritore direttamente e ispiratamente impegnato in una propria missione di esorcizzatore di ogni male di qualsiasi seguace postulante. Perciò debbo segnalare che in questo caso la dimensione terapeutica si afferma decisamente come predominante, pur se alla mercé della dimensione rituale, che segue caratteri apertamente cristiani.

Parlo dunque del “caso Milingo”. Milingo (Emmanuel) proviene dallo Zambia (Africa centrale meridionale), già cattolico e nominato vescovo in patria. Da tempo aveva indetto un culto cattolico intriso di numerosi elementi e caratteri di tipo africano, già in grado di attrarre un numero immenso di fedeli accorrenti dai villaggi vicini o lontani più diversi, per le sue riunioni rituali. La sua speciale e spontanea notorietà stimolò dissenso e condanna da parte di autorità religiose locali. Perciò il Vaticano lo richiamò dall'Africa a Roma. Milingo venne in Italia e riuscì presto a farsi riconoscere come personalità carismatica capace di attrarre folle di fedeli suoi seguaci.

Milingo rappresenta un caso originale di africano che fonda un culto cristiano di guarigione, intessuto di moduli rituali e ideologici propri della tradizione africana, e che tuttavia proclama con forza la propria totale adesione alla chiesa cattolica. In ciò egli si distingue da quel ricco filone di personalità carismatiche africane le quali, nell'accettare il cristianesimo e diffondendo le loro chiese nuove in vario grado sincretizzate, imprimono ad esse un deciso carattere autonomo rispetto alle chiese storiche missionarie: per non parlare di quelle chiese che assunsero polemicamente (in età coloniale) l'appellativo di "separatiste". Tuttavia Milingo condivide con quella serie di profeti e personalità carismatiche, la tendenza a reinterpretare il cristianesimo in modi implicitamente "africani", sia nei contenuti dottrinali che in quelli liturgici e rituali.

Dalla sua forzosa migrazione tra noi a Roma, Milingo si è imposto come protagonista d'un processo socio-culturale e religioso senza precedenti nella storia europea. Con il richiamo travolgente che nell'intero nostro paese sortisce il suo nome e il culto da lui indetto, al quale affluiscono folle di pellegrini ogni volta da ogni città d'Italia, Milingo diviene il promotore di un cattolicesimo nel quale vengono fatte riaffiorare reviviscenze arcaicizzanti rimaste ordinariamente sopite nel fondo più riposto del "cattolicesimo popolare". E ciò avviene in virtù di precise omologie strutturali e ideologiche con certi nuclei propri della religiosità tradizionale africana. La credenza nella fattucchieria, nella stregoneria, l'ideologia del Diavolo, il complesso della possessione, i rituali esorcistici ne sono altrettante manifestazioni. Dunque con Milingo per la prima volta l'Africa religiosa subsahariana fa la sua apparizione in Europa, per fondersi con il cattolicesimo popolare. Essa d'altra parte trova eco e corrispondenza con l'ideologia del Satanismo ufficialmente e autonomamente rilanciata, con insistenza e con vigorosi richiami, dai più recenti pontefici. Così alcuni arcaici elementi di religiosità africana vengono ad omologarsi con corrispettivi tratti ideologici di fonte cristiana, e nella sua novità la miscela sincretica che ne deriva acquista una straordinaria efficacia proselitistica, presso il pubblico di una popolazione che cerca affannosamente, nella presente condizione di disagio psichico collettivo e di crisi morale e di sfiducia, nuovi e originali vie di salvezza.

In Italia Milingo ha intensificato ed esteso i contatti (già avviati fin dal periodo africano, avendo partecipato a una Conferenza carismatica ad Ann Arbor, USA, nel 1976) con il movimento cattolico nuovo detto carismatico, che gli offre supporto e apprezzamento. Preti regolari partecipano attivamente alle sue assemblee in veste ufficiale, collaborano al culto, lo accom-

pagnano nelle preghiere, scendono tra la folla per somministrare l'eucaristia e per ungere i postulanti a mo' di benedizione. Alcuni laici addetti, raccolgono offerte.

La nota saliente e caratterizzante del culto indetto da Milingo è data da quel rituale di guarigione ch'egli pratica in pubblico verso la massa di fedeli raccolti nel vasto spazio della chiesa (fino al gennaio 1986), poi nella sala adibita alle riunioni mensili (ogni primo lunedì del mese). In questo rituale l'osservatore riconosce l'espressione preminente del carisma da lui emanante e il nucleo primario del suo potere di attrazione. La predicazione ispirata, la recitazione di travolgenti invettive contro tutte le forze del male, il richiamo a passi biblici di efficacia drammatica suscitano un clima di accesa tensione partecipativa, incoraggia risposte corali a sue precise e provocatorie domande. Il sistema simbolico-religioso da lui messo in atto agisce con vigore incontenibile sulla psiche collettiva che ne risulta soggiogata. I fedeli tutti, anche per una interinfluenza che opera circolarmente dando forza e unità all'immaginario collettivo, riconoscono nel leader l'interprete salvifico, il paterno lenitore d'ogni sofferenza, il dominatore del male. Come leader carismatico, egli riassume in sé «il senso della missione, dell'autorità, della comunione con Dio».

Infatti egli vanta di avere ricevuto da Dio il "dono" di compiere miracoli di guarigione. E quando Milingo si spinge a negare che si tratti per lui di "carisma", ma afferma che si tratta di "potere", egli evidentemente intende escludere che sia in questione una "virtù umana" (carisma) per sottolineare che è in questione un "potere" divino: e ciò può essere un'operazione opportuna, onde evitare accuse di prevaricazione nei confronti del cattolicesimo ufficiale. Milingo insiste sulla propria esperienza di ispirazione e rapimento estatico.

Ne discende la fede in lui, da lui avvalorata ogni volta, circa la sua capacità di comunicare con il mondo degli spiriti ch'egli denomina *The World in Between*: ossia un mondo che è tramite fra uomini e Dio, tra lui e la divinità. Gli spiriti protettori e benevoli sono identificati a volte con gli spiriti dei morti antenati, secondo la tradizione africana, a volte – seguendo il modello cristiano – con gli angeli di tradizione biblica, o con i santi del cattolicesimo. Ma il mondo di spiriti è ambivalente: e gli spiriti maligni corrispondono secondo Milingo a potenze malefiche e d'altra parte corrispondono e si confondono con l'unitaria figura del Diavolo, secondo la rappresentazione biblica. Del resto il Diavolo stesso si frange, nelle allocuzioni di Milingo, in una molteplicità di esseri. Egli nomina distintamente entità demoniache quali Satana, Belzebù, Astaroth, Lucifero, ecc.



L'eredità africana in questo settore del mondo mentale di Milingo è viva, e determina un'ardua e discorde mistura o alternanza di idee. Se nell'insieme si guarda il culto da Milingo praticato in Italia nelle sue connessioni africane, non può non notarsi che esso ha in comune con le credenze e le pratiche della religione tradizionale africana, il fondo d'idee intorno a streghe e spiriti autori d'ogni sorta di male, l'ideologia della possessione da parte di spiriti – ed ora del diavolo – e le procedure di esorcizzazione tradizionalmente volte a scacciare le entità malefiche incumbenti sul paziente. E si noti che il pubblico degli astanti della funzione di Milingo nelle parole, nelle minacce, nelle grida del predicatore lanciate contro gli spiriti presenti e occupanti la persona dei malati, è indotto a sentire presente Satana nella sala. Tanto che sono molti i soggetti (specie donne) che entrano in crisi di possessione, totalmente in trance e mentalmente stravolti.

Si può dire che la procedura di cura adottata da Milingo comprende e distingue due fasi. La prima è inizialmente un "adorcismo", ossia una rituale chiamata degli spiriti malefici, seguita dal grido minaccioso della formula: "Via Satana, via gli spiriti maligni!!" con conseguente caduta in stato di possessione dei pazienti. La seconda è il vero esorcismo, praticato con una serie di tecniche magiche rasserenatrici, e superamento della possessione.

Da quanto si evince dalle molteplici osservazioni qui raccolte sul fenomeno Milingo, siamo in grado di collocare tale fenomeno nell'ambito dei già indicati "processi e meccanismi endogeni di *autoguarigione*". Di fatto i pazienti che militano nelle squadre dei fedeli di Milingo appaiono non già come scolari di un maestro di scuola bensì come liberi ed autonomi selezionatori di un soggetto detentore d'un potere mediatore d'ordine psicoterapeutico. Essi hanno scelto una strada medico-sanitaria o psicoterapeutica totalmente alternativa, rinnegando l'intera biomedicina come incapace di soccorrerli nel malessere oscuro ch'essi soffrono costantemente.

A questo punto, dopo avere constatato così numerose, diffuse e decise libere scelte "alternative" di comportamenti individuali e financo di massa in fatto di ricorso a criteri terapeutico-sanitari, soprattutto nel guardare con un certo sospetto, con dubbi e timori i servizi pubblici correnti, di medicina e sanità, diciamo che per spiegare il perché di tale condotta e di tali scelte individuali conviene fare alcune riflessioni.

L'avvento delle supertecnologie che ha condotto alla scoperta dell'energia nucleare, nello stesso tempo ha favorito la comprensione di gravi proble-

mi dell'ambiente e ha anche dato la possibilità di conoscere direttamente situazioni di alto rischio prima inesistenti o sconosciute, ad esempio la crisi dell'ambiente che ci circonda.

L'esistenza è messa a rischio dalle condizioni di vita della città, qualitativamente molto scadenti e pericolose per la salute fisica e psichica: basti pensare al problema del traffico, al problema del rumore, ma soprattutto all'opprimente inquinamento dell'aria con danno grave al respiro, al cuore, agli occhi.

Questa situazione determina sensazioni di insicurezza e di pericolo in quanto cresce sempre più la consapevolezza di essere a contatto in modo continuo e ripetitivo con situazioni che creano stress, rischiose per la salute fisica e per l'equilibrio mentale.

Anche la conoscenza ormai generalizzata della situazione di forte instabilità in cui versa il sistema sanitario ufficiale, di cui la medicina convenzionale è parte integrante, accompagnata dalla crisi della stessa medicina ufficiale soprattutto per quanto riguarda il rapporto tra medico e paziente, si possono considerare motivi capaci di giustificare scelte per medicine alternative.

In particolare la relazione tra medico e paziente è ancora profondamente influenzata e condizionata da una visione totalmente organicista, incapace di associare la dimensione fisica e quella psichica e di considerare l'organismo umano come un'unità olistica, fatto di soma e psiche insieme.

La medicina ufficiale moderna ancora oggi nella maggioranza dei casi, concepisce il corpo come staccato dalla psiche, mentre invece la cultura africana, ma anche la cultura popolare contadina degli anni '50, insegnano che psiche e corpo sono da considerarsi nel loro insieme, il che vuol dire che non c'è possibilità di sceverare problematiche riguardanti il corpo senza tenere conto contemporaneamente delle componenti psicologiche che poi determinano gli atteggiamenti che incidono naturalmente sul corpo.

Inoltre la parcellizzazione delle competenze (angiologia, reumatologia, ginecologia, ortopedia ecc.) non permette più al medico di considerare prima di tutto quello che diremmo il problema-sofferenza della persona: problema che viene trasmesso per competenza da uno specialista a un altro, di seguito, nella ricerca d'un motivo accettabile da porre alla base del sintomo dato: ciò non senza il ricorso alle varie e numerose analisi cliniche specialistiche, che troppo spesso si concludono in modo irrisolto. Infatti si dà molto spesso il caso che la persona in queste circostanze inizi a

percorrere la catena degli specialisti in una situazione di profonda solitudine, senza alcun supporto e senza una risposta soddisfacente. Questi i fenomeni aggravanti che hanno condotto tanta gente a scegliere strade alternative, grazie anche allo sviluppo e all'attenzione che le "altre medicine" negli ultimi anni hanno avuto.

La medicina deve tenere largo conto dei condizionamenti culturali e psicosociali del soggetto paziente, il quale va curato e ascoltato come entità complessa, fatta di vissuti, di valori e di significati, inserita in un contesto di formazione culturale, parentale e sociale (COSMACINI G. 1995).

È questa complessità che il medico deve acquisire e tenere in considerazione per poter scegliere la cura più appropriata per ogni singola persona e per poter facilitare l'intero processo di guarigione.

## Note

(\*) Il testo che qui si presenta costituisce una stesura della relazione orale tenuta a Roma il 26 aprile 1999 presso l'Istituto superiore di sanità, con il titolo *Le terapie non convenzionali: il punto di vista dell'antropologia culturale*, nell'ambito del Convegno "Efficacia degli interventi sanitari: paradigmi scientifici, terapie non convenzionali e libertà di cura".

## Bibliografia

- BENEDUCE Roberto (1998), *Etnopsichiatria: modelli di ricerca ed esperienze cliniche*, pp. 49-84, in LANTERNARI Vittorio - CIMINELLI Maria Luisa (curatori), *Medicina, magia, religione, valori. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, vol. II, Liguori, Napoli.
- BIBEAU Gilles (1998), *Come denominare le relazioni tra antropologia e psichiatria?*, pp. 45-48, in LANTERNARI Vittorio - CIMINELLI Maria Luisa (curatori), *Medicina, magia, religione, valori. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, vol. II, Liguori, Napoli.
- CASTIGLIONE Miriam (1981), *I professionisti dei sogni. Visioni e devozioni popolari nella cultura contadina meridionale*, Liguori, Napoli.
- COSMACINI Giorgio (1995), *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, Roma - Bari.
- 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.
- GIL José (1983), *Métamorphoses du corps*, La Différence, Paris.
- INTROVIGNE Massimo (1989), *Le nuove religioni*, Sugarco, Milano.
- LANTERNARI Vittorio (1977), *Crisi e ricerca d'identità. Folklore e dinamica culturale*, Liguori, Napoli.
- LANTERNARI Vittorio (1994a), *Medicina, magia, religione e valori*, vol. I, Liguori, Napoli.
- LANTERNARI Vittorio (1994b), *Dall'Africa in Italia: il culto esorcistico-terapeutico di Emmanuel Millingo*, pp. 271-297, in LANTERNARI Vittorio, *Medicina, magia, religione e valori*, vol. I, Liguori, Napoli.

LANTERNARI Vittorio (1998), *Dall'antropologia simbolica all'etnopsichiatria*, pp. 1-32, in LANTERNARI Vittorio - CIMINELLI Maria Luisa (curatori), *Medicina, magia, religione, valori.*, vol. II, Liguori, Napoli.

LAPLANTINE François (1983), *La maladie, la guérison et le sacré*, "Archives des Sciences Sociales des Religions", vol. 54, n. 1, 1983, pp. 69-76.

LONDON G. B. (curatore) (1976), *Social anthropology and Medicine*, Academic Press, London - New York - San Francisco.

PRINCE Raymond (1989), *Altered states of consciousness in religious ritual. Endogenous mechanisms in psychotherapy*, "Mental Health Research" (Seul, Korea), vol. VIII, 1989, pp. 13-25.

SEGY L. (1956), *L'attitude de l'Africain à l'égard de la maladie*, "Revue de Psychologie des Peuples", n. 3, 1956, pp. 283-296.

SCHÖDER E. (1983), *Siamo tutti guaritori. Una tipologia transculturale*, "Il Polso", n. 5, 1983.

## Scheda sull'Autore

Vittorio Lanternari è nato l'11 novembre 1918 a Chiaravalle (provincia di Ancona). Avviatosi all'Università degli studi di Bologna, Facoltà di lettere e filosofia – per scelta personalmente meditata –, nel 1937, vi svolse il I anno con gli esami richiesti, ma la promulgazione delle leggi "razziali" fasciste antiebraiche nel 1938, lo costrinse a sospendere il corso iniziato a causa del divieto imposto agli israeliti di praticare l'insegnamento nelle scuole pubbliche italiane. Sostituì forzatamente Lettere con Agraria e giunse alla laurea con lode. Caduto il regime fascista nel 1944 si reinscrisse alla Facoltà di lettere e filosofia dell'Università degli studi di Roma, essendosi già preparato per completare le tre annualità mancanti da Bologna per la laurea. La conseguì con lode a Roma nel 1946 discutendo una tesi di storia delle religioni come allievo del titolare della Cattedra di storia delle religioni, Raffaele Pettazzoni. Dopo un periodo di insegnamento subito avviato come incaricato di lettere classiche al liceo, poi di ruolo, come vincitore di concorso. Ma contemporaneamente egli si preparava per un altro concorso: quello indetto dalla cattedra universitaria di Raffaele Pettazzoni, per un assistente di Etnologia. Lo vinse nel 1951 ed ottenne la nomina da Alberto Carlo Blanc, incaricato di Etnologia nella Facoltà di lettere e filosofia, Università degli studi di Roma "La Sapienza". Nel 1958 ottiene la libera docenza in Storia delle religioni, e nel 1959 quella in Etnologia. Nel 1959 riceve l'incarico di Storia delle religioni nella Università degli studi di Bari, Facoltà di lettere e filosofia, e successivamente anche l'incarico di Etnologia: incarichi che ricopre fino al 1968, quando come vincitore di concorso, entra in ruolo come professore straordinario e poi ordinario di Etnologia, sempre a Bari, fino al 1972, anno in cui ottiene il trasferimento della sua cattedra di Etnologia alla Facoltà di magistero della Università degli studi di Roma, presso il Corso di laurea in sociologia. Tale insegnamento continua fino al 1989, quando va fuori ruolo, e prosegue attività didattica in corsi di perfezionamento, di dottorato, in seminari, nell'ambito della nuova Facoltà di

sociologia, Dipartimento omonimo. Ha tenuto un corso di *visiting professor* nel 1965 alla Columbia University di New York; nel 1973 e di nuovo nel 1978 a Città del Messico, presso l'Instituto nacional de antropología e historia. Nel 1984 ha svolto conferenze alla London School of Economics, alla Cambridge University (Department of anthropology), alla University of Manchester, al London University College. Nel 1985, su invito di F. Houtart, ha presentato una sua *lecture* all'Université de Louvain-la-Neuve. Dal 1988 è stato nominato *corresponding fellow* della British Academy. Nel 1989 ha presentato un suo contributo all'Universität Zürich, per invito di W. Burkert, insieme con Waardenburgh e W. Sullivan.

Ha ricevuto il Sigillo d'oro Città di Palermo 1990 del Premio internazionale di studi demo-etno-antropologici "Giuseppe Pitrè - Salvatore Salomone Marino".

Ha svolto ricerche etnologiche sul campo in Ghana.

Principali temi e problemi affrontati: movimenti socio-religiosi in prospettiva storico-etnologica e dinamista; dinamica socio-culturale fra società di tradizione orale e processi di trasformazione e d'incontro culturale; sviluppi del folklore tradizionale in Italia; problemi di scambio culturale nei processi di immigrazione; analisi e interpretazione di complessi mitico-rituali sia presso società tradizionali sia nel folklore occidentale; problemi teorici ed epistemologici legati alle concezioni della malattia e dei rapporti malattia/religione/valori presso le società tradizionali, in particolare nel confronto con la medicina convenzionale dell'Occidente.

Sue opere principali: *La grande festa*, I ediz., Il Saggiatore, Milano, 1959, nuova ediz. Dedalo, Bari, 1976 (ristampa 1983), *Movimenti religiosi di libertà e di salvezza dei popoli oppressi*, Feltrinelli, Milano, 1960 tradotto in U.S.A., Gran Bretagna, Francia, Spagna, Portogallo, Ungheria, Germania, Giappone. Seguono i volumi: *Occidente e Terzo Mondo*, Bari, 1968, II ediz. 1973, tradotto in spagnolo; *Antropologia e imperialismo e altri saggi*, Einaudi, Torino, 1974; *Crisi e ricerca d'identità*, Liguori, Napoli, 1977, con varie ristampe; *L'incivilimento dei barbari*, Dedalo, Bari, 1983; *Festa Carisma Apocalisse*, Sellerio, Palermo, 1983; *Preistoria e Folklore. Tradizioni etnografiche e religiose della Sardegna*, Sassari, 1984; *Dei, profeti, contadin. Incontri nel Ghana*, Liguori, Napoli, 1988; *Medicina, magia, religione, valori*, Liguori, Napoli, 1994, seguita dal II volume, sottotitolo *Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, curato con Maria Luisa Ciminelli, 1998. Del 1990 è il volume, con I. Dignatici, *Una cultura in movimento. Immigrazione e integrazione a Fiorano Modenese*, Bari. Del 1997 sono la riedizione de *L'incivilimento dei barbari*, con ampliamento: *Identità, migrazioni e neorazzismo*, e il volume *La mia alleanza con Ernesto de Martino*, Liguori, Napoli. Sono del 1999 tre contributi (*Droga, Festa, Esorcismo*) nell'Enciclopedia *L'Universo del corpo*. Il più recente lavoro: *Ecoantropologia. Dall'ingerenza ecologica alla svolta etico-culturale*, Dedalo, Bari, 2003, opera vincitrice del "Premio Costantino Nigra 2003". Dello stesso anno la nuova edizione (Editori Riuniti) di *Movimenti religiosi di libertà e di salvezza [dei popoli oppressi]*. Nel 2004 la

riedizione (Dedalo) riveduta, con nuova introduzione di Edoardo Sanguineti, de *La grande festa*.

Ha collaborato con le voci *Messia, Millennio, Sogno, Sensi*, alla *Enciclopedia Einaudi*.

Ha redatto le voci *Etnologia, Antropologia culturale*, nell'*Enciclopedia Italiana (Treccani)*, aggiornamenti 1978, e ha redatto la voce *Messianismo* nell'*Appendice 2000* della medesima enciclopedia.

Ha svolto collaborazioni con periodici stranieri come "Archives de Sciences Sociales des Religions", "Current Anthropology", "Comparative Studies in Society and History".

## Riassunto

### *Terapie non convenzionali e pluralità di scelte terapeutiche*

Il saggio riassume sinteticamente e criticamente alcuni mutamenti del mondo medico d'Italia dagli anni '60 (del '900) ad oggi, ossia il passaggio – da noi – dalla "cultura contadina" alla "cultura industriale" fino a quella "tecnologica". Anzitutto viene rimarcata l'improvvisa esplosione, dagli anni '60, di pratiche terapeutiche nuove, importate specialmente dall'Oriente con guaritori esterni (Filippini, etc.): pratiche diffuse, grazie specialmente alla TV, sommariamente come "alternative", in sostituzione o mescolate con le pratiche "ufficiali" di base scientifica, date ufficialmente come uniche valide. D'altra parte si riconosce il continuo impiego di pratiche di magia arcaiche, tuttora vigenti in ambiente rurale e nel Sud in generale. Il magismo resta come fenomeno rilevante già dagli anni '50, cioè da quando Ernesto de Martino lo studia approfonditamente e ne presenta la sua applicazione nel rito del tarantismo e nelle più varie pratiche magiche d'ordine terapeutico. Il tarantismo è un tipico rito femminile di danza sacra e terapeutica, che si svolge nella cappella di Galatina nella giornata di San Paolo (assunto come guaritore da turbe psichiche e mentali). Spesso le pazienti donne provenienti dai più vari paesi, nel corso della danza giungono alla condizione di trance e dichiarano di avvertire un miglioramento fisico.

Fra le tante terapie individuali date da antiche tradizioni, ma di significato "alternativo" e basate su radici religiose, si passa a presentare come particolarmente importante, impegnativo e positivo, il Pentecostalismo: chiaro culto cristiano di fondamento e di esperienza mistica, legato al culto dello "Spirito". Lo "Spirito" ha il potere di penetrare nella persona del fedele quando egli si unisce alla comunità nel rito celebrativo, che è esaltante col suo emozionale canto corale, che induce sul paziente fedele il fenomeno della glossolalia, cioè del "parlare lingue" (lingua dello Spirito).

A questo punto viene azzardato un collegamento del Pentecostalismo mistico implicante la condizione di "possessione" della persona, con il rito diffusissimo in Africa, della

“possessione” religiosa, pur essa praticata in funzione psicoterapeutica per donne. Infatti stati di trance vengono indotti sulle pazienti che danzano tumultuosamente e con coinvolgimento. Il confronto tra i due rituali, uno cristiano l’altro “pagano”, consente alcune omologie di forme e di effetti. Il fondamento mistico-spirituale nel rito cristiano si avvale, come sua differenza, di un tono d’ordine estetico, prodotto dalla componente del canto corale, sempre di notevole efficacia emotiva ed esaltante.

Molti altri tipi di manifestazioni religiose caricatesi di una fondamentale efficacia terapeutica, soprattutto sul piano spirituale o psichico, vengono ricordate nel saggio. Menzioniamo la grande ondata di sette orientali portate in Italia ad opera di certi “apostoli” ordinariamente venienti a loro volta dagli USA, specialmente dalla California, ricca di profeti ispirati dall’Oriente estremo e ivi fermatisi per piazzarsi da una centrale che irradia a livello mondiale le nuove “verità”, decantate misticamente come salvifiche e guaritrici d’ogni sofferenza. Al collettivo “disagio della (nuova) civiltà”, come diceva Freud, si deve soccorrere mediante potenti rimedi. E non v’è miglior rimedio che quello indotto dalla religione e dalla magia. Ecco dunque le nuove magie, che si appropriano di termini fintamente scientifici; ecco poi i nuovi culti carismatici, i nuovi predicatori i profeti-guaritori, ed ecco perfino l’eccezionale esorcista africano, Milingo, che si adopra con grande successo ad esorcizzare i più vari pazienti toccati dall’intervento di Satana, secondo lui. E avviene che un culto nuovo viene creato in Italia dall’africano, subito accolto da folle di seguaci come salvatore-guaritore, anzi, miracolista.

## Résumé

### *Thérapies non conventionnelles et pluralité de choix thérapeutiques*

L’essai est à la fois une synthèse et une critique de certains processus de développement et de changements intervenus en Italie dans le domaine médecine-santé des années 60 (XX<sup>e</sup> siècle) à nos jours, c’est-à-dire le passage – dans la péninsule – de la culture paysanne à la culture industrielle pour aboutir à la culture “technologique”. L’accent est mis sur l’explosion soudaine, à partir des années 60, de pratiques thérapeutiques nouvelles, essentiellement importées de l’Orient, avec des guérisseurs externes (Philippines etc.), pratiques qui se sont répandues, notamment grâce à la TV, sous le terme récapitulatif d’ “alternatives”, à la place ou associées à des “pratiques officielles” à base scientifique, déclarées publiquement comme les seules valables. L’Auteur reconnaît d’ailleurs le recours ininterrompu à des pratiques archaïques de magie, encore en vigueur dans les campagnes et, d’une manière générale, au sud de la péninsule. Le magisme devient un phénomène important dès les années 50, c’est-à-dire depuis le moment où Ernesto de Martino en

fait une étude approfondie et en présente l'application dans le rite du tarantisme et dans les pratiques magiques les plus diverses d'ordre thérapeutique. Le tarantisme est un rite féminin typique de danse sacrée et thérapeutique qui se déroule dans la chapelle de Galatina, le jour de Saint Paul (élevé au rang de guérisseur des troubles psychiques et mentaux). Il n'est pas rare qu'au cours de la danse les patientes, qui proviennent des pays les plus divers, entrent dans un état de transe et déclarent ressentir un mieux-être physique.

Parmi les nombreuses thérapies individuelles, issues de traditions anciennes mais dotées d'un sens "alternatif" et basées sur des racines religieuses, l'Auteur en présente une particulièrement importante, absorbante et positive, le Pentecostalisme, culte d'origine éminemment chrétienne et d'expérience mystique, fidèle à l'"Esprit". L'"Esprit" a le pouvoir de pénétrer la personne du fidèle lorsqu'il s'unit à la communauté au cours du rite de célébration, un rite exaltant par son chant choral lourd d'émotion, provoquant chez le patient-fidèle un phénomène de glossolalie, c'est-à-dire qu'il devient capable de «parler des langues» (langue de l'Esprit).

L'Auteur risque alors un rapprochement entre le Pentecostalisme mystique, impliquant l'état de "possession" de la personne, et le rite très répandu en Afrique de la "possession" religieuse, elle aussi pratiquée sur les femmes à des fins psychothérapeutiques. En effet, des états de transe sont induits chez les patientes qui dansent tumultueusement en participant activement au rite. La comparaison entre ces deux rituels – l'un chrétien, l'autre païen – permet quelques homologues de formes et d'effets. Le fondement mystico-spirituel du rite chrétien se différencie par le recours à un ton de nature esthétique, produit par l'élément choral, toujours très efficace au plan émotionnel et fort exaltant.

De nombreux autres types de manifestations religieuses, qui se sont chargées d'une efficacité thérapeutique fondamentale, notamment au plan spirituel ou psychique, sont évoqués dans cet essai. Rappelons la grande vague de sectes orientales introduites en Italie par certains "apôtres", venus à leur tour des USA, en particulier de Californie, riche en prophètes inspirés par l'Orient extrême et qui s'y sont arrêtés pour s'implanter et irradier dans le monde, à partir de ce point central, les nouvelles "vérités" qualifiées mystiquement de salvatrices et guérisseuses de toute souffrance. Au "malaise" collectif de la (nouvelle) civilisation", comme le disait Freud, il faut apporter de puissants remèdes. Or, il n'est pas de meilleur remède que celui qu'induisent la religion et la magie. D'où les nouvelles magies qui s'approprient de termes faussement scientifiques; les nouveaux cultes charismatiques, les nouveaux prédicateurs, les prophètes guérisseurs et même l'exceptionnel exorciste africain, Milingo, qui s'emploie avec succès à exorciser toutes sortes de patients victimes, selon lui, de l'action de Satan. Et c'est ainsi qu'un nouveau culte est créé en Italie par cet Africain, aussitôt accueilli par une foule de fidèles comme sauveur-guérisseur, et pourquoi pas, comme auteur de miracles.



## Resumen

### *Terapias no convencionales y pluralidad de opciones terapéuticas*

El ensayo resume sintética y críticamente el proceso de desarrollo y cambio que se ha producido en el mundo médico en Italia desde los años 60 (del 900) hasta la fecha, a saber el paso – en Italia – desde la “cultura campesina” a la “cultura industrial”, hasta la “tecnológica”. Ante todo se destaca la imprevista explosión, en los años 60, de prácticas terapéuticas nuevas, importadas sobre todo de Oriente con curanderos extranjeros (Filipinos, etc.): prácticas que se difundieron, sobre todo gracias a la televisión, con el término general de “alternativas”, sustituyendo o mezclándose con las prácticas “oficiales” de base científica, que se daban oficialmente como las únicas válidas. Por otro lado, se reconoce la continua utilización de prácticas de magia arcaicas, que siguen estando vigentes en medios rurales y en el sur del país en general. El magismo es un fenómeno destacado a partir de los años 50, a saber desde cuando Ernesto de Martino lo estudia en profundidad y presenta su aplicación en el rito del “tarantismo” y en el sinfín de prácticas mágicas de tipo terapéutico. El “tarantismo” es un típico rito femenino de danza sagrada y terapéutica, que se celebra en la capilla de Galatina el día de S. Pablo (el santo que se dice cura de trastornos síquicos y mentales). A menudo las pacientes, mujeres procedentes de diversos países, durante la danza alcanzan la condición de “trance” y declaran percibir una mejora física.

Entre las muchas terapias individuales que proceden de tradiciones antiguas, pero con un significado “alternativo” y basadas en raíces religiosas, se pasa a presentar como especialmente importante, comprometido y positivo, el “Pentecostalismo”: un evidente culto cristiano de fundamento y experiencia mística, ligado al culto del “Espíritu”. El “Espíritu” tiene el poder de penetrar en la persona del fiel cuando el mismo se une a la comunicad en el rito celebrativo, que resulta exaltante con su emocional canto coral, que induce en el paciente fiel el fenómeno de la glossolalia, a saber “hablar idiomas” (idioma del Espíritu).

A este punto se aventura un nexo entre el Pentecostalismo místico, que implica la condición de “posesión” de la persona, y el rito, muy popular en África, de la “posesión” religiosa, practicada con una función sicoterapéutica para mujeres: se inducen estados de “trance” en las pacientes que danzan tumultuosamente y con gran implicación. La comparación entre ambos ritos, uno cristiano y el otro pagano, permite realizar algunas homologías de formas y efectos. El fundamento místico y espiritual del rito cristiano se beneficia, como diferencia propia, de un tono de orden estético, producido por el componente del canto coral, siempre de gran eficacia emocional y exaltante.

En el ensayo se mencionan muchos otros tipos de manifestaciones religiosas a las que se atribuye una gran eficacia terapéutica, sobre todo a nivel espiritual o síquico. Entre otras, la gran oleada de sectas orientales llevadas a Italia por ciertos “apóstoles” procedentes de los Estados Unidos, y especialmente de California, rica en profetas

inspirados por el Oriente extremo y que se detuvieron allí para colocarse desde una central que emana a nivel mundial las nuevas “verdades”, ensalzadas místicamente como salvadoras y sanadoras de todo sufrimiento. El colectivo “malestar de la (nueva) civilización”, como decía Freud, ha de socorrerse mediante remedios potentes. Y no existe un remedio mejor que el inducido por la religión y la magia. De ahí se desprenden las nuevas magias, que se apoderan de términos falsamente científicos; de ahí, los nuevos cultos carismáticos, los nuevos predicadores, los profetas-curanderos, e incluso el extraordinario exorcista africano, Milingo, que se consagra con éxito a exorcizar los más diversos pacientes afectados por la intervención de Satanás, en su opinión. Y sucede que en Italia surge un nuevo culto por obra del africano, inmediatamente acogido por muchedumbres de seguidores como salvador-curandero, es más milagrista.

## Abstract

### *Non-conventional therapies and the range of therapeutic options*

The paper concisely and critically summarizes the development and changes which have taken place in the welfare and health sectors in Italy from the Sixties (in the 20<sup>th</sup> century) until today. This timeframe embraces the shift from the so-called “*cultura contadina*”, the peasant culture, to the “industrial culture” on to the present “technological” culture. To begin with, during the Sixties there was a sudden boom of new therapies frequently imported from the East with external healers (Filipinos and so on): such practices became especially widespread on account of television and became popular “alternative” practices replacing, or used jointly with, “official” scientifically-based medicine which, publicly, was the only valid therapy. On the other hand, archaic magical rituals were still performed in the South and in rural areas. Resorting to witchdoctors had become widespread in the Fifties, from the time when Ernesto de Martino carefully researched the practices and showed their application in the *tarantismo* rite and in an array of magical rituals practiced for therapeutic purposes. *Tarantismo* is a typical female ritual which evolves round sacred dances and is performed in the Galatina Chapel on the day of St. Paul (who is seen as the healer of mental diseases and disorders). Frequently, the female patients come from far flung townships and villages and are induced into a trance-like state by dancing which they are reported to say is physically beneficial.

One of the many individual therapies arising from traditional practices, albeit with an “alternative” meaning and religious roots, is Pentecostalism, a particularly important, positive and all-embracing cult. Pentecostalism is undoubtedly a Christian cult rooted in mysticism and dedicated to the worship of the “Spirit”. The “Spirit” has the power to penetrate the being of the devotee when the community is gathered together to celebrate the rite with choral chants; this is an exalting experience and has the power to

induce committed patients to “speak in tongues”, also known as glossolalia (the language of the Spirit).

At this point the Author theorizes about a connection between mystical Pentecostalism, which implies that a person is “possessed”, and the rite of religious “possession” that is widespread in Africa, and once again is practiced as psychotherapy for women. Indeed, trance-like states are induced in women patients who are induced to dance with passion and abandon. The comparison between the two rites, one Christian and one pagan, reveals several homologies in terms of form and effect. The mystical-spiritual foundation of the Christian rite stands out on account of an aesthetic element, the choral singing and chanting, which is invariably exalting and highly effective at an emotional level.

Numerous other religious manifestations, especially those which are recognised as having fundamental therapeutic efficacy on the spiritual or psychological level, are mentioned in the paper. To this purpose, the multitudes of oriental religious sects are worth remembering. The new worships were brought to Italy by so-called “apostles” who usually came from the USA, and especially California, the homeland of choice of numerous prophets inspired by Far Eastern faiths; from there they irradiated the entire world with their new “truths” which they mystically represented as having the ability to save and heal mankind from all ills and suffering. As Freud said, the collective “distress of (new) society” must be relieved by using potent remedies. And there is no better remedy than that provided by religion and magic. Accordingly, the new magic adopts phoney scientific words; new charismatic cults, new preachers and prophet healers appear on the scene, among whom the extraordinary African exorcist Milingo who successfully cast Satan out of numerous patients, or so he alleged. And without delay the new cult is created in Italy by the African preacher, who immediately collected a host of followers who hailed him as a saviour-healer or better miracle-maker.

## Appendice.

### ***Bibliografia dei contributi di Vittorio Lanternari all'antropologia medica e all'etnopsichiatria***

In appendice al saggio qui presentato abbiamo selezionato con l'aiuto dello stesso Autore, fra le sue tante pubblicazioni, quelle in cui Vittorio Lanternari è venuto affrontando sin dal 1966 tematiche connesse all'antropologia medica o all'etnopsichiatria: ne proponiamo l'elenco ai nostri lettori sia per l'interesse dei lavori censiti sia come affettuoso omaggio nei confronti di uno studioso che ha largamente contribuito alla ripresa, in Italia, dell'interesse per le questioni alle quali è dedicata questa rivista, del cui Comitato scientifico – in quanto membro del Consiglio direttivo della SIAM – è stato sin dall'inizio autorevole componente.

La Rivista

#### 1.

*Introduzione. Il sogno e il suo valore culturale dalle società arcaiche alla società moderna*, pp. v-xxxix, in AA. Vv., *Il sogno e le civiltà umane*, nota introduttiva di Clara GALLINI, Laterza, Bari, 1966, xl + 259 pp.

#### 2.

*Religioni e riti magici indiani nell'America Meridionale*, recensione a MÉTRAUX Alfred, *Il vodu haitiano* [traduz. dal francese di Adriano SPATOLA, Einaudi, Torino, 1971, 384 pp., ediz. orig.: *Le vaudou haïtien*, Gallimard, Paris, 1958, 357 pp.], "Paese Sera" (Roma), rubrica "Libri", 5 maggio 1972.

#### 3.

*Antropologia del sogno*, pp. 139-190, in LANTERNARI Vittorio, *Antropologia e imperialismo e altri saggi*, Einaudi, Torino, 1974, xi + 410 pp.

*Nota: la parte (a) del saggio, e cioè le pp. 139-163, è stata precedentemente pubblicata come Introduzione. Il sogno e il suo valore culturale dalle società arcaiche alla società moderna, alle pp. v-xxxix, in AA. Vv., Il sogno e le civiltà umane (vedi sk 1).*

#### 4.

*Crisi e ricerca d'identità. Folklore e dinamica culturale*, II ediz., Liguori, Napoli, 1977, 246 pp. / in particolare: cap. IV. *Folklore magico-religioso borghese. Movimenti carismatici*, pp. 122-150; cap. V. *Folklore magico-religioso borghese. Ritorno al mondo magi-*

co, pp. 151-158 [I ediz.: *Folklore e dinamica culturale. Crisi e ricerca di identità*, Liguori, Napoli, 1976, 246 pp.].

5.

in collaborazione con FRIGHI Luigi, *Ricerca etnopsichiatrica in alcune religioni di guarigione nel Ghana*, "Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali", vol. 102, n. 6, 1978, pp. 1491-1525.

6.

*Dreams and visions from the spiritual churches of Ghana*, "Paideuma" n. 24, 1978, pp. 85-102.

7.

*Sogno/Visione*, pp. 94-126, in *Enciclopedia*, 16 voll., vol. XIII, Einaudi, Torino, 1981, 994 pp., 24 tavv. f.t.

8.

*Introduzione*, pp. 9-17, in CASTIGLIONE Miriam, *I professionisti dei sogni. Visioni e devozioni popolari nella cultura contadina meridionale*, Liguori, Napoli, 1981, 172 pp.

9.

*Le terapie carismatiche. Medicina popolare e scienza moderna*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari" (Brescia), n. 8, ottobre 1983 (numero dedicato a *La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPPILLI), pp. 83-90.

10.

*Intervista a V. Lanternari*, pp. 168-174, in GIOVETTI Paola (curatore), *I guaritori di campagna tra magia e medicina*, Edizioni Mediterranee, Roma, 1984, 192 pp., 16 tavv. f.t.

11.

*Psichiatria e antropologia: un raccordo indispensabile*, "Atti e Memorie dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria" (Roma), vol. IV, n. 3, 1985, pp. 125-138.

12.

*"Ernesto de Martino? ... Meglio un americano". Noterelle sul rito*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari" (Brescia), n. 13, aprile 1986 (numero dedicato a *Ernesto de Martino. La ricerca e i suoi percorsi*, a cura di Clara GALLINI), pp. 15-22.

13.

*Medicina, magia, religione. Dalla cultura popolare alle società tradizionali*, Libreria Internazionale Esedra, Roma, 1987, 183 pp.

14.

*Religion et thérapie dans les nouvelles sectes charismatiques*, "Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie" (Grenoble), n. 7, 1987, pp. 95-111.

15.

*Dall'Africa in Italia. Il culto esorcistico-terapeutico di Emmanuel Milingo*, "Studi e Materiali di Storia delle Religioni" (Roma), vol. 54 dalla fondazione, n.s., vol. XII, n. 2, 1988, pp. 327-348.

*Nota: vedi anche sk 35.*

16.

*Dèi, profeti, contadini. Incontri nel Ghana*, Liguori, Napoli, 1988, 263 pp. / in particolare: cap. XVII. *Le chiese spirituali*, pp. 193-220, e cap. XVIII. *Un carismatico... professore d'università ad Accra*, pp. 221-229.

17.

*Luce sullo sciamano*, recensione a MASTROMATTEI Romano, *La terra reale. Dèi, spiriti, uomini in Nepal* [con contributi di Francesco GIANNATTASIO e Giorgio VILLA, Valerio Levi Editore, Roma, 1988, 230 pp.], "L'Indice" (Torino), n. 5, 1989, pp. 39-49.

18.

*La logica dei rapporti tra medicina e valori nelle società tribali*, pp. 76-124, in MARAZZI Antonio (curatore), *Antropologia: tendenze contemporanee. Scritti in onore di Bernardo Bernardi*, Hoepli, Milano, 1989, 312 pp.

19.

*I curatori di anime*, pp. 105-110, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano, 1989, 220 pp.

20.

*Verità e finzione, solennità e gioco nei rituali terapeutici di possessione*, pp. 117-141, in BARTOCCI Goffredo (curatore), *Psicopatologia, cultura e pensiero magico*, Liguori, Napoli, 1990, XII+ 551 pp.

21.

*Da Ernesto de Martino a Michele Riso. Nota su Sortilegio e delirio di Riso e Böker*, pp. 9-20, in RISSO Michele - BÖKER Wolfgang, *Sortilegio e delirio. Psicopatologia del-*

*l'emigrazione in prospettiva transculturale*, a cura di Vittorio LANTERNARI - Virginia DE MICCO - Giuseppe CARDAMONE, Liguori, Napoli, 1992, 212 pp. [II ediz.: pp. 11-22, Liguori, Napoli, 2000, 198 pp.].

22.

*Medicina, magia, religione e valori*, vol. I, Liguori, Napoli, 1994, 312 pp.

23.

*Le terapie rituali dei sistemi medici in società tribali. Significati e valori*, "Religioni e Società. Rivista di scienze sociali della religione" (Firenze - Torino), vol. IX, n. 19, maggio-agosto 1994 (numero dedicato a *Le culture della salute: terapeutica e religiosa*), pp. 14-29.

24.

*Médecine, magie, religion, valeurs*, L'Harmattan, Paris, 1994, 326 pp.

25.

*Religione, malattia, guarigione*, pp. 50-67, in AA.Vv., *Lezioni scelte*, Università di Castel Sant'Angelo, L.P.S., Roma, 1995.

26.

*Tarantismo: dal medico neo-positivista all'antropologo, alla etnopsichiatria di oggi*, "Storia, Antropologia e Scienze del Linguaggio" (Roma), anno X, fasc. 3, settembre-dicembre 1995, pp. 67-92.

*Nota*: versioni lievemente modificate di questo lavoro sono indicate alle sk 32 e 33.

27.

*Quali terapie contro il "disagio della civiltà"?*, pp. 93-123, in DONGHI Pino (curatore), *Il sapere della guarigione*, Laterza, Roma - Bari, 1996, 164 pp.

28.

*Il rapporto implicito religione/terapia. L'ambivalenza del rito tra crisi e guarigione*, "Quaderni di Storia, Antropologia e Scienze del Linguaggio" (Roma), anno XI, fasc. 3, settembre-dicembre 1996, pp. 159-174.

29.

*Le medicine alternative*, "Prometeo. Rivista trimestrale di scienze e storia" (Milano), n. 15, 1997, pp. 98-107.

30.

*La mia alleanza con Ernesto de Martino*, pp. 91-104, in GALLINI Clara - MASSENZIO

**Marcello (curatori)**, *Ernesto de Martino nella cultura europea*, Liguori, Napoli, 1997, XII + 386 pp.

31.

*La mia alleanza con Ernesto de Martino e altri saggi*, Liguori, Napoli, 1997, XII + 235 pp. / in particolare: passim e cap. XII. *Tarantismo rivisitato e ripensato. Dalla "psicosi collettiva" alla antropologia simbolica, alla etnopsichiatria*, pp. 217-235.

32.

*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, 1997, XII + 235 pp.

*Nota: versione lievemente modificata della pubblicazione sk 26 (vedi anche sk 33).*

33.

*Il tarantismo rivisitato dopo de Martino, e ripensato in chiave etnopsichiatrica*, pp. 141-162, in LANTERNARI Vittorio, *Antropologia religiosa. Etnologia, storia, folklore*, Dedalo, Bari, 1997, 372 pp.

*Nota: versione lievemente modificata delle pubblicazioni sk 26 e 32.*

34.

*Sincretismo. Un ripensamento in chiave transculturale*, pp. 79-120, in COTTINI PETRUCCI Valeria - CURATOLA Marco (curatori), *Tradizione e sincretismo. Saggi in onore di Ernesta Cerulli*, Le Balze, Montepulciano, 1998, 316 pp.

35.

*From Africa to Italy. The exorcistic and therapeutic cult of Emmanuel Milingo*, pp. 263-283, in CLARKE Peter B. (curatore), *New trends and developments in African religions*, Greenwood Press, Westport - London, 1998.

*Nota: vedi anche sk 15.*

36.

**In collaborazione con CIMINELLI Maria Luisa**, *Medicina, magia, religione, valori*, vol. II. *Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori, Napoli, 1998, x + 452 pp.

37.

*La guarigione e il rito*, **recensione a GALLINI Clara**, *Il miracolo e la sua prova. Un etnologo a Lourdes* [Liguori, Napoli, 1998, XII + 275 pp.], "L'Indice" (Torino), n. 2, 1999, p. 97.



38.

*Dal tarantismo alla Madonna di Lourdes: vecchie teorie, nuovi saperi*, "Prometeo. Rivista trimestrale di scienze e storia" (Milano), 1999, n. 68, pp. 29-37.

39.

*Droga*, pp. 268-276, in *L'universo del corpo*, vol. III, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma, 1999.

40.

*Esorcismo*, pp. 409-412, in *L'universo del corpo*, vol. IV, appendice VI, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma, 1999.

41.

*Tarantismo. Vecchie teorie, nuovi saperi*, pp. 119-134, in DI MITRI Gino L. (curatore), *Quarant'anni dopo de Martino. Atti del Convegno internazionale di studi sul tarantismo. Galatina 24-25 ottobre 1999*, 2 voll., vol. I, Besa, Nardò [provincia di Lecce], 2000, xviii+ 217 pp.

42.

*Terapie non convenzionali e pluralità di scelte terapeutiche*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", n. 15-16, ottobre 2003 [2005], pp. 53-75.



## TáΨunaikeià \*

### *Il sangue femminile tra medicina antica e tragedia*

Giampiero Volpe

laureando in lettere (indirizzo demo-etno-antropologico) presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza"

αὐτὴν ἄκαφεϊ +ύουσα +ἠλυὸ ἀψενὰδ

(Euripide, *Ifigenia in Tauride*, v. 621)

Presso molte società per le quali esistono dei resoconti etnografici, gli antropologi hanno rilevato l'esistenza di un collegamento più o meno evidente tra concezioni relative alla struttura corporea, a quella del cosmo, all'organizzazione politica e ai valori che la rispecchiano. Anche se apparentemente prive di fondamento scientifico, tali "teorie indigene" si sforzano di elaborare un sistema esplicativo generale che renda conto, in maniera coerente, dei fenomeni osservabili e che giustifichi le norme sociali e i valori condivisi. Scrive in proposito Françoise Héritier che «l'esistenza di senso è l'esistenza fondamentale di ogni sistema ideologico e deve rendere conto, come di tutto il resto, anche dei fatti elementari di ordine puramente fisiologico» (HÉRITIER F. 2002a [1978, 1996]: 46)<sup>(1)</sup>.

Come vedremo nelle pagine seguenti è possibile riscontrare simili relazioni anche nel pensiero dei medici greci, autori dei trattati del *Corpus hippocraticum*. In questo senso, anzi, lo sguardo esercitato dell'antropologo può fornire un contributo fondamentale per l'analisi della medicina greca dell'antichità. Ciò è vero, in particolare, in una congiuntura in cui le più recenti riflessioni intorno a questo argomento propendono per un progressivo abbandono di dicotomie rivelatesi euristicamente sterili e tendenziose (tra cui spicca la distinzione, divenuta canonica, tra una scuola medica di Cos e una di Cnido) e in cui vecchi "programmi di ricerca" stanno progressivamente segnando il passo (KING H. 1998: 61-67). Tutto questo rende la storia della medicina antica più permeabile alle infiltrazioni dei contributi di altre discipline, in particolare dell'antropologia della malattia. Ciò accade *a fortiori* per l'argomento che abbiamo scelto di affrontare, i

trattati del *Corpus hippocraticum* sulle malattie femminili: un soggetto sul quale i vecchi preconcetti sulla razionalità dei testi ippocratici hanno pesato più che mai, pregiudicando a lungo l'atteggiamento degli studiosi della scienza greca, che ad esso si accostavano (DEAN-JONES L. 1994: 1-3, VON STADEN H. 1991: 42-43).

Nel presente articolo ci occuperemo del senso che i medici ippocratici attribuivano alle malattie specificamente femminili, o *gynaikeia*, nei termini dei nostri autori. Il termine *gynaikeia* può essere tradotto letteralmente “le cose delle donne”: in effetti, nell'accezione ippocratica esso individua genericamente i genitali femminili, le mestruazioni, le malattie che affliggono le donne e le terapie contro tali malattie (KING H. 1998: 23, DEMAND N. 1994: 4).

Ciò detto, sarebbe improprio definire “ginecologi”, nel senso che diamo oggi a questo termine, quei medici greci che scrissero i trattati del *Corpus hippocraticum* dedicati alle malattie delle donne, come *Natura della donna* e i tre libri di *Malattie delle donne*. Costoro, infatti, pur localizzando nei genitali femminili la maggioranza dei disturbi che affliggevano solitamente le loro pazienti, ritenevano che essi interessassero l'intero corpo dell'ammalata e non soltanto le condizioni dei loro organi genitali<sup>(2)</sup>. Pertanto, quando nel seguito utilizzeremo termini come “ginecologia” e simili in riferimento all'arte degli autori ippocratici, intenderemo in generale i saperi e le pratiche di quei medici che si occupavano delle malattie che affliggevano le donne e che all'occorrenza assistevano queste ultime durante il parto.

In particolare, di seguito ci occuperemo delle riflessioni ippocratiche sul flusso catameniale, le cui deviazioni da ciò che i nostri medici consideravano la norma rappresenta – assieme alle deviazioni dell'utero – la principale causa di malattie specificamente femminili nei trattati del *Corpus hippocraticum*.

Se è vero quanto sostengono gli antropologi, che non esistono società umane in cui gli escreti corporei non vengano fatti oggetto di attenzione pubblica e privata, nel senso di essere sottoposti a particolari aspettative relative a tempi, luoghi, appropriatezza e regolarità delle loro manifestazioni, ciò vale tanto più per occorrenze quali il sanguinamento della prima regola, il fenomeno ciclico delle mestruazioni, così come gli ulteriori sanguinamenti genitali che occorrono nella vita di una donna. Simili avvenimenti, per la loro regolarità e, aggiungeremmo, vistosità, oltre che per la specificità del genere a cui sono limitati, costituiscono un universale biologico, che può fornire alla produzione simbolica delle società umane un supporto naturale formidabile<sup>(3)</sup>. Tuttavia, dalla rassegna delle fonti elleniche, se si eccet-

tuano i trattati medici del *Corpus hippocraticum*, sembra che questo particolare fenomeno non abbia interessato molto gli autori della Grecia classica. Inoltre, sempre limitatamente all'età classica, esso non sembra neppure essere stato fatto oggetto di particolare attenzione rituale o simbolica, benché negli scritti ippocratici il flusso mestruale sia sovente definito *kàtharsis*, termine dalle molteplici accezioni, utilizzato anche in contesti religiosi in riferimento alla pratica di mondarsi da impurità rituale (JOUANNA J. 1994 [1992]: 159). In realtà, le accezioni con cui questo termine ricorre nel *Corpus hippocraticum* paiono essere decisamente "laiche": esse infatti non sembrano significare altro che "purgazione", "evacuazione" e simili nel loro senso più prosaico.

In effetti, con il termine *kàtharsis* e con l'espressione verbale *katharein* (e i suoi derivati) gli ippocratici si riferivano ad ogni tipo di secrezione e di fuoriuscita corporea, di natura umorale o meno, spontanea o provocata. Secondo Luis Moulinier, è possibile individuare cinque differenti accezioni del termine *kàtharsis*, e della sua famiglia lessicale, nei testi della collezione ippocratica (MOULINIER L. 1952: 158-161)<sup>(4)</sup>.

In una prima accezione esso si applica a processi di suppurazione, principalmente in riferimento alla fuoriuscita di pus da una piaga o alla maturazione di un ascesso<sup>(5)</sup>. Ad esempio, l'autore di *Ferite nella testa* 11 (L. 3.220), dopo aver passato in rassegna la conformazione dei vari corpi contundenti, atti a ledere l'osso secondo determinate modalità, afferma «le ferite che tali armi producono [...] sono le più purulente e umide, e richiedono il maggior tempo per ripulirsi (*ca+aaretai*)». Anche in ambito ginecologico non sono rare occorrenze di questo tipo, in riferimento alle ulcerazioni vaginali, le quali sono talora soggette ad una tipologia di *kàtharsis*, che naturalmente non ha nulla a che vede con quella mestruale (ovvero, manifestandosi come tale, diventa sintomatica dello stato di malattia). Ad esempio, in un caso di ulcerazione acuta dell'utero in *Malattie delle donne* I 63 (L. 8.126) «fuoriescono sangue e pus (*ai~~ta~~ caä puä ca+aaretai*)»<sup>(6)</sup>.

In una seconda accezione, *kàtharsis* indica l'espulsione di umori nocivi provenienti dalla testa o dal cervello, prevalentemente flegma, ma anche corizza e raucedine<sup>(7)</sup>. Basti ricordare *Male sacro* 5 (L. 6.368-70), che fa derivare l'epilessia da una imperfetta *kàtharsis* prenatale dal flegma in eccesso nel cervello, o *Arie acque luoghi* 10 (L. 2.46), che individua la causa di una serie di malattie endemiche nella mancata purificazione naturale del cervello tipica del ciclo stagionale. Per un'occorrenza di tipo più strettamente ginecologico, infine, si ricorderà *Donne Sterili* 230 (L. 8.438) che, tra le prescri-

zioni contro l'indurimento del collo dell'utero, raccomanda di purgare la testa della paziente («*prwta mev crhVcefalhv ca+hrai*») <sup>(8)</sup>.

Una terza accezione di *kàtharsis* riguarda quei tipi di evacuazione che fuoriescono dalla bocca e dall'ano, sia spontanee, come la defecazione, la diarrea o il vomito, sia provocate mediante somministrazione di purgativi dall'alto e dal basso. Se la situazione lo richiede, potranno essere prescritti farmaci anche molto specifici per l'evacuazione di umori in eccesso come flegma o bile, riequilibrando in questo modo i fluidi corporei <sup>(9)</sup>. L'essenziale è che il medico sappia come procedere, e non somministri un farmaco per un altro, o, peggio, non ne somministri a chi non ne ha punto bisogno <sup>(10)</sup>.

Ancora, *kàtharsis* e i suoi derivati indicano l'eliminazione degli elementi in eccesso nel corpo, che, come nei casi precedenti, può avvenire sia spontaneamente, ad esempio attraverso la minzione, il sudore, il respiro o l'esercizio fisico, sia in maniera più o meno artificiale mediante prescrizione di bagni, applicazione di ventose e simili <sup>(11)</sup>.

Infine, vi è *kàtharsis* in tutti i casi di fuoriuscita di sangue dal corpo di una donna, sia naturale (mestruo, lochi) sia provocata, mediante la somministrazione di pessari, clisteri ed altri specifici.

Quest'ultima accezione di *kàtharsis* si lega alle nozioni ippocratiche sul corpo femminile e sulle sue patologie e ci conduce perciò nel mezzo del nostro soggetto. Daremo di seguito una rapida rassegna dei passi ippocratici in cui è possibile rinvenire l'impiego di questo termine nel senso indicato, in relazione, cioè, alla riflessione complessiva degli ippocratici sulle malattie specificamente femminili. Considereremo, quindi, alcuni dei problemi che l'analisi di questi testi pone al lettore di Ippocrate che voglia rinvenire delle relazioni tra la medicina greca e il resto del patrimonio culturale del mondo ellenico. Proporrò, infine, delle ipotesi per un'analisi dei trattati ippocratici tesa a rivelare il profondo legame tra le riflessioni dei nostri medici e il resto della cultura greca.

A partire dalla concezione delle malattie, dalle conseguenti diagnosi e dalle prescrizioni terapeutiche formulate nei trattati ginecologici del *Corpus*, è possibile risalire alle concezioni fisiologiche e anatomiche sull'organismo femminile dei medici ippocratici. Secondo *Malattie delle donne I* 62 (L. 8.126) «i medici sbagliano a non informarsi esattamente della causa di questa malattia e a curarla come fosse una malattia maschile [...] C'è grande differenza infatti tra la cura delle malattie delle donne e quelle degli uomini» <sup>(12)</sup>; del resto, l'esistenza stessa di un certo numero di testi medici dedicati specificamente alle patologie del corpo femminile appare indi-

cativa in questo senso. Sulla questione, tuttavia, la concordanza nei testi ippocratici non è assoluta. Ad esempio, se in *Arie acque luoghi* sono chiaramente distinte le affezioni che colpiscono i due sessi<sup>(13)</sup>, l'autore de *Il feto di sette mesi* è perentorio: «riguardo alle donne, i concepimenti, gli aborti e i parti si giudicano allo stesso modo delle malattie, della salute e della morte presso tutti gli uomini» (9, L. 7.447)<sup>(14)</sup>; opinione evidentemente non condivisa dall'autore de *I luoghi nell'uomo* 47 (L. 6.344), allorché introduce alla fine del suo trattato un capitolo dedicato alle «malattie dette femminili» («Ta Vgūnaikeiā noseūmata kaleūmena»).

Nondimeno, possiamo affermare, laddove viene tracciata una soluzione di continuità tra patologie maschili e femminili, la specificità di queste ultime deriva loro dalla conformazione affatto peculiare dell'organismo femminile. Inoltre, l'assenza di una "andrologia", ovvero di scritti dedicati alle patologie specificamente maschili, dimostra che l'organismo dell'uomo era sovente considerato come ciò che per natura rappresentava la "norma". Dunque, per contrasto, non sembra esagerato affermare con Paola Manuli che la ginecologia antica si costituiva come un sapere volto a farsi carico di una «patologia speciale», in quanto peculiare di un organismo, quello femminile, la cui alterità rispetto al corpo umano (cioè maschile), per la specificità biologica che le è propria, si traduceva agli occhi del medico greco come condizione strutturalmente patologica (MANULI P. 1983 [1980]: 151, 155, 186)<sup>(15)</sup>. D'altra parte, se questa alterità è giustificata in vista della riproduzione, «la patologia ginecologica si manifesta come alterazione rispetto ad uno stato la cui normalità è data essenzialmente dalla capacità di procreare» (ANDÒ V. 1990: 716)<sup>(16)</sup>.

Ora, presso i Greci il processo che conduceva una donna alla maturità e alla compiutezza fisica cominciava con il menarca e terminava con la nascita del primo figlio o, più precisamente, almeno per i nostri medici, con le purgazioni lochiali della primipara (KING H. 1993: 121, 1998: 77, 85, LORAUX N. 1991c [1981, 1989]: 8). Durante questo processo, che, come vedremo, si sovrapponeva in buona parte allo sviluppo sociale della donna greca, la costituzione fisica femminile assumeva gradualmente la sua conformazione caratteristica. Possiamo seguirne lo sviluppo direttamente sui testi medici. L'autore di *Malattie delle fanciulle* (1, L. 8.466), descrivendo a grandi linee il periodo immediatamente precedente al menarca, afferma che questo è caratterizzato da una sovrapproduzione di sangue dovuta «all'alimentazione e all'accrescimento del corpo (*diavte ta V̄sitiā kai V̄ th̄w̄ aūksin tou sw̄matō*)», destinato ad essere evacuato con la prima regola se nulla interviene ad impedirlo. Similmente, da *Malattie delle donne* I 1 (L. 8.12-14) apprendiamo che la donna è per costituzione umida, la sua

carne è spugnosa e poco compatta e questo, unitamente allo stile di vita, comporta che l'organismo femminile durante la digestione attiri maggiori quantità di liquidi dagli alimenti rispetto a quello maschile e produca perciò maggiore quantità di sangue, che necessita di essere evacuato con la *kàtharsis* mestruale. In questo consiste, secondo *Malattie delle donne I*, la principale differenza tra donne e uomini, essendo questi ultimi di costituzione più secca e soda e maggiormente dediti ad occupazioni che permettono la purgazione dei fluidi in eccesso per vie diverse. L'importanza delle differenze dello stile di vita condotto dai rispettivi generi è contemplata anche in *Sulle ghiandole* 16 (L 8.572) ma, tanto qui quanto nel precedente, il fattore biologico rimane preponderante<sup>(17)</sup>. Anche in *Natura del bambino* 15 (L 7.494) «il corpo della donna è più umido di quello dell'uomo (*thò gunaikòv to ἕωμα, ugroteron gaw estin h[to] Vou-ajdrov*)». Infine, per citare un testo di occorrenza non ginecologica, l'umidità della costituzione femminile è riconosciuta anche dall'autore di *Arie acque luoghi* – uno dei testi del *Corpus hippocraticum* che più sembra avere presente la questione della relazione tra *phôsis* e *nômos* (VEGETTI M. cur. 1965: 164-168, 1983: 54-5 nota 6) –, allorché menziona le donne tra le «costituzioni più ricche di umori» (10, L 2.44).

Si capisce meglio a questo punto in che senso abbiamo definito la costituzione della donna greca come strutturalmente patologica: la caratteristica umidità dell'organismo femminile deriva dalla natura "spugnosa" e flaccida delle sue carni e dalla conseguente proprietà di ritenere succhi fisiologici; lo scopo della *kàtharsis* mestruale, oltre a marcare il periodo di fertilità, consiste nel purgare la donna dei fluidi in eccesso, la cui ritenzione è causa di malesseri e di impedimento all'attività riproduttiva (KING H. 1998: 30)<sup>(18)</sup>. Le conseguenze drammatiche di tale evenienza sono descritte minuziosamente in *Malattie delle fanciulle* (1, L 8.466-468); più lapidario, l'autore di *Sulla generazione* 4 (L 7.476) è altrettanto perentorio: «se le regole non vengono, l'organismo femminile si ammala (*Twñ de Katamhiwn nhV cwreontwn ta ἕωματα twñ gunaikwñ epinosa ginetai*)». Questo il motivo dell'interesse del medico ippocratico nei confronti del ciclo delle sue pazienti: egli ne valuta la quantità e la qualità, le modalità della fuoriuscita e così via. Inoltre, va da sé che, dal suo punto di vista, una donna in salute è una donna che riesce ad espellere regolarmente e senza difficoltà la quantità di sangue adeguata alla *kàtharsis* di cui necessita. Su questo punto, tuttavia, i nostri trattati non sono unanimi. Ad esempio, in apertura a *Natura della donna* 1 (L 7.312) l'autore ippocratico ammette delle differenze tra le varie costituzioni femminili che ne influenzano la salute: «[le donne] eccessivamente bianche sono più umide e con flusso più abbondante; quelle scure



sono più secche e dure, quelle di colorito rossastro hanno una costituzione intermedia tra le prime due»<sup>(19)</sup>. Altrove però la tendenza è quella di indicare una misura *standard* della *kàtharsis* salutare, così *Malattie delle donne I 6* (L 8.30): «Presso tutte le donne in salute, la giusta quantità di flusso mestruale è più o meno di due cotilie attiche [circa ½ litro], da evacuare in due o tre giorni, una durata superiore o inferiore è nociva e provoca sterilità»<sup>(20)</sup>. Al di là di misurazioni precise, l'autore di *Aforismi V 57* (L 4.552) ribadisce la nocività tanto di una purgazione insufficiente quanto eccessiva: «quando la mestruazione è troppo abbondante insorgono malattie, quando è soppressa, insorgono malattie dell'utero».

Nel complesso la tendenza generale è quella di riconoscere una certa regolarità al ciclo femminile, sia quantitativa sia cronologica, come sostiene l'autore de *Il feto di sette mesi 9* (L 7.448): «le regole appaiono ogni mese presso le donne in salute (ta *Vkatamhnia thsi gunaixi Vhsin ugiainoushsi fairetai ka+\*ekaston twi mhwna*)»<sup>(21)</sup>.

In effetti, nei testi ippocratici sono numerose le occorrenze in cui l'anticipazione o il ritardo delle regole è sintomo o causa di malattie, comportando il più delle volte l'impossibilità del concepimento. Inoltre, si ritiene persino possibile determinare una terapia confidando nella puntuale regolarità del ciclo. In *Natura della donna 8* (L 7.322), ad esempio, nel prescrivere applicazioni uterine per un caso di spostamento verso l'anca della matrice, viene precisato: «[l'ammalata] smetta queste applicazioni il giorno prima delle mestruazioni e ricominci il giorno dopo che sono cessate», e in un capitolo successivo, dopo aver fornito le necessarie indicazioni ad una donna sofferente per aborti spontanei, si ordina di «eseguire questi trattamenti in modo che siano compiuti il giorno prima delle mestruazioni» (16, L 7.336)<sup>(22)</sup>.

Non era sufficiente, tuttavia, per la concezione ippocratica del normale e del patologico, che la portata del flusso mestruale fosse quella giusta. Ulteriori indicazioni sulle condizioni della paziente erano fornite al medico da caratteristiche qualitative, individuate con rinnovato zelo. Così secondo *Aforismi V 36* (L 4.544): «se le mestruazioni non sono di buon colore, e sono irregolari, ciò indica la necessità di purgare». In *Malattie delle donne I 6* (L 8.30) le mestruate sono in buona salute allorché «il sangue che fuoriesce è simile a quello di una vittima sacrificale e si coagula all'istante (*cwrewi de V aiha oiñn apo Vdreiou, kai Vtacu Vphgnutai, hñ ugiainh/h.Jgunh*)». Analoga similitudine, in riferimento al flusso lochiale (che nella concezione ippocratica è un fenomeno analogo alla manifestazione del mestruo), si trova in *Natura del bambino 18* (L 7.502), ove dai genitali della puerpera

«il sangue cola come quello di una vittima, se la donna è in salute (*cwrewi de Vaita oiφn apo Vdreiou, hē ugiainh h. gūnh*)». Al di là della sua forte valenza culturale (su cui torneremo), questo ed altri simili paragoni definiscono, tra l'altro, il giusto grado di densità e viscosità del sangue mestruale: si intende che questo deve essere puro e brillante come quello che scorre nelle vene di una bestia nel pieno del vigore fisico (ANDÒ V. cur. 2000: 37, 257 nota. 163)<sup>(23)</sup>. Altrove, gli autori ippocratici si servono di analogie differenti per indicare lo stato morbosso delle loro pazienti, evidente dall'aspetto anomalo del mestruo. In caso di leucorrea descritto in *Malattie delle donne II* 116 (L 8.250), ad esempio, «il flusso è bianco come urina d'asino (*rdwi leukon/wō oiφou oukon*)», o diventa «come sabbioso» in un caso di utero scirroso descritto in *Natura della donna* 36 (L 7.378); mentre in *Malattie delle donne I* 61 (L 8.124) il mestruo è simile a «sciacquatura di carne sanguinolenta (*apo Vrew# uφwr, ei/tiō aiutwde# apopl uvien*)»<sup>(24)</sup>.

Questi ultimi riferimenti alludono ad episodi patologici già in atto di cui la particolarità del ciclo femminile assume valore sintomatico, ma dovrebbe già essere chiaro come il flusso mestruale non sia di per sé *materia peccans*, quanto piuttosto materiale di scarto derivante da una complessione specifica, che necessita di depurazione periodica per rimanere in salute e che, tuttavia, costituisce essa stessa il principale ostacolo alla necessaria purificazione. Così, in *Malattia delle donne I* nulla sembra compromettere la completa *kàtharsis* femminile se non la complessione stessa delle donne in cui occorre. Il motivo è spiegato chiaramente: «la donna che non ha avuto figli si ammala più gravemente e più rapidamente a causa delle mestruazioni di colei che ha avuto figli, giacché grazie l'apertura della matrice conseguente al parto ed al flusso lochiaie le vene di questa sono più scorrevoli per il mestruo»<sup>(25)</sup> (I, L 8.10). Ugualmente l'autore di *Natura del bambino* 30 (L 7.538) afferma che dopo la fuoriuscita del flusso lochiaie «le mammelle e tutte le parti del corpo femminile maggiormente umide si rilassano, meno nelle primipare, poi in misura sempre maggiore con il susseguirsi dei parti; il rilassamento è dovuto allo svuotamento delle vene a causato della purgazione lochiaie»<sup>(26)</sup>.

Reciprocamente, è altrettanto vero che variazioni patologiche del flusso mestruale sono sovente associate alla compromessa capacità di concepire della paziente, sia allorché un utero eccessivamente aperto provochi un flusso troppo abbondante e insieme l'incapacità di trattenere il seme maschile (*Natura della donna* 13, L 7.330), sia in casi di segno contrario: «se l'utero è scirroso, le mestruazioni scompaiono, l'orifizio uterino si chiude e la donna non riesce a rimanere incinta» (*id.* 37, L 7.380)<sup>(27)</sup>.

Tutto questo spiega la frequenza nei testi “ginecologici” del *Corpus hippocraticum* di prescrizioni riguardanti il concepimento e il parto contro disturbi di natura mestruale e non solo. Inoltre, nozioni simili rendono ragione delle categorie di pazienti che incorrono abitualmente in alcuni disturbi tipicamente o prevalentemente femminili. Non è un caso, ad esempio, che l'autore di *Malattie delle fanciulle* menzioni tra gli individui maggiormente predisposti a contrarre la “malattia sacra” le giovani non ancora sposate e le donne sterili. Similmente in *Natura della donna* 3 (L 7.314) una deviazione patologica dell'utero verso il fegato «colpisce soprattutto le vergini anziane e le vedove che, ancora giovani e già madri, restano senza marito». Ancora più esplicito, infine, *Malattie delle donne* II 127 (L 8.272), che di un caso analogo afferma: «colpisce soprattutto le vergini anziane e le vedove che ancora giovani restano senza marito, colpisce principalmente le donne senza figli e le sterili perché, non avendo mai partorito, non hanno beneficiato della purgazione lochiale»<sup>(28)</sup>.

In effetti, la prescrizione di rapporti sessuali a scopo riproduttivo ricorre con una frequenza quasi monotona nella opere “ginecologiche” ippocratiche, a tal punto che è stato affermato che tutta la serie di rimedi previsti per le malattie femminili – fumigazioni, pessari, clisteri uterini, lavaggi e quant'altro – non avessero altro fine se non quello di predisporre l'organismo dell'ammalata al rapporto con il marito, vero atto terapeutico risolutivo (MANULI P. 1983 [1980]: 157)<sup>(29)</sup>. Per questa via si è arrivati ad ipotizzare uno scenario in cui la figura del medico maschio cederebbe il posto a quella speculare del maschio medico (MANULI P. 1983 [1980]: 158)<sup>(30)</sup>. Certo è che la ginecologia ippocratica sembra trarre la sua ragion d'essere anche, se non soprattutto, dal tentativo di controllo della sessualità femminile da parte del medico e, tramite esso, da parte di una cultura come quella greca che affidava la riproduzione dei suoi membri a strategie di alleanze matrimoniali che prevedevano la circolazione delle donne tra famiglie e non ammetteva deviazioni da questo circuito<sup>(31)</sup>. Da questo punto di vista, la procreazione di cittadini legittimi era forse unica funzione “civica” riconosciuta alla donna nella società greca.

Proseguendo per questa via, non sembra inverosimile ipotizzare che lo sguardo del medico ippocratico sulle sue ammalate fosse lo stesso che la società maschile dei *politai* teneva fisso sulle donne sane, per il tramite dei rispettivi padri e sposi, e che la sua azione terapeutica venisse incontro alle esigenze di una comunità fondata sulla *politeia* (maschile), entro la quale la medicina ippocratica si era costituita come *technè* (DEMAND N. 1994: 141, 152, KING H. 1998: 77, MANULI P. 1983 [1980]: 155, 158, LLOYD G.E.R. 1982 [1979], 1991 [1990], VEGETTI M. 1973). Neppure appare inverosimi-

le supporre che all'attenzione del medico ippocratico verso il corpo femminile e, in particolare, verso le modalità di scorrimento del flusso mestruale – la cui deviazione dalla norma costituiva, assieme allo spostamento dell'utero, la principale causa di malattie “ginecologiche” nei testi del *Corpus* – corrispondesse la volontà di far coincidere l'ordine biologico con l'ordine sociale (come diremo in seguito). Ma è tempo di concludere questo resoconto della riflessione ippocratica sul corpo femminile e sulle nozioni del normale e del patologico rinvenibili nei trattati “ginecologici” del *Corpus*: una rassegna necessariamente rapida e senza pretese di esaustività, ma sufficiente a fugare ogni equivoco sulla valenza “laica” dell'impiego del termine *kàtharsis* nei trattatisti ippocratici. A ulteriore conferma di questa tendenza, del resto, basterà ricordare che gli autori di *Natura della donna* e di *Malattie delle donne I* arrivano a prescrivere alle loro pazienti rapporti sessuali durante le mestruazioni: una testimonianza decisiva a favore dell'assenza presso i medici ippocratici di credenze sul potere contaminante del flusso femminile<sup>(32)</sup>.

Utilizzato in quest'ultima accezione, comunque, il termine *kàtharsis* sembra essere, nel mondo ellenico, un *hapax* ippocratico, ma più di tutto sembra esserlo l'argomento stesso del flusso mestruale.

Come abbiamo accennato, ci sono dati piuttosto scarsi circa precauzioni speciali a cui sarebbero state sottoposte le donne mestruate nel mondo ellenico, anche in riferimento a contesti rituali. Non si posseggono neppure testimonianze relative ad un eventuale utilizzo del mestruo in pozioni e pratiche magiche o stregonesche, almeno per il periodo classico, anche se è verosimile presumere che alle donne mestruate fosse precluso l'accesso ai luoghi sacri o fosse proibita la partecipazione a taluni rituali (PARKER R. 1996 [1983]: 102)<sup>(33)</sup>. Un'eccezione, notevole, tanto per l'autorità da cui promana, quanto per la sua singolarità, si trova in un passo – peraltro di controversa attribuzione – del *De insomniis* di Aristotele: «Negli specchi molto tersi, quando vi si specchino le donne durante le mestruazioni, la superficie si copre di una patina sanguigna, e se lo specchio è nuovo non è facile eliminare questa macchia, se invece è vecchio è più facile»<sup>(34)</sup>. Ma nel complesso le testimonianze più numerose risalgono all'epoca romana, in cui credenze relative a presunti poteri del mestruo si trovano associate prevalentemente con pratiche legate al mondo agricolo (MOULINIER L. 1952: 34, 63, 70, PARKER R. 1996 [1983]: 100-103, VON STADEN H. 1991, KING H. 1998: 65)<sup>(35)</sup>.

Ci sono ignote le ragioni di questa assenza nelle testimonianze dell'età classica<sup>(36)</sup>. Si potrebbe ingenuamente ipotizzare che esse potessero deriva-

re da eventuali sentimenti di imbarazzo o vergogna che circondavano l'argomento. Tuttavia è improbabile che, almeno il genere dell'antica commedia – che pure non menziona mai le mestruazioni – abbia condiviso detti sentimenti, laddove un autore come Aristofane non disdegna di parlare, ad esempio, di organi sessuali femminili, di urina e di altri escreti genitali. Altrettanto improbabile sarebbe l'ipotesi di un ostinato riserbo dovuto a motivazioni di natura religiosa, se, ad esempio, Euripide nel dramma *Auge* (fr. 266), pur suscitando lo scandalo dei suoi concittadini, non ha remore a narrare del parto di una sacerdotessa di Atena nel tempio dedicato alla dea: sotto questo punto di vista, la tragedia, come la commedia, avrebbe costituito forse il terreno adatto per porre in questione questo genere di convenzioni<sup>(37)</sup>.

La questione della restrizione dell'argomento *kàtharsis* mestruale ai testi medici risulta tanto più singolare considerando che numerosi autori hanno messo in evidenza i prestiti reciproci e più in generale la relazione tra generi letterari eterogenei nell'antica Grecia come la commedia, la tragedia, la storiografia e la medicina dei trattatisti ippocratici. In effetti, gli studiosi della civiltà greca sono unanimi nel ritenere che le speculazioni teoriche degli ippocratici influenzarono molta parte della più raffinata cultura ellenica. Le tracce di termini e nozioni mediche di chiara derivazione ippocratica che abbondano nelle commedie e nelle tragedie, l'influenza che il metodo della medicina ippocratica ebbe sulla storiografia tucididea e sulla filosofia, per citare solo alcuni degli ambiti in cui fece breccia il sapere dei nostri medici, dimostra il riconoscimento che alcuni dei migliori ingegni greci tributavano loro e la parte non secondaria che la riflessione dei trattatisti ippocratici aveva nella *paideia* dell'uomo greco (ALFAGEME R. 1995, COLLINGE N.E. 1962, FARANDA L. 1996: 40-42, VEGETTI M. cur. 1965: 57-63, 1970: 158-165, PUGLIESE CARRATELLI G. 1976 [1970]: 460-473, JAEGER W. 1959 [1947]: 3-76.).

Considerata, dunque, la difficoltà di dare una risposta esaustiva alla questione dei rapporti tra *kàtharsis* mestruale nell'accezione ippocratica e nozioni analoghe nel pensiero greco non medico attraverso un'analisi di tipo esclusivamente filologico, potremmo tentare di condurre la nostra indagine ad un livello, per così dire, ancor più elevato di significato, che permetta di poterci spostare agevolmente in ambiti in apparenza i più disparati, legati nondimeno da un comune *humus* culturale, come ad esempio i trattati dei nostri medici e i testi degli autori tragici.

Procederemo in questo tentativo valendoci delle riflessioni sul genere sessuato condotte da Françoise Héritier, ma prima sono doverose alcune osservazioni preliminari.

Sostiene Lévi-Strauss che la differenza tra “pensiero mitico” e pensiero scientifico non consiste tanto nella qualità delle operazioni logiche messe in atto rispettivamente, quanto sulla natura delle cose su cui vertono operazioni mentali analoghe (LÉVI-STRAUSS C. 1998 [1955] [1964]: 258-259). Ora, la riflessione ippocratica è riconducibile senz’altro al secondo termine di questa dicotomia, anche senza vedere nel pensiero dei nostri medici il tentativo di costituire un paradigma scientifico di tipo kuhniano, rispetto al pensiero precedente improntato sulla magia o sul ricorso al divino<sup>(38)</sup>. In effetti, se, come ha dimostrato Geoffrey Lloyd, la scienza greca si fondò sulla consuetudine al dibattito e sul gusto per la disputa e il contraddittorio, è pur vero che questa situazione scoraggiò la messa in comune degli sforzi dei singoli pensatori e quindi il costituirsi di una comunità scientifica (LLOYD G.E.R. 1982 [1979]: 180). Tuttavia, le domande sollevate dai nostri medici, come dai filosofi e dagli autori tragici e comici, sono le stesse che, se pur enunciate diversamente, hanno stimolato alcuni dei grandi temi formulati dalla riflessione mitopoietica dell’antica Grecia: se, ad esempio, la medicina le ha rielaborate in modo proprio ed ha fornito delle soluzioni originali ad esse, è però prerogativa del mito averle poste. O, per dir meglio, la filosofia e il pensiero greco razionale dei medici e degli scienziati hanno elaborato in forma di domanda, come problema esplicitamente formulato, ciò che nel mito era semplice narrazione, non già soluzione di un problema (VERNANT J.P. 1978 [1957] [1965]: 389, VEGETTI M. 1983, LLOYD G.E.R. 1992 (1966): 73-75, 90, KING H. 1998: 23, LORAUX N. 1998b [1981] [1996]: 32, 1998a [1987] [1996]: 88)<sup>(39)</sup>. Come cercheremo di dimostrare di seguito, neppure le opere del *Corpus hippocraticum* sono estranee a questo confronto con i grandi temi della mitologia greca e la loro rielaborazione tragica.

La vita della donna greca, si è accennato, era scandita da una serie di sanguinamenti, che ne marcavano le tappe fondamentali dell’esistenza biologica. Le occorrenze fisiologiche del menarca, delle mestruazioni, della purgazione lochiale sembrano, tuttavia, sovrapporsi ad altrettanti ruoli sociali della donna greca definiti dalla *parthenia*, dallo *status* di *nymphe* e da quello di *gyne* (KING H. 1983: 120). Se questa lettura è corretta, potremmo aspettarci di trovare analoghe relazioni tra simbologia del sangue e *status* femminile, presso fonti di occorrenza non medica, che esplicitino i profondi legami tra il sapere degli autori ippocratici e il contesto culturale della società in cui operarono.

Françoise Héritier ha definito “valenza differenziale dei sessi” quel rapporto concettuale orientato tra maschile e femminile, rinvenibile universalmente presso le culture umane, e traducibile in una relazione, non ne-

cessariamente gerarchica, definita in termini di successione temporale (anteriore/posteriore), di determinazioni materiali o sensoriali (pesante/leggero, freddo/caldo, secco/umido), di un codice assiologico e così via. L'antropologa individua le ragioni della presenza universale della valenza differenziale dei sessi nella volontà di controllo maschile sul potere riproduttivo femminile e ne scorge la matrice nell'osservazione del funzionamento fisiologico del corpo e dei suoi umori. Ad esempio, le donne sanguinano naturalmente, nel senso che regole e lochi sono occorrenze involontarie, e né le mestruate, né le puerpere possono opporsi al loro "destino" di perdere sangue. Di contro, «gli uomini perdono sangue solo volutamente, se così si può dire, cioè in occasioni che loro stessi hanno cercato, caccia, guerra, competizione» (HÉRITIER F. 2002b [1991, 1996]: 12). Su questa semplice evidenza, e su altre simili, si basa, secondo Hérítier, l'opposizione concettuale tra le categorie di identico e differente, e questo fa della valenza differenziale dei sessi una sorta di "limite ultimo del pensiero", a partire dal quale i popoli edificano il proprio universo simbolico e categoriale. Dunque, pur nelle multiformi fisionomie delle strutture simboliche e concettuali elaborate dai popoli – dovute alla disponibilità di risorse materiali, ai rapporti di produzione, e ad altre molteplici possibili variabili –, esistono limiti strutturali a tali elaborazioni, che trovano la loro ragion d'essere tanto nei condizionamenti biologici della specie in materia di percezione e cognizione, quanto nei limiti posti all'osservazione dalla "natura" del dato empirico. Compito dell'antropologo, secondo Hérítier, è accertare i condizionamenti strutturali condivisi dalla totalità delle culture e rendere conto delle molteplici e peculiari modalità, adottate dalle società con cui egli viene a contatto, di manipolare creativamente, entro tali limiti, l'esperienza empirica (HÉRITIER F. 1979: 811, 2002c [1985, 1996]: 96, 101, 108).

Vedremo, di seguito, in che senso tutto questo possa essere applicato al mondo greco e, in particolare, a quel settore di esso che stiamo analizzando.

In effetti, la logica del "pensiero polare" era estremamente diffusa nell'antica Grecia: ne abbiamo testimonianza dai poemi omerici fin oltre Aristotele, sia pure nelle notevoli differenze a cui venne sottoposto nel passaggio dai testi epici a quelli filosofici (LLOYD G.E.R. 1992 [1966]). Queste differenze vanno tenute nel debito conto non foss'altro perché evidenziano le molteplici tonalità che il pensiero polare ha assunto presso i greci e non solo tra poeti e filosofi, ad esempio, ma anche all'interno dei rispettivi gruppi (LLOYD G.E.R. 1992 [1966]: 47 e 91-92). Ciò significa che non sempre la coppia maschile/femminile veniva presa in considerazione e questo dovrebbe indurci ad utilizzare le tesi di Hérítier con la dovuta cautela e con esse la

possibilità di una comparazione tra gli antichi greci e molti dei popoli contemporanei che non hanno elaborato una riflessione filosofica paragonabile a quella di costoro. Come è noto, infatti, una delle caratteristiche che differenzia le riflessioni di filosofi e scienziati greci rispetto a quelle di altri popoli, per i quali sono disponibili resoconti etnografici, consiste nello sforzo dei primi di elaborare esplicitamente ciò che Geffrey Lloyd ha definito “questioni di secondo grado”; vale a dire che, per quanto ne sappiamo, gli antichi greci furono i primi a porsi nel modo più consapevole domande sullo statuto epistemologico-conoscitivo del loro sapere (LLOYD G.E.R. 1991 [1990]: 71, 1992 [1966]: 23-24, 77-79, 103, 1982 [1979]: 173). Il supporto della scrittura, che gli antichi greci condividevano, a differenza di molti popoli studiati dagli antropologi, ha certamente facilitato e incrementato il gusto tutto ellenico di interrogarsi criticamente sulle proprie istituzioni e idee condivise, permettendo di esplicitarle alla coscienza dei pensatori (LLOYD G.E.R. 1982 [1979]: 161). D'altra parte, anche ammesso che gli autori greci, dei quali qui ci occupiamo, abbiano potuto analizzare criticamente le categorie che informavano il proprio stile di pensiero, è improbabile che abbiano potuto fare a meno di esse nel momento in cui si accingevano a questa operazione. Sostiene Hérítier che la “naturalità” delle rappresentazioni e dei concetti condivisi dai membri di una società sussiste in ragione del fatto che queste rappresentazioni e concetti sono attivi tanto nel momento di un'esperienza empirica-sensoriale passiva, quanto nel momento di una riflessione cosciente sui dati empirici (il che, naturalmente, non esclude la possibilità del pensiero critico o del metapensiero). Tuttavia, la struttura del dato empirico si impone alla percezione e al pensiero, condizionando e limitando la loro presa sul mondo esterno. È questo il senso, ci pare, anche dell'affermazione di Marc Augé, secondo cui «*leur armature biologique fournit les éléments d'un langage à vocation universelle*» (AUGÉ M. 1986: 86), pur nella peculiarità con cui le culture umane ne combinano i “vocaboli”.

Ora, a partire dalla teoria sulla valenza differenziale dei sessi proposta da Hérítier cercheremo di seguito di corroborare la seguente ipotesi: nell'antica Grecia il condizionamento fisiologico del sanguinamento mensile femminile, opposto alle modalità maschili di perdere sangue, potrebbe aver fornito il punto di partenza per l'elaborazione di una sfera di pertinenza dei sessi che, a partire dal biologico, si iscrive nel registro morale, politico e simbolico per tornare a reagire sul modo di percepire il primo, fino a far perdere di vista la sua natura di fatto biologico. È forse a questa complessa operazione del pensiero che dobbiamo imputare il silenzio delle fonti greche non mediche in materia di perdite fisiologiche femminili e, nel



contempo, la forte valenza culturale che specifiche modalità di spargimento di sangue conservano nel mondo ellenico. Volgiamo, ad esempio, la nostra attenzione all'ambito della tragedia, vero laboratorio di riflessione della società greca su se stessa (LORAU N. 1988b [1985]: 34-36, BELTRAMETTI A. 1997: 902, 906, CARTLEDGE P. 1996: 53)<sup>(40)</sup>.

Anche ad una rapida rassegna dei testi tragici risulterà evidente come, all'interno della simbologia greca del sangue, maschile e femminile si collocano in netta contrapposizione. Ad esempio, tanto la tragedia quanto la mitografia fanno dell'impiccagione – modalità di morte che non comporta versamento di sangue – una morte tipicamente femminile. La morte virile, al contrario, evoca quella del guerriero in battaglia, morte che, spraggiando a fil di spada, lacera il corpo del cittadino-soldato e ne fa scorrere il sangue (LORAU N. 1991b [1985, 1989]: 113, 1991c [1981] [1989]: 11-13).

Il registro delle opposizioni non si ferma qui. Nell'antica Grecia la morte con la corda è doppiamente infamante. Essa figura tra le modalità di giustiziare i condannati a morte, e, come suicidio, era oggetto di particolare deplorazione morale, che giustificava il trattamento riservato alle spoglie del defunto. La medesima riprovazione sembra aver assimilato l'impiccagione come esecuzione e come suicidio (LORAU N. 1988a [1985]: 117, 1991b [1985, 1989]: 103, GERNET L. 1983 [1924, 1968]).

Sappiamo che, nell'antica Grecia, il corpo del suicida, per limitarci a quest'ultimo, era considerato particolarmente contaminante e riceveva uno speciale trattamento punitivo, come la sepoltura oltre le mura cittadine in tombe senza nome. Inoltre, nel caso di un suicidio per impiccamento, il ramo e la corda per mezzo dei quali esso si era consumato venivano distrutti o gettati oltre i confini della città (c'è da supporre, tuttavia, che un simile trattamento fosse riservato ad ogni strumento per mezzo del quale il suicida si fosse dato la morte: cfr. PARKER R. 1996 [1983]: 42). A questo proposito, è particolarmente istruttivo un passo del IX libro delle *Leggi* di Platone, in cui il suicidio è considerato atto ignobile e vile: «le sepolture, per chi è morto in questo modo devono essere in primo luogo singole, separate dalle altre; in secondo luogo, i suicidi dovranno essere inumati senza onori ai confini delle dodici parti dello Stato, in luoghi impervi, anonimi, senza stele né nomi che indichino il luogo della loro sepoltura» (873 D)<sup>(41)</sup>.

Nella tragedia, tuttavia, le cose appaiono meno scontate. Intanto, nella finzione tragica il suicidio per impiccamento è considerato una modalità di morte tipicamente femminile. Lo ricorda una spudorata Clitemnestra

nell'*Agamennone* di Eschilo, allorché finge di richiamare alla mente l'angoscia patita come moglie, il cui sposo è in guerra, ignara della sorte del marito: «a causa di tali notizie continuamente ostili molti nodi che avevano avvinto a viva forza il mio collo altri a viva forza sciolsero» (vv. 874-6). Altrove, Ecuba, donna e moglie di ben altra tempra, è colta da Euripide, ne *Le troiane*, mentre è intenta a rimproverare Elena per non esser mai stata sorpresa da nessuno nell'atto di «appendere una corda o di affilare un pugnale, come avrebbe fatto una donna nobile che rimpiange il suo primo marito» (vv. 1012-14). Impiccamento come appropriato strumento femminile di risoluzione di sciagure dunque, tanto che nell'*Ippolito* sono le circostanze stesse, che inducono al gesto estremo, a farsi metafora del nodo che Fedra stringerà attorno al suo collo (LORAU N. 1988b [1985]: 10): «quali messi quali parole ho io per sciogliere questo nodo di sventura, dopo essere stata abbattuta?» (vv. 670-1 seg.). Impiccamento anche come fine ignominiosa: è la morte scelta da Giocasta, nell'*Edipo re* di Sofocle, sconvolta dalla vergogna, o da Fedra nell'*Ippolito* euripideo, o, ancora, da Leda, nell'*Elena*, fuori della tragedia: «infelice per le nozze (*duogamò*) si legò intorno un laccio per strozzare (*katedhsato brovon ajçomion*). A causa della mia vergogna (*aiscuwan*)»<sup>(42)</sup>.

Ora, è dato rilevare una differenza nella simbologia dell'impiccamento nel passaggio dalla mitografia alla sua rielaborazione tragica. Tendenzialmente, nel mito l'impiccamento è la morte prescelta dalle vergini, per sottrarsi alla violenza e allo stupro, morte che, talora, potrà costituire l'*aition* di un culto nei tempi storici. Nella tragedia, invece, l'impiccamento diventa morte tipica delle spose – con l'ingombrante eccezione di Antigone – laddove il suicidio cruento appare associato alla maternità, mentre, la sorte delle vergini è quella di venire uccise<sup>(43)</sup>.

Tanto nel mito quanto nella tragedia, tuttavia, la valenza femminile di tale morte non viene mai meno: essa è talmente inscritta nel registro della femminilità, che gli stessi indumenti femminili possono trasformarsi da strumenti di seduzione in strumenti di morte (LORAU N. 1988b [1985]: 11-2). Così come accade con Antigone nell'omonimo dramma sofocleo («gancio era cappio di veste sfilacciata», 1222), e come minacciano le Danaidi nelle *Supplici* di Eschilo (vv. 457-465), invocando il suicidio quale estrema alternativa al matrimonio coi figli di Egitto. Relazione questa che rinvia, forse, alla sfera di pertinenza femminile del lavoro al telaio, come, d'altra parte, rilevato da de Martino, che individua, in tale nesso, un motivo ricorrente, oltre che nella mitologia greca (con gli episodi mitologici di Aracne e delle Menadi) anche nel folclore germanico e, nei tempi storici, *mutatis mutandis*, perfino nelle epidemie coreutiche del Medioevo e negli episodi

di isteria collettiva, che erano soliti scoppiare presso le filande inglesi fino al XVIII secolo e oltre (DE MARTINO E. 1976 [1961]: 216-7).

Opposta alla corda, alla morte femminile, la spada, la morte virile. La prima ha per scenario il chiuso dal talamo. Giocasta e Fedra penderanno dalle travi del soffitto sopra il letto nuziale, come a ribadire, anche nella morte, il rapporto, istituzionale e biologico insieme, della donna con il matrimonio e la maternità<sup>(44)</sup>. La morte virile è quella del guerriero, essa ha pertanto come scenario il campo di battaglia. Morte a cui verrà dato il massimo risalto pubblico, perché ottenuta a beneficio della città (LORAUX N. 1991d [1977, 1989]: 56). Se l'impiccagione femminile evoca il disonore e la vergogna, la morte virile del guerriero è carica di gloria e segno inequivocabile di coraggio. «Per un uomo valoroso è bello cadere morto combattendo in prima fila per la patria» (fr. 1, 1-2), sostiene il poeta Tirteo, evocando l'ideale della "bella morte" spartiatà dell'oplita, e le sue parole faranno scuola anche in età classica (LORAUX N. 1991d [1977, 1989]: 54-5). Certo, anche gli uomini si uccidono nella lirica arcaica e nella tragedia, ma il mezzo virile per togliersi la vita non è mai la corda: tanto in Pindaro quanto in Sofocle, ad esempio, Aiace si uccide gettandosi sulla propria spada<sup>(45)</sup>. Inoltre, il biasimo che solitamente nella tragedia circonda il suicidio femminile, nel caso dell'uomo è come sfumato da un alone di comprensione: «Degno di perdono è l'uomo/ che si libera della misera vita/ quando soffre dolori insopportabili» (Euripide, *Ecuba*, 1107-8). Perfino il Platone delle *Leggi* sembra addurre delle attenuanti per quei suicidi dettati da una qualche «fatale sciagura» o da «un'onta che renda insopportabile la vita» (IX, 873 C). Ed Elena, evocando un suicidio, solo meditato, afferma: «infamanti [*ajšchmoneò*] sono i lacci [*agcowai*] sollevati in alto, e anche tra i servi ciò è ritenuto obbrobrioso [*dusprepeò*]; e le uccisioni [*sfagai*] hanno qualcosa di nobile [*eugeneò*] e di bello, ed è piccola cosa per il corpo uscir di vita» (Euripide, *Elena*, vv. 298-302).

Ad ogni modo, il suicidio, sia pure realizzato a fil di spada, rimane per l'uomo soltanto la brutta copia dell'ideale oplitico della "bella morte". Così i Lacedemoni rifiuteranno ad Aristodamo, morto a Platea, gli onori funebri, dovuti ai caduti in combattimento, per aver cercato troppo sfacciatamente la morte in battaglia (LORAUX N. 1988b [1985]: 11, 24, 1991d [1977] [1989]: 56).

Se gli uomini non si impiccano, tuttavia, le donne possono perire per mezzo della spada. È il caso di Polissena, nell'*Ecuba*, che offre spontaneamente la gola e il petto al coltello sacrificale di Neottolemo, meritando l'ammirazione degli Achei. O di Deianira, negli *Eraclidi*, che si darà la

morte trafiggendosi il fegato (*hepar*) con la spada. Suicidio o sacrificio delle due eroine? Per noi la cosa importante è l'*andreaia* che ammantava la loro morte, perché tanto Polissena, quanto Deianira muoiono virilmente, evocando nelle intenzioni, se non pienamente nelle modalità, la "bella morte" dell'oplita. In effetti, Neottolemo sceglierà, significativamente, di trafiggere la gola (*laimos*) della figlia di Priamo, piuttosto che il petto (*sternon*) – da lei offerto alla lama in alternativa – cioè il luogo dove canonicamente entra la morte nel corpo del guerriero. Da parte sua, Deianira per trafiggersi il fegato si affonderà la lama, altrettanto significativamente, nel fianco sinistro: quasi che il poeta volesse significare che la morte femminile, anche quando emula quella virile, non riesce mai completamente a farla propria, né a sfuggire alle leggi della femminilità (LORAU N. 1988c [1985]: 56-63). Nelle *Trachinie*, in effetti, la nutrice di Deianira ragguaglia in questi termini il Coro delle vergini di Trachis circa la morte della sua padrona: «denuda il braccio sinistro e tutto il fianco [...] trafitta la troviamo, uccisa con una spada affilatissima, che si era conficcata nel fianco all'altezza del fegato» (vv. 926, 929-931). Che si tratti di morte anomala per una donna lo indica la reazione del Coro, quando apprende che Deianira si è tolta la vita a fil di spada: «ha osato tanto una mano di donna?» (v. 898). Si noti, per inciso che alla morte "virile" di Deianira corrisponde la morte "da femminuccia" di Eracle, che, agonizzante, per sua stessa ammissione, «si torce e geme come una donnetta» (vv. 1070-1): «Ora mi sono mutato in una femmina», confessa, incapace di soffocare i lamenti, a suo figlio Illo (vv. 1074-5). Infine, Eracle – in preda alle sofferenze che la tunica intrisa col sangue del centauro Nesso, donatagli da sua moglie, gli procura – si rammarica di non esser riuscito a dare lui stesso a Deianira una morte degna della sua colpa, strangolandola con le sue mani (vv. 1132-3). Pur nelle variazioni sofoclee, dunque, il tema del soffocamento come morte più appropriata per una donna è presente.

Anche in ambito rituale è possibile rilevare un'analogia opposizione tra morte con la corda e col ferro. Quest'ultima come corretta modalità greca di procedere all'uccisione della vittima sacrificale (mediante sgozzamento), può essere opposta all'usanza scita, quindi barbara, di uccidere l'animale sacrificale mediante strangolamento, ricordata da Erodoto nel IV libro delle *Storie*<sup>(46)</sup>. In effetti, come avremo occasione di ripetere, Nicole Loraux ha rilevato una certa analogia tra l'arte della guerra e la pratica del sacrificio cruento nell'antica Grecia (LORAU N. 1991a [1984, 1985, 1989]: 95) e vedremo in seguito come la procedura sacrificale scita possa essere ricondotta nella logica dell'opposizione tra maschile e femminile, tra la

spada (in questo caso la *machaira*) e la corda. Ora è tempo di trarre alcune conclusioni provvisorie.

Maschile e femminile, il ferro e la corda: traspare qui quella logica riconducibile a ciò che Hérítier ha definito “valenza differenziale dei sessi”, e che si esplicita attraverso una sovrapposizione di registri – che nel caso specifico coinvolge il livello politico, morale, ideologico, sacrale – tendente a celare il dato biologico fondamentale che ha dato origine al rapporto concettuale orientato tra maschile e femminile, e a tradurlo in una «ineguaglianza vissuta» (HÉRITIER F. 2002b [1991, 1996]: 13).

A una simile logica non sfuggono neppure i medici ippocratici, segno che la sovrapposizione di registri, che dicevamo, torna a reagire sul dato biologico, informandolo di sé e determinando il modo di percepirlo.

Così, ad esempio, anche l'autore di *Malattie delle fanciulle* sembra fare riferimento alla stessa tradizione che oppone l'impiccamento al sanguinamento (e con esso il femminile al maschile). In effetti, nel trattato in questione, tra la sintomatologia della malattia sacra, patologia scatenata dalla mancata fuoriuscita del sangue mestruale al momento del menarca, l'autore ippocratico menziona la tendenza suicida che coglie l'ammalata, la quale, a causa della pressione del sangue attorno al cuore, «desidera impiccarsi (*aj̄conāō krainousin*)» (1, L 8.468). Inoltre, ella ha visioni che «le ordinano di saltare, gettarsi nei pozzi e impiccarsi (*kel euousin a[[es+ai kai Katapiptein e[̄] ta Vreuta lai Vāges+ai*)» (*idid.*). Ora, l'impiccagione, in quanto morte “non cruenta”, che si oppone allo spargimento di sangue, si inserisce appropriatamente in una congiuntura – sia pure incentrata su un'evenienza patologica – definita dal mancato sanguinamento della prima regola. Anche se quello auspicato dal medico di *Malattie delle fanciulle* è un sanguinamento involontario e, quindi, in base all'ipotesi di partenza, strutturalmente opposto al sanguinamento volontario dell'uomo. Tuttavia, la tradizione che voleva nell'impiccamento delle fanciulle un'alternativa femminile al loro destino sociale e biologico di donne, non deve essere stata estranea all'individuazione medica di una sindrome, che tra i suoi effetti aveva proprio quello di estromettere l'ammalata dalla logica della generazione<sup>(47)</sup>. Ulteriori indizi avvalorano questa interpretazione.

Secondo l'anatomia ippocratica, il corpo della donna è perfettamente simmetrico. Esso è compreso tra due bocche (*stōmata*) e tra due colli alle estremità, definiti indicativamente dagli stessi termini, collegati da un canale (*hodōs*) che attraversa il corpo femminile dall'alto al basso. Le due bocche sono collegate a tal punto che taluni medici ritengono possibile una *kātharsis* mestruale o puerperale dagli orifizi rinolaringei, allorché il passaggio ver-

so l'utero risulti ostruito<sup>(48)</sup>. Inoltre, la prescrizione terapeutica della doppia fumigazione all'utero e alle narici trova la propria logica precisamente in questa convinzione, così come taluni procedimenti per determinare la fecondità delle donne che potremo definire veri e propri *tests* di gravidanza dell'antichità<sup>(49)</sup>. Si dà anche il caso, tuttavia, che ad un disturbo dal basso ne corrisponda sovente uno analogo dall'alto, specie in conseguenza dei movimenti della matrice, ritenuta dotata di una propria indipendenza dal resto dell'organismo, tanto da potersi spostare in esso a proprio piacimento, quasi fosse, a sua volta, un organismo autonomo all'interno del corpo femminile. Così, ad esempio, in *Malattie delle donne* II 127 (L 8.272), «quando la matrice si porta verso il fegato la donna perde la voce all'istante e i denti si serrano». Nello stesso testo, in 151 (L 8.326): «se la donna perde d'improvviso la voce, le troverete fredde le gambe, le ginocchia e le mani. Toccandole la matrice ci si renderà conto che non è al suo posto»<sup>(50)</sup>. Ora, come abbiamo visto in precedenza, dal punto di vista dei medici ippocratici il corpo femminile, a meno che non si verificano chiusure patologiche, è un corpo aperto, che deve esser tale – entro certi limiti – per favorire la fuoriuscita del sangue in eccesso. Da questo ci pare derivi che l'effetto dell'impiccamento sul corpo femminile sia quello di provocare la “chiusura”, sia dall'alto, come è ovvio, sia dal basso, data la stretta relazione tra le due *stòmata*.

Nell'antica Grecia la morte chiude il corpo femminile e apre quello maschile (LORAUX N. 1991a [1984, 1985, 1989]: 98, 1991b [1985, 1989]: 114-115)<sup>(51)</sup>.

Non è forse un caso se nei testi medici i procedimenti relativi a medicazioni di ferite e interventi chirurgici riguardino principalmente pazienti di sesso maschile (LORAUX N. 1991a [1984, 1985, 1989]: 98, LLOYD G.E.R. 1987 [1983]: 56-59). Certo, le attività della guerra e della palestra, oltre allo svolgimento di particolari mestieri, rendevano questo sesso maggiormente predisposto a questo genere di incidenti<sup>(52)</sup>. Possiamo supporre, tuttavia, che incidenti domestici o contusioni di ogni genere non fossero rari neppure tra donne<sup>(53)</sup>. Inoltre, è nota l'attenzione, talora minuziosa, che gli ippocratici prestavano all'individualità dei loro pazienti: basterà citare pochi esempi a riguardo. Innanzitutto, si può notare che nei libri delle *Epidemie* il numero dei pazienti di sesso maschile non è molto maggiore di quello delle pazienti di sesso femminile, né i medici fanno discriminazioni riguardo all'età o all'estrazione sociale dei pazienti di entrambi i sessi, che prendono in cura, dimostrando per tutti la medesima sollecitudine (LLOYD G.E.R. 1987 [1983]: 58, 169 note 33 e 34; JOUANNA J. 1994 [1992]: 117-119). Il trattato *Arie acque luoghi*, inoltre, specifica di vol-

ta in volta le malattie che colpiscono le donne e gli uomini, gli anziani e i bambini, i flegmatici e i biliosi, oltre alle condizioni climatiche e ambientali che risultano salubri o nocive per queste categorie di pazienti rispettivamente e ne influenzano la costituzione fisica<sup>(54)</sup>. Secondo l'autore di *Malattie I 22* (L 6.182-184), inoltre, «l'uomo differisce dalla donna e il giovane dal vecchio ... anche la malattia differisce dalla malattia e la pelle dalla pelle e la terapia dalla terapia»<sup>(55)</sup>. Infine, la sentenza di *Fratture 7* (L 3.440) merita anch'essa di essere citata direttamente: «Molto infatti differiscono le nature dalle nature e le età dalle età»<sup>(56)</sup>.

Ciò detto, risulta alquanto sospetta l'assenza di specificazione relativa al sesso degli ammalati, proprio nei trattati di interesse traumatologico<sup>(57)</sup>. Tanto più che in questi scritti viene spesso precisato se l'ammalato sia giovane o anziano, la sua costituzione, la sua prestanza fisica e così via<sup>(58)</sup>: insomma, ce n'è abbastanza per lasciare perplesso il lettore di fronte ad un silenzio apparentemente ingiustificato. Senza contare che la proverbiale "delicatezza", con la quale i medici greci si sforzavano di procedere ai loro interventi, avrebbe trovato la propria ragion d'essere a maggior ragione di fronte ad un corpo femminile<sup>(59)</sup>. Per questi motivi ci sembra che considerazioni di ordine pratico non siano sufficienti a spiegare uno squilibrio così netto, nei testi del *Corpus hippocraticum*, tra ferite rinvenute sul corpo maschile e su quello femminile. Fanno eccezione, ovviamente, le occorrenze di natura ginecologica, come ulcere vaginali e simili, ma la loro specificità legata al genere ribadisce una separazione tra perdite di sangue maschili e femminili<sup>(60)</sup>.

Torniamo a considerare queste ultime, occorrenze naturali e involontarie, oggetto di attenzione minuziosa da parte degli ippocratici. Si è detto che lo scopo del medico era favorire tale sanguinamento, laddove, come nel caso di *Malattie delle fanciulle*, esso non si fosse verificato nei tempi e nei modi opportuni. Ora, l'importanza attribuita al sanguinamento mensile trovava la sua giustificazione in funzione della capacità riproduttiva femminile. In effetti, c'è un unico caso nella Collezione ippocratica in cui il mancato sanguinamento non mette in allarme il medico: quando la donna è incinta e il suo corpo si "chiude" grazie al peso e al volume dell'embrione in formazione, il cui nutrimento è costituito dal sangue prima espulso con le regole<sup>(61)</sup>. C'è del paradossale in questo: è proprio allorché svolge un funzione tipicamente femminile, quella della gravidanza, che il corpo della donna somiglia maggiormente a quello del maschio (LORAUX N. 1991c [1981, 1989]: 12, 1991b [1985, 1989]: 114)<sup>(62)</sup>. E proprio quando questa situazione si verifica, il corpo femminile perde, limitatamente al periodo della gestazione, la condizione "strutturalmente patologica" che lo carat-

terizza, mentre in tutti gli altri casi la “chiusura” del corpo della donna torna ad essere morbosa<sup>(63)</sup>.

Qui, tuttavia, le cose si complicano. In effetti, leggendo i trattati del *Corpus*, non è raro, imbattersi in casi in cui la *gyne*, smettendo di sanguinare mensilmente, e perdendo di conseguenza le proprie capacità riproduttive, tendeva a collocarsi, agli occhi del medico, nella sfera della mascolinità. Una simile circostanza, esemplare per chiarezza e concisione, è quella descritta, ad esempio, in *Epidemie VI* 8, 32 (L 5.356). Si tratta della malattia che colpì Faetusa, moglie di Pitea, ad Abdera e Nanno, moglie di Gorgippo, a Taso. Faetusa, madre di famiglia, ebbe una ritenzione delle mestruazioni per un lungo periodo, coincidente con l'assenza protratta del marito. «Dopo di ciò il corpo si virilizzò e divenne villosa dappertutto e le crebbe la barba, la voce diventò aspra e dura e, per quanto avessimo fatto tutto quel che si poteva per far tornare le mestruazioni, non tornarono, ma ella morì dopo aver vissuto ancora poco tempo. La stessa cosa successe anche a Nanno, la moglie di Gorgippo, a Taso; tutti i medici, tra cui anch'io, ritenevano che l'unica speranza di farla tornare donna fosse la ricomparsa delle mestruazioni; ma anche in questo caso, per quanto facessimo di tutto, non si poté farle tornare, e morì ben presto».

Ora, come è noto, nei libri delle *Epidemie* le pazienti di sesso femminile vengono identificate preferibilmente attraverso la relazione che intrattengono con il loro *kyrios*. Anche laddove questa relazione non viene menzionata, l'ammalata non è identificata con il proprio nome, come accade con pazienti di sesso maschile, ma con un sostantivo o un epiteto generico<sup>(64)</sup>.

Il motivo è comprensibile: nell'antica Grecia il riserbo era considerata una delle maggiori virtù femminili, ed era ritenuto molto sconveniente per una donna essere chiacchierata o che il suo nome fosse di dominio pubblico (POMEROY S.B. 1978 [1975]: 76, REDFIELD J. 2001 [1991]: 154, PADEL R. 1983: 15)<sup>(65)</sup>. Questo spiega la reticenza dei medici ippocratici ad indicare per nome le loro pazienti. Dunque il caso di Faetusa e Nanno – assieme a quello di altre pazienti di cui viene riferito il nome – rappresenta una curiosa eccezione nei testi ippocratici delle *Epidemie*.

Ora, l'eccezione costituita dalle due malate di *Epidemie VI* può essere verosimilmente spiegata supponendo che l'assunzione di caratteri maschilini – derivanti loro dalla ritenzione del sangue mestruale, cioè da una chiusura, patologica, del corpo – le escludesse da quegli accorgimenti riservati dai greci alle loro donne (KING H. 1998: 56-57, 60, MANULI P. 1983 [1980]: 161). Si possono rinvenire dei casi analoghi nel complesso della cultura greca che avvalorano questa ipotesi. Ad esempio, è noto come il contesto



rituale (almeno quello concernente i riti sacrificali) fosse in Grecia un ambito rigorosamente precluso alle donne. La partecipazione femminile a questo tipo di cerimonie era mediata dalla relazione parentale che le donne detenevano con gli officianti maschi del rito, vale a dire che esse potevano condividere la consumazione delle carni della vittima sacrificale solo in quanto mogli o figlie di questi ultimi. Faceva eccezione la festa ateniese delle Tesmoforie, in onore di Demetra, una delle celebrazioni più importanti dell'Attica. Vi partecipavano, in qualità di officianti, esclusivamente le figlie legittime e le mogli dei cittadini più rispettabili, donne di specchiata moralità (le adulate ne erano escluse, così come le prostitute), le quali assumevano tutti quei compiti che in altre circostanze erano di rigida pertinenza maschile (DETIENNE M. 1975 [1972]: 104, 1982: 133-134). Unica, discreta, fugace presenza maschile era quella del sacrificatore, il *màgheiros*, che aveva come unico compito quello di sgozzare la vittima sacrificale e poi sparire, lasciando campo libero alle *tesmoforiazuse*.

Così come versano volontariamente il proprio sangue, solo gli uomini possono spargere quello altrui. Di contro, le donne, prive del controllo sul sangue che versano (mestruo, lochi), non possono spargere volontariamente neppure il sangue di altri. Nella metafora ippocratica, e poi aristotelica, esse sono paragonate a vittime sacrificali, cioè a bestie che sanguinano per opera altrui (KING H. 1983: 120, 1998: 84, 90-98): quando si improvvisano *màgheiroi* (nome che significativamente si declina solo al maschile), come Agave e la schiera delle menadi nelle *Baccanti*, il risultato non può che essere una tragica e macabra parodia dei sacrifici maschili. Tanto la spada quanto la *màchaira* non si addicono alla mano di una donna, come conferma il passo euripideo citato in epigrafe<sup>(66)</sup>.

Nondimeno, una testimonianza di Pausania ci avverte che non è sempre così. Nella festa di Demetra ad Ermione nell'Argolide esiste una modalità originalissima di procedere alla *sphaghé*, all'uccisione della vittima sacrificale. Dopo aver scelto la bestia da immolare, «ancora aggressiva per la selvatichezza» (II, 35, 6), gli addetti a questo ufficio la conducono, «tirata da ogni parte con funi», presso la soglia del tempio di Demetra: «Ad attendere dentro il tempio ci sono quattro vecchie: sono loro che ammazzano la vacca; quella a cui capita a tiro le taglia infatti la gola con una falce» (II, 35, 7).

Tralasciando le molteplici stranezze rilevabili nell'intero svolgimento del rituale di Demetra in Argolide se confrontato con la procedura "ortodossa" di officiare il sacrificio cruento nel mondo greco, soffermiamoci su quella più evidente: donne nel ruolo di *màgheiros*. O meglio, donne anziane.

Secondo i testi medici, con l'approssimarsi della vecchiaia il corpo femminile si dissecca; segue la cessazione delle regole e la *kàtharsis* mestruale perde la sua necessità<sup>(67)</sup>. Nella vecchiaia il corpo maschile e quello femminile tendono a somigliarsi maggiormente<sup>(68)</sup>. Ora, non è inverosimile supporre che sia proprio in ragione della loro età, e della sopravvenuta affinità con i caratteri biologici del maschio, che alle sacrificanti di Ermione, fosse affidato un compito istituzionalmente maschile. Anche in altri contesti rituali, del resto, sono note gerarchie sacerdotali basate sulle classi di età, come, ad esempio, nelle Tesmoforie, per rimanere in un ambito legato al culto di Demetra<sup>(69)</sup>.

Nel quadro che abbiamo abbozzato, tuttavia, la faccenda è più complessa, perché questo passaggio dall'ambito femminile al maschile si verifica in due circostanze, che, dal nostro punto di vista, sono radicalmente opposte: la gestazione e la sterilità.

Siamo forse autorizzati a congetturare che le due "chiusure" non si equivalgano, e che lo sconfinamento nel maschile delle ammalate di *Epidemie VI* abbia un significato diverso da quello operato dalla donna incinta in altri testi ippocratici.

Come ha sostenuto Françoise Héritier, il discorso sulla sterilità e sulle sue cause, e, implicitamente, sulle ragioni della fecondità, lungi dall'essere confinato nella sfera biologica o morale, «è un discorso che parla della pratica sociale e delle pratiche di condotta che ad essa si riferiscono»; esso si esprime attraverso una sovrapposizione di registri, giustificata da una "*omologia naturale*" tra il mondo, il corpo e la società (HÉRITIER F. 2000 e [1984, 1996]: 60, 74).

Ora, tenendo sempre a mente che quella riproduttiva era l'unica funzione riconosciuta alla donna dalla società greca, si può forse venire a capo della questione, ipotizzando che durante la gravidanza, cioè nell'atto di svolgere questa funzione istituzionale, il corpo della donna greca, sulla quale aleggiava l'alone della selvatichezza (il matrimonio era definito con la metafora dell'addomesticamento della sposa), fosse, almeno temporaneamente, "guadagnato" alla cultura, monopolio maschile, così come lo era il corpo dell'*anér*, in quanto corpo del cittadino-soldato<sup>(70)</sup>. Dunque la "mascolinità" delle gestanti non riguardava esclusivamente la sfera biologica: i Greci scorgevano una stretta analogia tra l'attività maschile (tutta culturale) della guerra e quella femminile del parto.

In effetti, sebbene integrate nella comunità dei cittadini, il termine *polites* era raramente coniugato al femminile: alla donna era riservato lo statuto di *asté*, cioè di donna della comunità dei cittadini. Nell'antica Grecia il

termine *politia* non definisce solo la cittadinanza nel senso di appartenenza giuridica ad una comunità, esso è inscindibile da ciò che oggi chiamiamo senso civico, dalla partecipazione attiva alla vita politica della città e dalla sua amministrazione (MANVILLE P.B. 1999 [1990]: 23-25), tutti ambiti da cui le donne erano escluse.

Esisteva, tuttavia, una funzione ad esse riservata dalla *polis* greca: quella della riproduzione dei cittadini; un ambito a tutti gli effetti politico, che, almeno in un caso, attenuava di molto, sebbene non eliminasse, le differenze sociali tra i cittadini dei due sessi. In effetti, sia dalle testimonianze epigrafiche, sia da quelle iconografiche, giunge la conferma che la città riconosceva grande importanza alla funzione culturale femminile della procreazione e dava ad essa un riconoscimento paragonabile a quello tributato alle imprese dei propri cittadini maschi: insomma, la madre e l'oplita ricoprivano ruoli civici pressoché equivalenti (LORAUX N. 1991c [1981, 1989]: 7) <sup>(71)</sup>.

D'altra parte, quella delle ammalate di *Epidemie VI*, 8, 32 è una mascolinità soltanto fisica, che non coinvolge minimamente la sfera culturale; anzi, da questo punto di vista rappresenta un allontanamento da essa, perché non consente a queste ultime di adempiere alla funzione sociale della riproduzione, unica soglia del femminile, nell'antica Grecia, verso la sfera della Cultura. A differenza di quanto accade con le gestanti, nel caso di Faetusa e di Nanno biologico e sociale tornano a divergere, e nella distanza che così veniva a crearsi tra i due ambiti si collocava l'episodio patologico e la sfera di intervento del medico ippocratico <sup>(72)</sup>.

Per quanto riguarda le donne anziane, si consideri che la mascolinità che esse "guadagnavano" con l'età, da un lato, certamente, conferiva loro delle promozioni, se così si può dire, sul piano sociale: in termini di possibilità di officiare ai rituali (laddove era consentito), maggiore considerazione per la loro esperienza <sup>(73)</sup>. Dall'altro, questa relativa libertà di cui godevano le donne anziane derivava loro dall'essere ormai fuori dalla sfera dell'interesse maschile relativa alla procreazione (DEMAND N. 1994: 27-29, 127-128). Inoltre, l'anziano era un uomo sminuito nel proprio valore, sia socialmente sia fisicamente, come lamenta il coro dei vecchi Argivi in apertura all'*Agamennone* di Eschilo: «Noi, incapaci d'aiuto per la nostra vecchia carne [...] qui siamo rimasti, reggendo su bastoni il nostro vigore, pari a quello di fanciulli. Perché il nerbo infantile che s'agita dentro il petto è simile a quello dei vecchi, ed Ares non vi ha dimora. E l'estrema vecchiaia, procede per strade percorse con tre piedi, e per nulla migliore di un bimbo, vaga quale sogno apparso durante il giorno» (ESCHILO, *Agamennone*, 72-82) <sup>(74)</sup>.

Da questo punto di vista, è forse lecito parlare non tanto di un ingresso (parziale) delle donne anziane nell'ambito maschile, quanto di una indistinzione tra i sessi nella vecchiaia, forse analoga a quella che, secondo il medico ippocratico, caratterizza, per motivi diversi, i bambini prima dell'età puberale, benché patologie di occorrenza tipicamente femminile continuino ad interessare le pazienti dei nostri medici anche in età avanzata (KING H. 1998: 73-74) <sup>(75)</sup>.

Avviandoci alla conclusione, non rimane che menzionare *Arie aque luoghi* in cui è dato rilevare un passaggio, apparentemente completo, dal maschile al femminile. Nel capitolo 22 (L 2.76 sgg.) di questo trattato, infatti, si parla di una forma di impotenza che colpisce gli uomini sciti: «gran parte degli Sciti divengono impotenti e attendono a lavori femminili e vivono come le donne e parlano allo stesso modo: son chiamati costoro Anarieis». La nostra impressione, tuttavia, è che la logica che sottende a questo passo ippocratico non individui semplicemente un'occorrenza analoga, ma di segno contrario, alle circostanze considerate sopra. Innanzitutto, è significativo che si tratti di Barbari e non di Greci, una distinzione che in questo trattato ha un certo peso (16, L 2.62-64). (Così come Barbari erano gli Sciti – ancora loro! – che a detta di Erodoto erano soliti uccidere per strangolamento le loro vittime sacrificali). Inoltre, in altri capitoli l'autore insiste sulla singolarità di questo popolo, sia per quanto riguarda la loro costituzione fisica, sia la regione che abitano e i loro costumi. Ad esempio, per quanto riguarda l'esteriorità fisica il medico ippocratico insiste sull'apparente indifferenza di aspetto tra i due sessi, dovuta all'umidità delle carni, una caratteristica, si ricorderà, che per gli ippocratici è tipicamente femminile. «Tutto questo [le condizioni ambientali e climatiche] fa necessariamente sì che il loro aspetto sia pesante e carnoso, e senza giunture visibili, molle e flaccido, e inoltre che la parte inferiore dell'apparato digerente sia umida per quanto possono esserlo dei visceri. Non è infatti possibile che il ventre si prosciughi in tale regione, sia per la natura sia per l'assetto delle sue stagioni; piuttosto, per il grasso e la pelle glabra sono di aspetto simile tra loro, gli uomini agli uomini e le donne alle donne» (*Arie acque luoghi* 19, L 2.72). Inoltre, in 17 (L 2.66) si fa menzione di un'altra popolazione scita, i Sauromati, presso la quale, a detta dell'autore ippocratico, «le donne cavalcano e da cavallo tirano d'arco e di giavellotto e combattono contro i nemici, finché sono vergini». Oltre a ciò, tra di essi vige l'usanza di cauterizzare la mammella destre alle loro bambine, in modo da poter agevolmente tirare con l'arco senza impedimenti di sorta. Non sarà un caso che simili usanze ricordino quelle in vigore presso il mitico popolo delle Amazzoni: un ulteriore indizio, ci pare, della collocazione della popolazio-

ne scita, nella sua interezza (cioè non limitatamente agli *Anarieis*) in un ambito ideologico marcatamente femminile.

Se questa lettura è corretta, possiamo forse rinvenire anche nei testi medici quella asimmetria nelle transizioni tra ambiti maschili e femminili che abbiamo visto all'opera nella Tragedia: qui, come altrove, la valenza differenziale dei sessi non consente una completa transitività tra gli elementi dell'opposizione. Perché la differenza biologica fondamentale, sulla quale si sono costituiti le categorie di identico e di differente, potesse funzionare come ineguaglianza vissuta, era necessario che prendesse la forma di un'asimmetria, più che di una dicotomia vera e propria, permettendo solo certi passaggi logici ma non certi altri. O, in altri termini, perché possa darsi un rapporto concettuale orientato, è necessario che i termini della relazione non godano della "proprietà commutativa".

Siamo partiti dalla constatazione di una difficoltà che può suscitare imbarazzo nel lettore dei testi ippocratici: l'assenza pressoché totale di riferimenti al mestruo in opere di interesse non medico e la corrispondente sovrabbondanza di tali riferimenti nei trattati ippocratici di occorrenza ginecologica. L'analogia con le società studiate dagli antropologi ci ha suggerito che forse non basta invocare il carattere specialistico dei testi del *Corpus* per spiegare questa evidente asimmetria. Constatata, inoltre, la difficoltà di venire a capo della questione attraverso un'analisi esclusivamente filologica, abbiamo tentato di dare una risposta al nostro interrogativo portandoci su di un piano semantico e causale più generale, con l'obiettivo di individuare un codice più elevato che ci consentisse quel collegamento tra ambiti diversi che la sola analisi terminologica (ad esempio della parola *katharsis* e derivati) non ci restituiva: un livello, ci permettiamo di aggiungere, prossimo a quello distintivo del linguaggio mitico secondo Lévi-Strauss. Da questa differente prospettiva abbiamo potuto constatare l'esistenza di una simbologia dei sessi condivisa dagli autori greci dei differenti generi letterari presi in considerazione, che, ci pare, riduca la distanza che all'inizio avevamo osservato tra essi, rispondendo, almeno in parte, ai quesiti che ci eravamo posti.

Al di là dei risultati particolari raggiunti, se la nostra ipotesi non è del tutto infondata, essa ha almeno il pregio di evidenziare un aspetto dell'opera ippocratica a cui non sempre viene data la giusta rilevanza e che, ci pare, espliciti il contributo che può apportare la riflessione demo-etno-antropologica a questo genere di studi.

In queste pagine ci siamo proposti di rinvenire nelle nozioni ippocratiche sulle "malattie delle donne" il modello esplicativo della realtà che esse

sottintendono, nel riconoscimento, sulla scia di Mirko Grmek, della natura prevalentemente concettuale delle malattie (GRMEK M. 1985 [1983]: 8-9). In particolare, adottando la definizione di malattia proposta da Grmek, abbiamo inteso quest'ultima non come entità ontologica rinvenibile nel mondo fisico, bensì come processo esplicativo della realtà, e perciò stesso prodotto di una filosofia della medicina plasmata all'interno di quella realtà di cui, all'occorrenza, è chiamata a dare conto. Siamo persuasi infatti, con Marc Augé, che le malattie costituiscano il mezzo e non l'oggetto di interpretazione (AUGÉ M. 1986: 86).

D'altra parte, il particolare taglio dato a questa analisi sulla medicina antica è stato determinato dalla fiducia nella possibilità di un proficuo connubio tra discipline diverse come l'antropologia, la storia e la filologia; convinti come siamo che la strada della multidisciplinarietà sia la via giusta da imboccare per giungere alla tanto auspicata "costruzione di un impianto unitario delle scienze umane", che secondo Tullio Seppilli le ricerche di antropologia della malattia avrebbero il potere di promuovere (SEPPILLI T. 1997: 282).

## Note

<sup>(\*)</sup> Il sostantivo indica principalmente il mestruo (tuttavia, nell'accezione ippocratica esso va inteso in un senso più lato, come spiegato nel corpo del testo). Nel seguito, le citazioni dai testi classici di cui è disponibile una traduzione italiana saranno riportate in italiano, indicando nella bibliografia l'edizione utilizzata. Riguardo alle citazioni da opere per le quali non è disponibile una versione italiana, la traduzione dal greco, salvo diversa indicazione, è mia: in questo caso sarà sempre riferita in nota la citazione originale in caratteri greci. I singoli termini, saranno riportati in caratteri greci indicandone accanto la traduzione italiana. Solo dei vocaboli in qualche modo più comunemente utilizzati e comprensibili in italiano sarà riportata la parola greca traslitterandola in caratteri latini.

<sup>(1)</sup> Cfr. inoltre DOUGLAS M. 1975b [1966], 1979 [1970], 1990 [1986], LEACH E. R. 1998 [1967, 1969] e 1973 [1961]: 13-50.

<sup>(2)</sup> Cfr., ad esempio, *Natura della donna* 94 (L 7.412); *Malattie delle donne I* 17 (L 8.56) e 66 (L 8.136); *Malattie delle donne II* 133 (L 8. 284) e 138 (L 8. 312); *Donne sterili* 241 (L 8. 454). Cfr. anche King H. 1998: 179.

<sup>(3)</sup> Cfr., ad esempio, DOUGLAS M. 1975a, 1979 [1970], LOUDON J. B. 1977, AUGÉ M. 1980: 451-452, BROWNER C. H. - SARGENT F. 1990: 220-221, ROSALDO M. Z. - ATKINSON J. M. 1975, SKOULTANS V. 1970, HÉRITIER F. 1979, 2002d, LOMBARDI-SATRIANI L. M. - MELIGRANA M. 1989 [1982]: 398 sgg., MARTIN E. 1998 [1988], BUSONI M. 2000: 49-50.

<sup>(4)</sup> In generale, osserva Moulinier (1952: 158), la difficoltà di trattare questo soggetto deriva dal fatto che il verbo *kathairein* può avere come complemento oggetto sia l'elemento da cui il corpo si purga (pus, flegma e così via), sia la parte del corpo sottoposta a tale purgazione.

<sup>(5)</sup> *Ferite nella testa* 15 (L 3.243-4) e 16 (L 3.246); *Articolazioni* 63 (L 4.272); *Epidemie II*, 6, 21 (L 5.136); *Epidemie V*, 4 (L 5.206); *Malattie I* 21 (L 6.180), *II* 57 (L 7.90), *III* 15 (L 7.136-7); *Afezioni* 38 (L 6.248); *Piaghe* 6 (L 6.404), 8 (L 6.406), 11 (L 6.410), 12 (L 6.414), 14 (L 6.418); *Regime nelle malattie acute* 4, L 2.254; *Epidemie III*, 3, 13 (L 3.94); *Prognostico* 15 (L 2.148); *Natura dell'uomo* 12 (L 6.62); *Aforismi VII* 79-80 (L 4.604).

<sup>(6)</sup> Cfr. anche *Malattie delle donne I* 64 (L 8.132), 65 (L 8.134) e 66 (L 8.136 sgg.).

<sup>(7)</sup> *Epidemie V* 22 (L 5.222); *Afezioni 2* (L 6.210), 4 (L 6.212), 18 (L 6.226), 20 (L 6.230), 23 (L 6.234), 25 (L 6.236), 32 (L 6.244); *Afezioni interne 10* (L 7.190), 37 (L 7.260), 45 (L 7.278); 49 (L 7.290); *Malattie II* 12 (L 7.22), 13 (L 7.24), 15 (L 7.28), 43 (L 7.60), 51 (L 7.80), 66 (L 7.100), 71 (L 7.108), 72 (L 7.110), 73 (L 7.113); *Malattie III 1* (L 7.118), 2 (L 7.120), 3 (L 7.122); *Luoghi nell'uomo 13* (L 6.300), 18 (L 6.310), 23 (L 6.314), 33 (L 6.324). JOUANNA J. 1994 [1992]: 319-320.

<sup>(8)</sup> Cfr. anche *Malattie delle donne II* 115 (L 8.248-250), 118 (L 8.254) e *Epidemie V* 12 (L 5.212).

<sup>(9)</sup> *Ferite nella testa 20* (L 3.256); *Epidemie III 3*, 8 (L 3.86); *Regime nelle malattie acute (Appendice) 1* (L 2.396), 7 (L 2.418), 11 (L 2.458-9), 19 (L 2.496); *Epidemie V* 34 (L 5.230); *Prenozioni coe XV*, 297 (L 5.650) e XIX, 371 (L 5.662). *Aforismi I 2* (L 4.458); *Malattie I 8* (L 6.154); *Afezioni 4* (L 6.212), 20 (L 6.230), 23 (L 6.234); *Malattie II 15* (L 7.28); 74 (L 7.112); *Malattie III 2* (L 7.120), 4 (L 7.122), 9 (L 7.128), 14 (L 7.134); *Afezioni interne 6* (L 7.182), 35 (L 7.254). Somministrazione di farmaci per l'evacuazione di umori in eccesso: *Regime nelle malattie acute 4* (L 2.246); *Aforismi IV 4* (L 4.502), 6 (L 4.504), 7 (L 4.504), 9 (L 4.504), 13 (L 4.504-6), 17 (L 4.506), 18 (L 4.506), 20 (L 4.508). Cfr. anche *Malattie delle donne I 3* (L 8.22), 16 (L 8.51), 64 (L 8.134) e 79 (L 8.198); *Malattie delle donne II 134* (L 8.302); *Donne sterili 177* (L 8.360), 217 (L 8.418) e 221 (L 8.424); *Superfetazione: 29* (L 8.494), *Natura dell'uomo 5* (L 6.42).

<sup>(10)</sup> Cfr. *Aforismi I 25* (L 4.470), *IV 3* (L 4.502) e *Aforismi II 36* (L 4.480) e *II 37* (L 4.480).

<sup>(11)</sup> Cfr., ad esempio, *Malattie delle donne I 38* (L 8.94); *Regime nelle malattie acute 4* (L 2.254); *Epidemie III 3*, 10 (L 3.90); *Epidemie II 3*, 11 (L 5.114); *Epidemie IV 7* (L 5.146); *Afezioni 20* (L 6.230); *Regime II 66* (L 6.584); *Epidemie VI 3*, 1 (L 5.292). In *Malattie delle donne I 1* (L 8.14) le occupazioni maschili consentono una *katharsis* del corpo, che nelle donne si raggiunge esclusivamente attraverso le regole. Sul bagno del paziente, prescrizione frequentissima nei testi ginecologici (e non solo), cfr. ANDÒ V. cur. 2000: 49, 221 nota 28. Sull'utilizzo delle ventose cfr. *Epidemie IV 20* (L 5.160); *Malattie delle donne I 71* (L 8.150), *Malattie delle donne II 144* (L 8.316), *Donne sterili 233* (L 8.448) e 248 (L 8.462).

<sup>(12)</sup> «οἱ ἰητροὶ βάλαντους, οὐκ ἀρεκῶν πυν+ανωμένοι θή/προφασίν θή nousou, ἀλλ' ἄ τὰ βάλαντικὰ ὠσῆατα ἰγῶνοι ... διαφερεῖ γὰρ ἡ ἰησιὸ πολλῶ τῶν γυναικίῳν νοσημάτων καὶ τῶν ἀνδρῶν».

<sup>(13)</sup> Cfr., ad esempio, 3 (L 2.14 sgg.), 4 (L 2.18 sgg.) e 5 (L 2.22-24).

<sup>(14)</sup> «Ἐπιθεῖ γυναικίαι. Sul ἰθυιὸ τῶν ἐμ+ρῶν καὶ βί. ἰρῶσμοιτε καὶ βί. ἰκοκο κρινῶνται ἐπὶ οἰσῖπερ αἰφ' ἡ νοσοὶ καὶ βί. ἰγίαι καὶ βί. ἰαῶτοι τοῖσι σῦμπασιν ἀν+ρῶσιν».

<sup>(15)</sup> Cfr. anche KING H. 1983: 112 e 125 nota 9. Secondo MARTIN E. (1998 [1988]: 354) un'analogia differenza è rinvenibile *mutatis mutandis* nella nostra società.

<sup>(16)</sup> Cfr. anche LORAUX N. 1991c [1981, 1989]: 18.

<sup>(17)</sup> In *Malattie delle donne I 1* (L 8.12) e in *Sulle ghiandole 16* (L 8.572) viene proposta un'analogia tra costituzione maschile e femminile rispettivamente e le differenti proprietà assorbenti di un pezzo di feltro e un batuffolo di lana: secondo Hellen King (1998: 29) «this also suggests that women are 'raw material', while men are the finished product of a manufacturing process». Su questa particolare similitudine ippocratica cfr. LLOYD G.E.R. 1992 [1966]: 350-351.

<sup>(18)</sup> Analoghe nozioni sono presenti nel folclore dell'Italia meridionale, presso alcune comunità dell'Irpinia ove vige la convinzione che il flusso femminile sia una sorta di purgazione periodica degli elementi contaminanti presenti nell'organismo delle donne (la "roba sporca"). Le donne, la cui purgazione periodica si blocca o è minore del necessario (il cui utero è "legato"), cadono in "depressione", in base alla morfologia e alla struttura dell'organismo prevista dal folclore locale. A provocare simili evenienze si ritiene sia generalmente l'azione di una fattucchiera che "lega" l'utero delle sue vittime. Cfr. PIZZA G. 1998: 80.

<sup>(19)</sup> Cfr. anche *Malattie delle donne II 111* (L 8.238). In *Prorretico II 24* (L 9.54) le differenti costituzioni femminili influiscono sull'attitudine al concepimento. Sulla variazioni del flusso femminile nei testi ippocratici cfr. KING H. 1998: 71-73. Sui problemi filologici posti dal passo di *Natura della donna* citato cfr. ANDÒ V. cur. 2000: 18-21.

<sup>(20)</sup> «Μετρία δ' ἐστὶ βῆσι γυναικίῳν ὡς ἐπὶ τῆς ἡμῶν ταύτης ἐπιμῆναι ἐξ ὧντα ὄσον κούλαι δύο ἀττικαὶ τῆς ὀφθῆς πλεῖστα ἡ ἐξ ἄσωνα, ταυτὰ δὲ βί. ἰδῆσθαι δύο ἡ τρεῖς ὁ δὲ πλεῖστον κούραι ἡ ἐξ ἄσων ἐπιμῆσθαι καὶ ἀφορῶν ἐστὶ».

<sup>(21)</sup> Cfr. anche *Natura della donna* 16 (L. 7.334-336) e *Malattie delle donne I* 57 (L. 8.114).

<sup>(22)</sup> Cfr. anche *Malattie delle donne I* 12 (L. 8.48) e 37 (L. 8.92); *Malattie delle donne II* 133 (L. 8.302); *Prorretico II* 24 (L. 9.54).

<sup>(23)</sup> Nero è il sangue di «buoi dalle belle corna e di splendide pecore» nell'*Aiace* di Sofocle (v. 376); ed è «il puro, bruno sangue di una vergine» che Neottolema offre in sacrificio al suo defunto padre Achille nell'*Ecuba* di Euripide (vv. 536-537). Tuttavia cfr. Aristofane, *Le rane*, vv. 730-4. Analogie simili si trovano in *Malattie delle donne I* 72 (L. 8.152), in riferimento al flusso lochiale, e in *Malattie delle donne II* 113 (L. 8.242), per indicare una degenerazione patologica del flusso. Aristotele paragona le mestruazioni delle fanciulle puberi a «un flusso di sangue simile a quello di un animale appena sgozzato» (*Historia Animalium* 581b 1-2). Sulle sfumature di significato di tali analogie nei differenti autori cfr. KING H. 1998: 90 seg.

<sup>(24)</sup> Un'analogia simile anche in *Malattie delle donne II* 110 (L. 8.238); in 115 (L. 8.248) e in 121 (L. 8.262) il flusso uterino è simile al succo che cola dalla carne arrostita, ad urina di montone in 118 (L. 8.254), al tuorlo d'uovo in 119 (L. 8.258).

<sup>(25)</sup> «*gunaika afokon epusan h'tetok+ian calepwteron lai Vasson apo Vwñ katanhiwn wosewin` ollotan gal'tekh/eufowteravoi.ta V'lebiae'jtin ej' ta Katamnia` eufoa dev'fin poievi gines+ai h.I ocitr kavarsiò kai Vi.katarj'dgh Vou-swmetoò*».

<sup>(26)</sup> «*Kai Vite mazoi Kai Vala mella melw ollosa ugroterave'jti, katarj'lygnutai twñ gunaikwñ, h'kista me'w ej' tw/prwtw/tokw/ epeita de Vwð aj' pleiowwñ peirewntai tokwn, ej' mallon katarj'lygnutai diakeno+me'wñ twñ flebwñ upo Vhò kavarsiò twñ loxiwñ*». *Natura del bambino* 18 (L. 7.500) e *Malattie delle donne I* 72 (L. 8.152) fissano all'incirca ad una cotilia attica (0,27 litri) e mezzo la quantità ideale di flusso lochiale evacuato dopo il parto.

<sup>(27)</sup> Analoghe occorrenze si hanno in *Natura della donna* 35 (L. 7.376), 38 (L. 7.380), 39 (L. 7.382), 40 (L. 7.384); *Malattie delle donne I* 5 (L. 8.28) ecc.

<sup>(28)</sup> «*Cietai dejmavista par+ewisn palaih'ji kai Vhrh'sin ollosai litm nexi epusai chreu'vusi` liotai de V mavista th'sin afovoisi pampan lai V'teivh'sin, ofi ej' twñ tokwn ej'sin` ou gal'ginetai h.I ocitr kavarsiò*». Altri esempi in *Malattie delle donne I* 4 (L. 8.28) e 7 (L. 8.32) e in *Malattie delle donne II* 145 (L. 8.320).

<sup>(29)</sup> Si noti, tuttavia, che talora il rapporto sessuale può essere terapeutico anche per l'uomo: in *Epidemie VII* 69 (L. 5.432) un certo Timocarite guarì da flussione di umori dal naso dandosi a coito («*afrodisiasanti ejhraw+h panta*»). Del resto, in *Natura del bambino* 21 (L. 7.544) la frequenza del coito contribuisce all'allargamento delle vene nell'uomo, favorendo in questo modo, seconda la fisiologia ippocratica, un maggior apporto di seme.

<sup>(30)</sup> Sulla funzione taumaturgica del coito cfr. anche ANDÒ V. cur. 2000: 225 nota 40.

<sup>(31)</sup> Cfr. le disposizioni della legislazione soloniana in materia di fornicazione di fanciulle, adulterio e seduzione di donne sposate: PLUTARCO, *Solone* 23, 1-2, LISIA, *Per l'uccisione di Eratostene* 32-33, DEMOSTENE, *Contro Neera* 59, 87.

<sup>(32)</sup> Cfr., ad esempio, *Natura della donna* 8, L. 7.324 (ed il commento *ad loc.* di ANDÒ V. cur. 2000), *Malattie delle donne I* 17 (L. 8.56), 11 (L. 8.46) e 12 (L. 8.48).

<sup>(33)</sup> Le norme che regolamentavano l'accesso ai santuari nelle età successive inducono a prendere posizione in questo senso: cfr. SOKOLOWSKI F. 1955: n. 55, 5; 1962: nn. 54, 7; 91, 16; 119, 13; 1969: n. 49, 5.

<sup>(34)</sup> *De insomniis* 2, 459b 24 - 460a 1; sulla controversa autenticità del brano cfr. VEGETTI M. - LANZA D. cur. 1971: 1165-1167 nota 6.

<sup>(35)</sup> Cfr., ad esempio, in PLINIO, *Storia naturale*, 17.266 e 7.64, 28.78-80, ELIANO, *La natura degli animali*, 6. 36. Oggi particolari poteri sono riconosciuti al mestruo anche nel folclore popolare italiano, per limitarci all'area mediterranea. Così nel perugino il sangue delle regole veniva somministrato internamente per distruggere i calcoli (ZANETTI Z. 1978 [1892]: 100-102, 238 nota 1). PIZZA riferisce per l'area irpina la convinzione che se una donna mestruta cammina presso il luogo in cui è stata gettati antipassitari per le colture agricole ne annullerà l'effetto (PIZZA G. 1998: 78). Guggino, che ha compiuto ricerche sul folclore siciliano, riferisce della diffusa raccomandazione di non toccare piante quando si è mestruate, perché, altrimenti, esse appassirebbero (GUGGINO



E. 1986: 73). Analoghe cognizioni presenti nel folklore del Mezzogiorno italiano sono riferite in LOMBARDI-SATRIANI L. M. - MELIGRANA M. 1989 [1982]: 398 sgg.

<sup>(36)</sup> In reità, sappiamo da Aristotele che anche EMPEDOCLE (*De generatione animalium* 764a 1) e PARMENIDE (*id.* 264a 24) si occuparono di *katharsis* come flusso mestruale. Rimane il fatto che l'impiego di questo termine per indicare il mestruo figura in una testimonianza successiva all'età classica.

<sup>(37)</sup> Sui temi "irriverenti" della commedia e della tragedia cfr. ARISTOFANE, *Nuvole* 373, *Cavalieri* 1286, *Le Rane*, vv. 1079-1081. Cfr. anche REDFIELD J. 2001 [1991]: 160, PARKER R. 1996 [1983]: 102, MOULINIER L. 1952: 68. Accenni sul potenziale innovativo dei generi teatrali, in particolare della Tragedia, sull'ideologia della società greca, nel senso di «pensare l'impensabile», si trovano in LORAUX N. 1988c [1985]: 62-63. Cfr. anche CARTLEDGE P. 1996: 53.

<sup>(38)</sup> Come sembra fare TAMBIAH S.J. 1993 [1990]: 22.

<sup>(39)</sup> Le conseguenze sul pensiero mitico e prefilosofico dell'abitudine dei filosofi a formulare problemi e ad elaborare categorie atte allo scopo sono state indagate in LLOYD G.E.R. 1991 [1990]. Cfr. anche VIDAL-NAQUET P. 1988 [1967, 1981]: 228, il quale rinviene nell'opera storiografica di Tuciddide le opposizioni binarie presenti, secondo Lévi-Strauss, nella struttura dei miti.

<sup>(40)</sup> È doveroso rilevare che Nicole Loraux, le cui riflessioni utilizziamo ampiamente, sembra scettica sull'opportunità di proporre analogie troppo strette tra la scrittura dei trattatisti medici e quella degli autori di altri generi letterari: cfr. LORAUX N. 1991b [1985, 1989]: 114-115.

<sup>(41)</sup> Cfr. anche ESCHINE 3. 244.

<sup>(42)</sup> EURIPIDE, *Elena*, vv. 686-6877 (cfr. anche i vv. 134-136 e 353-359), *Ippolito*, 770-773, SOFOCLE, *Antigone*, vv. 53-54.

<sup>(43)</sup> Sull'impiccamento delle vergini nel mito cfr. KING H. 1983: 118-120 e ANDÒ V. 1990. Sull'impiccamento come morte delle spose nella tragedia cfr. LORAUX N. 1991b [1985, 1989]: 316 nota 69 e il differente punto di vista di King (1998: 260 nota 16). Sul suicidio cruento delle madri e le uccisioni delle vergini nella tragedia cfr. LORAUX N. 1988a [1985]: 33, 1988b [1985]: 17. Sfuggono alla tendenza delineata sopra Giocasta e Clitemnestra: forse perché entrambe condividono uno stato ambiguo. La prima è contemporaneamente sposa e madre di Edipo nell'*Edipo re* di Sofocle. Circa Clitemnestra, nel processo ad Oreste nelle *Eumenidi* il suo statuto di sposa o di madre sembra essere oggetto della disputa tra le parti: cfr., ad esempio, i vv. 202-203, 210-211 sgg., 600 sgg., 736-740. A proposito dell'*Antigone* sofoclea, si noterà che l'"eccezionalità" della sua morte è attenuata dalla relazione tra la stanza nuziale e la tomba (cfr. il v. 891). Cfr. ANDÒ V. 1990: 735 nota 60.

<sup>(44)</sup> SOFOCLE, *Edipo re*, 1261 e 1263-1264, SOFOCLE, *Trachinie*, 917-922, EURIPIDE, *Ippolito*, 809-10. Anche Deianira, che nelle *Trachinie* di Sofocle si dà una morte "da uomo", muore nel proprio letto. Cfr. LORAUX N. 1988b [1985]: 23-26.

<sup>(45)</sup> Dono di un altro guerriero, Ettore (SOFOCLE, *Aiace*, vv. 660 sgg.): quasi una morte in battaglia differita; cfr. LORAUX N. 1991: 89.

<sup>(46)</sup> ERODOTO, *Storie*, IV, 60; cfr. anche IV, 72. In Grecia (a differenza di Roma) non è dato rilevare differenze di natura etico-giuridica tra il supplizio dell'impiccagione e dello strangolamento: cfr. KING H. 1998: 259 n. 5.

<sup>(47)</sup> Cfr. l'interpretazione di Ernesto de Martino (1976 [1961]: 204) delle vicende di *Io* nel dramma eschileo *Prometeo incatenato*, del trattato ippocratico *Malattie delle fanciulle* e dell'epidemia suicida delle vergini di Mileto (PLUTARCO, *Moralia*, 249b-d). La perdita della *parthenia* era considerata dai Greci un'evenienza che incuteva timore alle fanciulle, le quali, pertanto, cercavano di sottrarsi ad essa o almeno di allontanarne il momento: oltre al dramma eschileo *Le supplici*, cfr. SOFOCLE, *Le Trachinie*, vv. 144-152 e *Antologia palatina*, IX, 245; cfr. anche l'interpretazione di Loraux (1998: 151-152) di un passo del *Menesseno* di Platone (237d 3 - 238a 7), in cui la studiosa parla di «tendenza alla ritenzione della maternità» da parte delle donne. La paura di sottomettersi al destino riservato al proprio sesso, del resto, è comune presso numerose società fortemente patrilineari, studiate dagli antropologi, in cui la naturale ostilità, ritenuta propria delle donne, a dare la vita, viene superata mediante tecniche rituali e sociali appropriate (HERITIER F. 2002 [1984, 1996]: 84).

<sup>(48)</sup> *Stomax* indica sia la bocca, sia la bocca dell'utero, e *aufjh* (*Donne sterili* 230, L 8.438) o *travloò* (*Malattie delle donne* II 169, L 8.348) valgono tanto "collo" quanto "collo dell'utero". Secondo Paola Manuli il corpo femminile nell'immagine ippocratica sarebbe costituito da una "vagina ininterrotta dalla narici all'utero" (1983 [1980]: 157). Cfr. anche LORAUX N. 1988c [1985]: 62 e KING H. 1998: 28, 68-69. Sulla *katharsis* dagli orifizi rinolaringei cfr. *Malattie delle donne* I: 2 (L 8.22); 41 (L 8.98-100); 68 (L 8.142); *Malattie delle donne* II: 133 (L 8.282); 153 (L 8.328); *Aforismi*: V 33 (L 4.544); V 35 (L 4.544); V 49 (L 4.550); *Epidemie* II 5, 25 (L 5.132); *Prorretico* II 25 (L 9.59). In *Natura del bambino* 15 (L 7.494), tuttavia, viene precisato che il sangue mestruale non è dello stesso tipo di quello normalmente presente nel corpo.

<sup>(49)</sup> Terapia della doppia fumigazione, frequentissima nei testi ippocratici di interesse ginecologico, consisteva nell'esposizione a effluvi di vapore, profumati o fetidi, nella zona genitale, con l'aggiunta di suffumigi di segno contrario sotto le narici. L'intento era attirare o respingere la matrice a seconda delle necessità, essendo essa ritenuta sensibile alle differenti esalazioni. Cfr. KING H. 1998: 37 e 119. Tale terapia contro i disturbi causati dalla mobilità dell'utero è presente oggi nel folclore di alcuni Paesi mediterranei, dove, talora, si somministrano gli stessi ingredienti prescritti nei testi ippocratici: cfr. CHARUTY G. 1987: 49 sgg. e ZANETTI Z. 1978 [1892]: 81. Similmente, per determinare la fecondità di una donna, in *Natura della donna* 96 (L 7.412-14), *Malattie delle donne* II 146 (L 8.322), *Donne sterili* 214 (L 8.414) e 230 (L 8.440), nonché in ARISTOTELE, *De generatione animalium* 747a 7-12, si considera se la sua bocca odora dell'essenza del pessario introdotto preventivamente nella vagina: analoghi procedimenti, rinviati a nozioni simili sul corpo femminile, sono rinvenibili oggi presso alcune comunità mediterranee: cfr. CHARUTY G. 1987: 56, 66 nota 15.

<sup>(50)</sup> Frequentissimi i casi in cui lo spostamento della matrice provoca nell'ammalata soffocamento o afonia o entrambi i disturbi: cfr., ad esempio, *Malattie delle donne* II: 123 (L 8.266), 124 (L 8.268), 125 (L 8.268), 126 (L 8.270), 128 (L 8.274), 130 (L 8.278), 201 (L 8.384), 203 (L 8.388); *Natura della donna* 62 (L 7.400), 18 (L 7.338), 3 (L 7.314). In *Malattie delle donne* II 200 (L 8.382), 201 (L 8.384) e 203 (L 8.389) lo spostamento della matrice causa mal di testa; in *Epidemie* V 12 (L 5.212) lo stesso disturbo è provocato dalla soppressione del flusso mestruale, mentre in *Prenozioni* *coe* 537 (L 5.706) l'inizio delle mestruazioni causa mal di gola.

<sup>(51)</sup> Proponiamo qui un'interpretazione complementare a quella di Nicole Loraux. Secondo la studiosa, nelle ammalate di *Malattie delle fanciulle* "lo strangolamento dall'alto ripete quello dal basso" (1991b [1985, 1989]: 115); l'impiccamento cioè rappresenta un tentativo di via di uscita verso l'alto di una oppressione dal basso. Cfr. tuttavia le obiezioni di Valeria Andò (1990: 723).

<sup>(52)</sup> Cfr. ad esempio *Ferite nella testa* 2 (L 3.190-192.), 3 (L 3.192-4), 4 (L 3.196); *Epidemie* II 2, 9 (L 5.88); *Epidemie* IV: 27 (L 5.172), 50 (L 5.190); *Epidemie* V: 21 (L 5.220), 45 (L 5.234), 46 (L 5.234), 47 (L 5.234), 49 (L 5.236), 62 (L 5.242) e 98 (L 5.265), 59 (L 5.240), 74 (L 5.246), 95 (L 5.254); *Epidemie* VI: 31 (L 5.400), 33 (L 5.402), 36 (L 5.404), 81 (L 5.436); *Fistole* 1 (L 6.448).

<sup>(53)</sup> Cfr. ad esempio *Epidemie* V 33 (L 5.230) e 55 (L 5.238), *Epidemie* VII 41 (L 5.408), 73 (L 5.432) e 77 (L 5.434).

<sup>(54)</sup> Cfr. *Arie acque luoghi*, 3 (L 2.14 sgg.), 4 (L 2.18 sgg.), 7 (L 2.26 sgg.), 9 (L 2.36 sgg.), 10 (L 2.42 sgg.).

<sup>(55)</sup> Cit. in ROSELLI A. cur. 1975: XL nota 12.

<sup>(56)</sup> Cfr. anche *Epidemie* II 3, 2 (L 5.104); *Epidemie* VI 3, 11 (L 5.296-298) e 7, 1 (L 5.334); *Malattie* I 16 (L 6.169-171); *Regime nelle malattie acute* (*Appendice*) 11 (L 2.458).

<sup>(57)</sup> Ferma restando la differenza anche presso gli autori ippocratici tra una frattura o una lussazione e una malattia propriamente detta (*nosos*).

<sup>(58)</sup> Cfr. *Articolazioni* 8 (L 4.96), 33 (L 4.150), 52 (L 4.230), 71 (L 4.292), 82 (L 4.322); *Fratture* 4 (L 3.428); *Ferite nella testa* 19 (L 3.254) e 20 (L 3.254).

<sup>(59)</sup> ERODOTO III, 130; cfr. JOUANNA J. 1994 [1992]: 132-135. Di Benedetto (1986: 170), tuttavia, nota che, nella pratica della cauterizzazione, «c'è come un rovesciamento» di quanto riferisce Erodoto nel passo citato. Nondimeno, cfr. l'invito di *Malattie* I 10 (L 6.158) a non fare inutilmente male al paziente allorché si proceda a cauterizzazione o incisione e le numerose raccomandazioni, nei testi ginecologici, di tener conto delle forze della paziente e della sua capacità di sopportare le

terapie: cfr. *Malattie delle donne II* 133 (L. 8.288), 181 (L. 8.364); *Donne sterili* 230 (L. 8.444), 241 (L. 8.456). Alle donne, tuttavia, non si risparmiava la succussione sulla scala, procedimento adottato di preferenza nei testi ginecologici: cfr. *Malattie delle donne I* 68 (L. 8.144) e *II* 144 (L. 8.318), *Donne sterili* 248 (L. 8.462), *Natura della donna* 5 (L. 7.318); *Epidemie V* 103 (L. 5.258) e *VII* 49 (L. 5.418); ma cfr. *Articolazioni* 42 (L. 4.184) e 44 (L. 4.190).

<sup>(60)</sup> Il greco *hélkos* vale tanto “piaga” quanto “ulcerazione”. Sia chiaro che stiamo rilevando una tendenza: in realtà, al di fuori dei trattati traumatologici alle donne non erano risparmiati procedimenti come il salasso, la cauterizzazione o l’incisione. Cfr. *Malattie delle donne I* 20 (L. 8.60), 71 (L. 8.150) e 77 (L. 8.172); *Malattie delle donne II* 134 (L. 8.302); *Donne sterili* 230 (L. 8.444), 232 (L. 8.446), 233 (L. 8.448) e 241 (L. 8.456); *Natura della donna* 6 (L. 7.320); *Estrazione del feto* 5 (L. 8.516); *Epidemie II* 4, 5 (L. 5.126); *Epidemie IV* 39 (L. 5.180); *Epidemie V* 63 (L. 5.242); *Epidemie VI* 7, 1 (L. 5.336); *Epidemie VII* 28 (L. 5.400) e 45 (L. 5.414); *Superfetazione* 23 (L. 8.488). Non mancano neppure casi di donne sottoposte a trapanazione del cranio (*Epidemie V* 28, L. 5.226). Simili precizzazioni, tuttavia, sono in numero decisamente irrisorio rispetto ad analoghi interventi eseguiti sul corpo maschile. Cfr. DI BENEDETTO V. 1986: 161-180.

<sup>(61)</sup> *Aforismi V* 51 (L. 4.550); *Natura del bambino* 14 e 15 (L. 7. 492-494). SISSA G. 1992 [1987]: 146-148. LORAUX N. 1991a [1984, 1985, 1989]: 98, 1991b [1985, 1989]: 107, 114.

<sup>(62)</sup> Del resto, non mancano nel *Corpus* evenienze di segno contrario, in cui le sofferenze di malati uomini sono equiparate ai dolori del parto: cfr. *Affezioni interne* 17 (L. 7.206).

<sup>(63)</sup> *Natura del bambino* 14 (L. 7.492), *Superfetazione* 24 (L. 8.488), *Epidemie II* 2, 18 (L. 5.90). Cfr. LORAUX N. 1991b [1985, 1989]: 117: paradosso del corpo femminile nell’antica Grecia, contemporaneamente troppo aperto e troppo chiuso. Cfr. anche SISSA G. 1992 [1987]: 158-159: la fisiologia femminile nella medicina antica sarebbe caratterizzata da apertura e chiusura reversibili del corpo. Giovanni Pizza rinviene analoghe nozioni nel folclore campano, dove l’“apertura” del corpo femminile rende le donne maggiormente vulnerabili alle aggressioni esterne (malattie, fature ecc.) rispetto agli uomini, il cui corpo è, invece, “chiuso” (cfr. PIZZA G. 1998: 78 segg.).

<sup>(64)</sup> Ad esempio, “la figlia di Filone” (I, II, 9, L. 2.658), “la moglie di Dromedeia” (I, III, 13-11, L. 2.708), “una donna appartenente alla casa di Pantimide” (III, 2, 10, L. 3.60), e così via; o, in alternativa: “una donna che giaceva malata presso la spiaggia” (I, III, 13-13, L. 2.712) e simili.

<sup>(65)</sup> Cfr. SOFOCLE, *Aiace*, 293; TUCIDIDE, II, 45. 2; ARISTOTELE, *Politica*, I, 13, 1260a 30-1.

<sup>(66)</sup> Euripide, *Baccanti*, vv. 833, 1096-1100, 1114, 1246 (è significativo che l’uccisione di Penteo avvenga per squartamento e non per sgozzamento: vv. 1222-1131). Cfr. anche Euripide, *Ifigenia in Tauride*, 38-41. In *Ecuba*, 1033, la mano femminile è *apólemos* (“debole”, “inabile alla guerra”).

<sup>(67)</sup> *Natura della donna* 1 (L. 7.312); *Malattie delle donne II* 111 (L. 8.238-40); *Natura del bambino* 30 (L. 7.534-6). Di contro, in *Regime I* 33 (L. 6.512), la vecchiaia è associata all’umidità. Cfr. KING H. 1998: 70-72, 98 e BYL S. 1983.

<sup>(68)</sup> Non solamente in vecchiaia. In *Malattie delle donne I* 6 (L. 8.30) le donne con mestri poco abbondanti e di breve durata sono dette “mascoline” (*ajdikai*) e poco inclini alla maternità e al concepimento; in *Malattie delle donne I* 73 (L. 8.154) è posta una relazione tra scarsa evacuazione mestruale e mancanza di latte in una donna, le cui carni troppo sode (analoghe quindi a quelle degli uomini) non permettono il passaggio degli umori atti a produrre latte materno (cfr. anche *Protreptico II* 26, L. 9.58); cfr. MANULI P. 1983 [1980]: 159-160. Simili nozioni erano comuni anche al di fuori del sapere specialistico degli ippocratici: cfr. ARISTOFANE, *Tesmoforiazuse*, 639-640. Inoltre, idee analoghe sono attualmente rinvenibili presso varie società studiate dagli antropologi. Cfr., ad esempio, le nozioni riscontrabili presso i Samo del Burkina Faso in materia di amenorrea e di menopausa in HÉRTIER F. 2002a [1978, 1996]: 55-57, che rappresentano una “variazione sul tema” delle idee delineate sopra. Cfr. anche PIZZA G. 1998: 78 segg., sul folclore delle comunità campane dell’Irpinia, ove la sterilità femminile e l’amenorrea sono imputate ad aggressione stregonesca o a fattura.

<sup>(69)</sup> Tuttavia, non sarà un caso che le donne di Ermione, pure nel nuovo *status* che conferisce loro l’età seguente alla menopausa, sacrificino un animale selvaggio e non domestico, come invece era d’uso fare presso i greci. A questa anomalia non deve essere stata estranea l’associazione greca

tra femminilità e selvatichezza (cfr. KING H. 1983: 111, 1998: 76), segno che nell'episodio narrato da Pausania la sovrapposizione tra femminile e maschile non è completa. Su queste pratiche rituali non ortodosse cfr. DETIENNE M. 1982 [1979].

<sup>(70)</sup> Sulla metafora dell'addomesticamento della sposa cfr. ANACREONTE fr. 8; ESCHILO, *Le supplici*, 431; EURIPIDE, *Ippolito*, 545-547; *Baccanti*, 1056; SOFOCLE, *Trachinie*, 530. Cfr. inoltre LORAUX N. 1988a [1985]: 36-39, KING H. 1983: 110, KING H. 1998: 76-77. Quanto al corpo del cittadino, esso appartiene alla polis ed è alla polis che egli lo restituirà quando, ucciso in battaglia, darà la vita per la città: LORAUX N. 1991a [1984, 1985, 1989]: 84-87.

<sup>(71)</sup> Sui limiti di questa equivalenza cfr. DEMAND N. 1994: 129-130.

<sup>(72)</sup> Questo naturalmente non esclude che il punto di vista medico potesse talora non coincidere con quello del legislatore, come rileva Loraux (1991c [1981, 1989]:17); tuttavia, il passo di *Natura del bambino* 13 (L 7.490), che l'autrice porta come esempio (1991c [1981, 1989]: 287 nota 91), non sembra particolarmente calzante, visto che nel caso specifico il medico ippocratico ha a che fare con una prostituta schiava e non con una matrona spartana.

<sup>(73)</sup> Cfr. PLATONE, *Teeteto* 149d e LISIA, *Per l'uccisione di Eratostene*, vv. 8, 14-15, 17-18.

<sup>(74)</sup> Vedi anche Eschilo, *Eumenidi*, 38. Cfr. REDFIELD J. 2001 [1991]: 165-6.

<sup>(75)</sup> *Sulla generazione 2* (L 7.473). Disturbi femminili tipici della vecchiaia: tendenza dell'utero a spostarsi a causa della secchezza del corpo delle donne in menopausa, che rende la loro matrice più leggera (*Malattie delle donne I* 7, L 8.32 e *Malattie delle donne II* 137, L 8.310); predisposizione ad emorragie genitali, come leucorree e simili (*Malattie delle donne II* 110, L 8.234; 115, L 8.250; 116, L 8.252; 118, L 8.258; 119, L 8.258; 120, L 8.262; 121, L 8.264).

## Riferimenti bibliografici

ALFAGEME Rodriguez (1995), *La médecine technique dans la comédie attique*, pp. 569-585, in VAN DER EIJK Philip J. - HORSTMANSHOFF H.F.J. - SCHRIVERS Petrus Hermanus (curatori), *Ancient medicine in its socio-cultural context. Papers read at the congress held at Leiden University 13-15 April 1992*, 2 voll., vol. II, Edition Rodopi B. V., Amsterdam - Atlanta (Georgia).

ANDÒ Valeria (1990), *La verginità come follia: il Peri parthenion ippocratico*, "Quaderni Storici", n. 75, anno XXV, fasc. 3, settembre-dicembre 1990, pp. 715-737.

ANDÒ Valeria (curatore) (2000), *Natura della donna*, di Ippocrate, introduzione, note e traduz. dal greco di Valeria ANDÒ, Rizzoli, Milano.

AUGÉ Marc (1980), *Puro/impuro*, pp. 442-459, in *Enciclopedia*, traduz. dal francese del saggio di F. BERGAMASCO, 16 voll., vol. XI, Einaudi, Torino.

AUGÉ Marc (1986), *L'anthropologie de la maladie*, "L'Homme", vol. XXVI, n. 1-2, gennaio-giugno 1986, pp. 81-90.

BELTRAMETTI Anna (1997), *Immagini della donna, maschere del «logos»*, pp. 897-935, in SETTIS Salvatore (curatore), *I Greci. Storia Cultura Arte Società*, 4 voll., vol. II. *Una storia greca, tomo II. Definizioni (VI-IV secolo a.C.)*, Einaudi, Torino.

BROWNER Carole H. - SARGENT Carolyn F. (1990), *Anthropology and studies of human reproduction*, pp. 215-229, in JOHNSON Thomas M. - SARGENT Carolyn F. (curatori), *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Praeger, New York.

BUSONI Mila (2000), *Genere, sesso, cultura. Uno sguardo antropologico*, Carocci, Roma.

BYL Simon (1983), *La vieillesse dans le corpus hippocratique*, pp. 85-95, in LASSERRE François - MUDRY Philippe (curatori), *Formes de pensée dans la Collection hippocratique. Actes du IV<sup>e</sup> Colloque International Hippocratique (Lausanne 21-26 septembre 1981)*, Librairie Droz S.A., Genève.

CARTLEDGE Paul (1996), *La politica*, pp. 39-72, in SETTIS Salvatore (curatore), *I Greci. Storia Cultura Arte Società*, 4 voll., vol. I. *Noi e i Greci*, traduz. dall'inglese del saggio di Alfredo GUARALDO, Einaudi, Torino.

- CHARUTY Giordana (1987), *Le mal d'amour*, "L'Homme", n. 103, anno XXVII, fasc. 3, luglio-settembre 1987, pp. 45-72.
- COLLINGE Neville Edgard (1962), *Medical terms and clinical attitudes in the tragedians*, "Bulletin of the Institute of Classical Studies of the University of London", n. 9, 1962, pp. 43-55.
- DEAN-JONES Lesley (1994), *Women's Bodies in Classical Greek Science*, Clarendon Press, Oxford.
- DEMAND Nancy (1994), *Birth, Dead, and Motherhood in Classical Greece*, The John Hopkins University Press, Baltimore - London.
- DE MARTINO Ernesto (1976 [1961]), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, III ediz., Il Saggiatore, Milano.
- DETIENNE Marcel (1975 [1972]), *I giardini di Adone*, introduzione di Jean-Pierre VERNANT, traduz. dal francese di Letizia BERRINI PAJETTA, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Les Jardins d'Adonis*, Editions Gallimard, Paris, 1972].
- DETIENNE Marcel (1982 [1979]), "Eugenie" violente. In piene Tesmoforie donne lorde di sangue, pp. 131-148, DETIENNE Marcel - VERNANT Jean-Pierre (curatori), *La cucina del sacrificio in terra greca*, traduz. dal francese di Carla CASAGRANDE - Giulia SISSA, Boringhieri, Torino [ediz. orig.: pp. 183-214, in DETIENNE Marcel - VERNANT Jean-Pierre (curatori), *La cuisine du sacrifice en pays grec*, Editions Gallimard, Paris, 1979].
- DI BENEDETTO Vincenzo (1986), *Il medico e la malattia. La scienza di Ippocrate*, Einaudi, Torino.
- DOUGLAS Mary (1975a), *Couvade and Menstruation. The Relevance of Tribal Studies*, pp. 60-72, in DOUGLAS Mary, *Implicit meaning. Essays in anthropology*, Routledge & Kegan Paul, London - Boston [ediz. orig. del saggio: *Couvade and Menstruation. The Relevance of Tribal Studies*, "Journal of Psychosomatic Research", vol. I, n. 12, 1968].
- DOUGLAS Mary (1975b [1966]), *Purezza e pericolo. Un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù*, traduz. dall'inglese di Alida VATTA, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *Purity and danger. An analysis of concepts of pollution and taboo*, Routledge and Kegan Paul, London, 1966].
- DOUGLAS Mary (1979 [1970]), *I simboli naturali. Esplorazioni in cosmologia*, traduz. dall'inglese di Primo LEVI, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Natural symbols*, Penguin Books Ltd, Harmondsworth (Middlesex), 1970].
- DOUGLAS, M. (1990 [1986]), *Come pensano le istituzioni*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *How institutions think*, Syracuse University Press, Syracuse (New York), 1986].
- FARANDA Laura (1996), *Dimore del corpo. Profili dell'identità femminile nella Grecia classica*, Meltemi, Roma.
- GERNET Louis (1983 [1924, 1968]), *Dell'esecuzione capitale: a proposito di un'opera recente*, pp. 251-274, in GERNET Louis, *Antropologia della Grecia antica*, a cura di Riccardo DI DONATO, prefazione di Jean-Pierre VERNANT, traduz. dal francese di Antonio ROCCHINI, Mondadori, Milano [ediz. originale del saggio: *Sur l'exécution capitale: a propos d'un ouvrage récent*, "Revue des Études Grecques", tomo 37, luglio-settembre 1924, pp. 261-293 / ediz. successiva del saggio: in GERNET Louis, *Anthropologie de la Grèce antique*, Librairie François Maspero, Paris, 1968].
- GRMEK Mirko D. (1985 [1983]), *Le malattie all'alba della civiltà occidentale. Ricerche sulla realtà patologica nel mondo greco preistorico, arcaico e classico*, traduz. dal francese a cura di Rosanna ALBERTINI, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*, Payot, Paris, 1983].
- GUGGINO Elsa (1986), *Un pezzo di terra di cielo. L'esperienza magica della malattia in Sicilia*, Sellerio, Palermo.
- HÉRITIER Françoise (1979), *Maschile/femminile*, pp. 797-812, in *Enciclopedia Einaudi*, 16 voll., vol. VIII, traduz. dal francese della voce di M. V. MALVANO, Einaudi, Torino.
- HÉRITIER Françoise (2002a [1978, 1996]), *Fecondità e sterilità*, pp. 45-58, in HÉRITIER Françoise, *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, traduz. dal francese di Barbara FIORE, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Fécondité et stérilité: la traduction de ces notions dans le champ idéologique au stade préscientifique*, pp. 388-396, in SULLEROT Éveline (curatore), *Le fait féminin*, Fayard, Paris, 1978 / ediz. successiva del saggio: pp. 69-86, in HÉRITIER Françoise, *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Editions Odile Jacob, Paris, 1996].

- HÉRITIER Françoise (2002b [1991, 1996]), *La valenza differenziale dei sessi alla base della società?*, pp. 3-14, in HÉRITIER Françoise, *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, traduz. dal francese di Barbara FIORE, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *La valence différentielle des sexes au fondement de la société?*, intervista a Françoise HÉRITIER di Nicole ECHARD e Catherine QUIMINAL, "Journal des Anthropologues", n. 45, 1991, pp. 67-78 / ediz. successiva del saggio: pp. 15-29, in HÉRITIER Françoise, *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Editions Odile Jacob, Paris, 1996].
- HÉRITIER Françoise (2002c [1985, 1996]), *Lo sperma e il sangue. Alcune teorie antiche sulla loro genesi e i loro rapporti*, pp. 95-108, in HÉRITIER Françoise, *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, traduz. dal francese di Barbara FIORE, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Le sperme et le sang: de quelques théories anciennes sur leur genèse et leurs rapports*, "Nouvelle Revue de Psychanalyse", n. 32, autunno 1985, pp. 111-122 / ediz. successiva del saggio: pp. 133-151, in HÉRITIER Françoise, *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Editions Odile Jacob, Paris, 1996].
- HÉRITIER Françoise (2002d [1996]), *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, traduz. dal francese di Barbara FIORE, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Editions Odile Jacob, Paris, 1996].
- HÉRITIER Françoise (2002e [1984, 1996]), *Sterilità aridità siccità. Qualche invariante del pensiero simbolico*, pp. 59-94, in HÉRITIER Françoise, *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, traduz. dal francese di Barbara FIORE, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Sterilité, aridité, sécheresse: quelques invariants de la pensée symbolique*, pp. 123-154, in AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine (curatori), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Editions des Archives Contemporaines, Paris, 1984 / ediz. successiva del saggio: pp. 87-132, in HÉRITIER Françoise, *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Editions Odile Jacob, Paris, 1996].
- JAEGER Werner (1959 [1947]), *Paideia. La formazione dell'uomo greco*, 3 voll., vol. III. *Il conflitto degli ideali di cultura nell'età di Platone*, traduz. dal tedesco di Alessandro SETTI, La Nuova Italia, Firenze [ediz. orig.: *Paideia. Die Formung des griechischen Menschen*, Walter De Gruyter & Co., Berlin - Leipzig, 1947].
- JOUANNA Jacques (1994 [1992]), *Ippocrate*, traduz. dal francese a cura di Ludovico REBAUDO, Società Editrice Internazionale, Torino [ediz. orig.: *Hippocrate*, Librairie Arthème Fayard, Paris, 1992].
- KING Hellen (1983), *Bound to bleed: Artemis and Greek women*, pp. 109-127, in CAMERON Averil - KUHRT Amélie (curatori), *Images of women in Antiquity*, Croom Helm, London - Camberra.
- KING Hellen (1998), *Hippocrates' women. Reading the female body in Ancient Greece*, Routledge, London - New York.
- LEACH Edmund R. (1973 [1961]), *Le nuove vie dell'antropologia*, traduz. dall'inglese di Gian Attilio TRENTIN, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Rethinking anthropology*, Athlone Press, London, 1961].
- LEACH Edmund R. (1998 [1967, 1969]), *Nato da vergine*, pp. 304-328, in SIMONICCA Alessandro - DEI Fabio (curatori), *Simbolo e teoria nell'antropologia religiosa*, Argo, Lecce [ediz. orig. del saggio: *Virgin birth. The Henry Meyers Lecture 1966*, pp. 39-49, in LEACH Edmund R., *Proceedings of the Royal Anthropological Institute*, Cape, London, 1967 / ediz. successiva: in LEACH Edmund R., *Genesis as Myth and Other Essays*, Cape, London, 1969].
- LÉVI-STRAUSS Claude (1998 [1955, 1964]), *La struttura dei miti*, pp. 231-261, in LÉVI-STRAUSS Claude, *Antropologia strutturale. Dai sistemi del linguaggio alle società umane*, traduz. dal francese di Paolo CARUSO, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig. del saggio: *The Structural Study of Myth*, "Journal of American Folklore", vol. 78, n. 270, 1955, pp. 428-444 / ediz. successiva: in LÉVI-STRAUSS Claude, *Anthropologie structurale*, Librairie Plon, Paris, 1964].
- LLOYD Geoffrey E. R. (1982 [1979]), *Magia ragione esperienza. Nascita e forme della scienza greca*, traduz. dall'inglese di Ugo SANTINI - Flavio CUNIBERTO, Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Magic, reason and experience. Studies in the origin and development of Greek science*, Cambridge University Press, Cambridge, 1979].
- LLOYD Geoffrey E. R. (1987 [1983]), *Scienza folklore ideologia. Le scienze della vita nella Grecia antica*, traduz. dall'inglese di Alessandra e Barbara FIORE - Regina CHIECCHIO, Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Science, folklore and ideology. Studies in the life sciences in ancient Greece*, Cambridge University Press, Cambridge, 1983].

- LLOYD Geoffrey E. R. (1991 [1990]), *Smascherare le mentalità*, traduz. dall'inglese di Giacomo ROSSI, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Demystifying mentalities*, Cambridge University Press, Cambridge, 1990].
- LLOYD Geoffrey E. R. (1992 [1966]), *Polarità e analogia. Due modi di argomentazione nel pensiero greco classico*, traduz. dall'inglese di Serafina CUOMO, Loffredo, Napoli [ediz. orig.: *Polarity and analogy: two types of argumentation in early Greek thought*, Cambridge University Press, Cambridge, 1966].
- LOMBARDI SATRIANI Luigi M. - MELIGRANA Mariano (1989 [1982]), *Il ponte di San Giacomo. L'ideologia della morte nella società contadina del Sud*, Sellerio, Palermo [I ediz.: Rizzoli, Milano, 1982].
- LORAU Nicole (1988a [1985]), *Il sangue puro delle vergini*, pp. 33-50 e pp. 119-125, in LORAU Nicole, *Come uccidere tragicamente una donna*, traduz. dal francese di Paula BOTTERI, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: in *Façons tragiques de tuer une femme*, Hachette, Paris, 1985].
- LORAU Nicole (1988b [1985]), *La corda e la spada*, pp. 9-32 e pp. 114-119, in LORAU Nicole, *Come uccidere tragicamente una donna*, traduz. dal francese di Paula BOTTERI, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: in *Façons tragiques de tuer une femme*, Hachette, Paris, 1985].
- LORAU Nicole (1988c [1985]), *Luoghi del corpo*, pp. 51-63 e pp. 126-130, in LORAU Nicole, *Come uccidere tragicamente una donna*, traduz. dal francese di Paula BOTTERI, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: in *Façons tragiques de tuer une femme*, Hachette, Paris, 1985].
- LORAU Nicole (1991a [1984, 1985, 1989]), *Ferite di virilità*, pp. 84-99 e 309-312, in LORAU Nicole, *Il femminile e l'uomo greco*, traduz. dal francese del saggio di Paula BOTTERI, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig. del saggio: *Blessures de virilité*, "Le Genre Humain", n. 10, 1984, pp. 39-56 / ediz. successiva: in *Façons tragiques de tuer une femme*, Hachette, Paris, 1985 / ediz. successiva modificata e ampliata: in *Les expériences de Tirésias. Le féminin et l'homme grec*, Editions Gallimard, Paris, 1989].
- LORAU Nicole (1991b [1985, 1989]), *Il corpo strangolato*, pp. 100-117 e 312-318, in LORAU Nicole, *Il femminile e l'uomo greco*, traduz. dal francese del saggio di Paula BOTTERI, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig. del saggio: *Le corps étranglé*, pp. 195-218, in Y. THOMAS (curatore), *Le châtement dans la cité*, École Française de Rome, Roma - Paris 1984 / ediz. successiva: in *Façons tragiques de tuer une femme*, Hachette, Paris, 1985 / ediz. successiva modificata e ampliata: in *Les expériences de Tirésias. Le féminin et l'homme grec*, Editions Gallimard, Paris, 1989].
- LORAU Nicole (1991c [1981, 1989]), *Il letto e la guerra*, pp. 5-29 e 281-293, in LORAU Nicole, *Il femminile e l'uomo greco*, traduz. dal francese del saggio di Maria Paola GUIDOBALDI, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig. del saggio: *Le lit, la guerre*, "L'Homme", vol. XXI, n. 1, gennaio-marzo 1981, pp. 37-67 / ediz. successiva ampliata: in *Les expériences de Tirésias. Le féminin et l'homme grec*, Editions Gallimard, Paris, 1989].
- LORAU Nicole (1991d [1977, 1989]), *La "bella morte" spartiana*, pp. 53-67 e 300-307, in LORAU Nicole, *Il femminile e l'uomo greco*, traduz. dal francese del saggio di Maria Paola GUIDOBALDI, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig. del saggio: "Ktema", II, 1977, pp. 105-120 / ediz. successiva: in *Les expériences de Tirésias. Le féminin et l'homme grec*, Editions Gallimard, Paris, 1989].
- LORAU Nicole (1998a [1987, 1996]), *Gloria de sé, prestigio dell'altro*, pp. 85-113, in LORAU Nicole, *Nati dalla terra. Mito e politica ad Atene*, traduz. dal francese di Andrea CARPI, introduzione di Laura FARANDA, Meltemi, Roma [ediz. orig. del saggio: "Cahiers de l'École des Sciences Philosophiques et Religieuses", 2, 1987, pp. 69-94 / ediz. successiva: in *Né de la terre*, Edition du Seuil, Paris, 1996].
- LORAU Nicole (1998b [1981, 1996]), *Nascere infine mortali*, pp. 23-39, in LORAU Nicole, *Nati dalla terra. Mito e politica ad Atene*, traduz. dal francese di Andrea CARPI, introduzione di Laura FARANDA, Meltemi, Roma [ediz. orig. del saggio: pp. 197-202, in BONNEFOY Yves (curatore), *Dictionnaire des mythologies*, 2 voll., vol. II, Flammarion, Paris, 1981 / ediz. successiva: in *Né de la terre*, Editions du Seuil, Paris, 1996].
- LOUDON Joe B. (1977), *On body products*, pp. 161-178, in BLACKING John (curatore), *The anthropology of the body*, Academic Press, London - New York - San Francisco.
- MANULI Paola (1983 [1980]), *Donne mascholine, femmine sterili, vergini perpetue. La ginecologia greca tra Ippocrate e Sorano*, pp. 148-185, in CAMPESE Silvia - MANULI Paola - SISSA Giulia (curatori), *Madre materia. Sociologia e biologia della donna greca*, Bollati-Boringhieri, Torino [ediz. orig. del saggio:

*Fisiologia e patologia del femminile negli scritti ippocratici dell'antica ginecologia greca*, pp. 393-408, in GRMEK Mirko D. (curatore), *Hippocratica. Actes du Colloque hippocratique de Paris 1978*, Éditions du CNRS, Paris, 1980].

MANVILLE Philip Brook (1999 [1990]), *Il cittadino e la polis. Le origini della cittadinanza nella Atene antica*, trad. dall'inglese di Mauro A. BOGDANOVIC, Edizioni Culturali Internazionali, Genova [ediz. orig.: *The origins of citizenship in ancient Athens*, Princeton University Press, Princeton, 1990].

MARTIN Emily (1998 [1988]), *Medical metaphors of women's bodies: menstruation and menopause*, pp. 345-356, in BROWN Peter J. (curatore), *Understanding and applying medical anthropology*, Mayfield Publishing Company, Mountain View (California) [ediz. orig. del saggio: *Medical metaphors of women's bodies: menstruation and menopause*, "International Journal of Health Services", vol. 18, n. 2, 1988, pp. 237-254].

MOULINIER Louis (1952), *Le pur et l'impur la pensée des Grecs. D'Homère a Aristote*, Librairie C. Klincksieck, Paris.

PADEL Ruth (1983), *Women: model for possession by Greek daemons*, pp. 3-19, in CAMERON Averil - KUHRT Amélie (curatori) *Images of women in antiquity*, Croom Helm, London - Camberra.

PARKER Robert (1996 [1983]), *Miasma. pollution and purification in early Greek religion*, Clarendon Press, Oxford.

PIZZA Giovanni (1998), «Cosi siamo composte noi...». *Figure della corporeità femminile in un'area appenninica della Campania*, "Etnosistemi", vol. V, n. 5, 1998, pp. 73-93.

POMEROY Sarah B. (1978 [1975]), *Donne in Atene e a Roma*, trad. dall'inglese di Laura COMOGGIO, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Goddesses, whores, wives, and slaves*, Schocken Books, New York, 1975].

PUGLIESE CARRATELLI Giovanni (1976 [1970]), *Ippocrate e Tucidide*, pp. 460-473, in PUGLIESE CARRATELLI Giovanni, *Scritti sul mondo antico*, Macchiaroli, Napoli [ediz. orig. del saggio: pp. 453-464, in PUGLIESE CARRATELLI Giovanni, *Un augurio a Raffaele Mattioli*, Sansoni, Firenze, 1970].

REDFIELD James (2001 [1991]), *L'uomo e la vita domestica*, pp. 153-185, in VERNANT Jean-Pierre (curatore), *L'uomo greco*, IV ediz., trad. dal francese del saggio di Andrea BRUNO, Laterza, Roma - Bari.

ROSALDO Michelle Zimbalist - ATKINSON Jane Monnig (1975), *Man the hunter and woman: metaphors for the sexes in Ilongot magical spells*, pp. 43-76, in WILLIS Roy (curatore), *The interpretation of symbolism*, John Wiley & Sons, New York.

ROSELLI Amneris (curatore) (1975), *Chirurgia ippocratica*, prefazione e trad. dal greco di Amneris ROSELLI, La Nuova Italia Editrice, Firenze.

SEPPILLI Tullio (1997), *Presentazione*, pp. 281-283, a Lewis GILBERT A. (1997 [1977, 1987]), *La paura della stregoneria e il problema della morte per suggestione*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 3-4, 1997, pp. 281-312.

SISSA Giulia (1992 [1987]), *La verginità in Grecia*, trad. dal francese di Giorgia VIANO MAROGNA, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Le corp virginal. La virginité féminine en Grèce ancienne*, Librairie Philosophique J. Vrin, Paris, 1987].

SKOULTANS Vieda (1970), *The symbolic significance of menstruation and the menopause*, "Man", vol. 5, n. 4, dicembre 1970, pp. 639-651.

SOKOLOWSKI Franciszek (1955), *Lois sacrées de l'Asie Mineure*, Édition E. de Boccard, Paris.

SOKOLOWSKI Franciszek (1962), *Lois sacrées des cités grecques. Supplément*, Édition E. de Boccard, Paris.

SOKOLOWSKI Franciszek (1969), *Lois sacrées des cités grecques*, Édition E. de Boccard, Paris.

TAMBIAH Stanley Jeyaraja (1993 [1990]), *Magia scienza religione*, trad. dall'inglese di Flora DE GIOVANNI, Guida, Napoli [ediz. orig.: *Magic, science, religion, and the scope of rationality*, Cambridge University Press, Cambridge, 1990].

VEGETTI Mario (curatore) (1965), *Opere di Ippocrate, saggi introduttivi (Il pensiero di Ippocrate, La "questione ippocratica", Medici e fisiologi prima di Ippocrate)*, introduzione ai singoli trattati e trad. dal greco di Mario VEGETTI, Unione Tipografico-Editrice Torinese, Torino.



VEGETTI Mario (1970), *Le scienze della natura e dell'uomo nel V secolo*, pp. 122-172, in GEYMONAT Ludovico (curatore), *Storia del pensiero filosofico e scientifico*, voll. 6, vol. I, Garzanti, Milano.

VEGETTI Mario (1973), *La nascita dello scienziato*, "Belfagor", n. 6, 1973, pp. 641-663.

VEGETTI Mario (1983), *Forme di sapere nell'Edipo re*, pp. 23-40, in VEGETTI Mario, *Tra Edipo e Euclide. Forme del sapere antico*, Il Saggiatore, Milano.

VEGETTI Mario - LANZA Diego (curatori) (1971), *Opere biologiche di Aristotele, con saggi di Mario VEGETTI (Della zoologia aristotelica nella Historia animalium, Fondamenti teorici della biologia aristotelica nel De partibus animalium) e Diego LANZA (La struttura della teoria genetica nel De generatione animalium, La sfera dei comportamenti psicofisici nei Parva naturalia)*, introduzione e traduz. dal greco di Mario VEGETTI - Diego LANZA, Unione Tipografico-Editrice Torinese, Torino.

VERNANT Jean-Pierre (1978 [1957, 1965]), *La formazione del pensiero positivo nella Grecia arcaica*, pp. 383-415, in VERNANT Jean-Pierre, *Mito e pensiero presso i Greci. Studi di psicologia storica*, traduz. dal francese di Mariolina ROMANO - Benedetto BRAVO, Einaudi, Torino [ediz. orig. del saggio: *Du mythe à la raison. La formation de la pensée positive dans la Grèce archaïque*, "Annales (E.S.C.)", vol. 12, n. 42, 1957, pp. 183-206 / ediz. successiva: in *Mythe et pensée chez les grecs*, Librairie François Maspero, Paris, 1965].

VIDAL-NAQUET Pierre (1988 [1967, 1981]), *La ragione greca e la città*, pp. 217-232, in VIDAL-NAQUET Pierre, *Il cacciatore nero. Forme di pensiero e forme d'articolazione sociale nel mondo greco antico*, trad. dal francese di Francesco SIRCANA, Editori Riuniti, Roma [ediz. orig. del saggio: *La raison grecque et la cité*, "Raison Présente", vol. 2, 1967, pp. 51-61 / ediz. successiva: pp. 319-334, in VIDAL-NAQUET Pierre, *Le chasseur noir. Formes de pensée et formes de société dans le monde grec*, Librairie François Maspero, Paris, 1981].

VON STADEN Heinrich (1991), *Matière et signification. Rituel, sexe et pharmacologie dans le Corpus hippocratique*, "L'Antiquité Classique", n. 60, 1991, pp. 42-61.

ZANETTI Zeno (1978 [1892]), *La medicina delle nostre donne*, a cura di M. Raffaella TRABALZA, con un saggio introduttivo di Alberto M. CIRESI, Ediclio, Foligno [I ediz.: Scipione Lapi Tipografo Editore, Città di Castello, 1892].

## Repertorio delle edizioni degli autori classici citati

### ARISTOTELE

- VEGETTI Mario - LANZA Diego (curatori) (1971), *Opere biologiche di Aristotele, con saggi di Mario VEGETTI (Della zoologia aristotelica nella Historia animalium, Fondamenti teorici della biologia aristotelica nel De partibus animalium) e Diego LANZA (La struttura della teoria genetica nel De generatione animalium, La sfera dei comportamenti psicofisici nei Parva naturalia)*, introduzione e traduz. dal greco di Mario VEGETTI - Diego LANZA, Unione Tipografico-Editrice Torinese, Torino.

### CORPUS HIPPOCRATICUM\*

(\* Delle opere del *Corpus Hippocraticum* di cui non è disponibile la versione italiana la traduzione dal greco è mia, salvo diversa indicazione.)

- ANDÒ Valeria (curatore) (2000), *Natura della donna*, di Ippocrate, introduzione, note e traduz. dal greco di Valeria ANDÒ, Rizzoli, Milano.

- BALDINI Massimo - MALATO Marco T. (curatori) (1994), *Aforismi e giuramento, di Ippocrate*, introduzione di Massimo BALDINI, traduz. dal greco di Marco T. MALATO, Newton Compton, Roma.
- LITTRÉ Émile (curatore) (1962 [1839-1861]), *Oeuvres complètes d'Hippocrate*, ristampa anastatica dell'ediz. originale, 10 voll., Adolf M. Hakkert, Editeur Amsterdam [ediz. orig.: Paris, 1831-1861).
- MANETTI Daniela - ROSELLI Amneris (curatori) (1982), *Epidemie. Libro sesto, di Ippocrate*, introduzione, testo critico, commento e traduz. dal greco di Daniela MANETTI e Amneris ROSELLI, La Nuova Italia Editrice, Firenze.
- ROSELLI Amneris (curatore) (1975), *Chirurgia ippocratica*, prefazione e traduz. dal greco di Amneris ROSELLI, La Nuova Italia Editrice, Firenze.
- VEGETTI Mario (curatore) (1965), *Opere di Ippocrate, saggi introduttivi (Il pensiero di Ippocrate, La "questione ippocratica", Medici e fisiologi prima di Ippocrate)*, introduzione ai singoli trattati e traduz. dal greco di Mario VEGETTI, Unione Tipografico-Editrice Torinese, Torino.

#### ESCHILO

- MORANI Giulia - MORANI Moreno (curatori) (1987), *Tragedie e frammenti di Eschilo*, introduzione, nota critica, note e traduzione dal greco di Giulia MORANI e Moreno MORANI, Unione Tipografico-Editrice Torinese, Torino.

#### EURIPIDE

- ALBINI Umberto - FAGGI Vico - BEVEGNI Claudio (curatori) (1983), *Ecuba. Elettra*, di Euripide, III ediz., note di Claudio BEVEGNI, introduzione di Umberto ALBINI, presentazione dei drammi e traduz. dal greco di Umberto ALBINI e Vico FAGGI, Garzanti, Milano.
- ALBINI Umberto - MATTEUZZI Maurizia (curatori) (2002 [1987]), *Ifigenia in Tauride. Baccanti*, di Euripide, introduzione e traduz. dal greco di Umberto ALBINI, note di Maurizia MATTEUZZI, Garzanti, Milano.
- FUSILLO Massimo (curatore) (1997), *Elena*, di Euripide, introduzione, note e traduz. dal greco di Massimo FUSILLO, Rizzoli, Milano.
- PADUANO Guido (curatore) (2000), *Ippolito*, di Euripide, introduzione, note e traduz. dal greco di Guido PADUANO, Rizzoli, Milano.

#### PAUSANIA

- MUSTI Domenico - TORELLI Mario (curatori) (1986), *Guida della Grecia II. La Corinzia e L'argolide*, di Pausania, testo e traduz. dal greco a cura di Domenico MUSTI, commento a cura di Domenico MUSTI e Mario TORELLI, Fondazione Lorenzo Valla, Roma.

PLATONE

- REALE Giovanni (curatore) (2001 [2000]), *Platone. Tutti gli scritti*, III ediz., traduzioni dal greco a cura di Giovanni REALE, Maria Luisa GATTI, Claudio MAZZARELLI, Maurizio MIGLIORI, Maria Teresa LIMINTA, Roberto RADICE, Bompiani, Milano.

SOFOCLE

- ALBINI Umberto - FAGGI Vico - MATTEUZZI Maurizia (curatori) (1983), *Aiace. Trachinie*, di Sofocle, premessa, note e commento di Maurizia MATTEUZZI, traduz. dal greco a cura di Umberto ALBINI e Vico FAGGI, Mondadori, Milano.
- ALBINI Umberto - SAVINO Ezio (curatori) (1988 [1977]), *Edipo re. Edipo a Colono. Antigone*, di Sofocle, II ediz., introduzione di Umberto ALBINI, nota storica, note di commento e traduz. dal greco a cura di Ezio SAVINO, Garzanti, Milano.

TIRTEO

- ALBINI Umberto - SISTI Francesco (curatori) (2002 [1990]), *Lirici greci*, introduzione di Umberto ALBINI, scelta dei testi, traduzione dal greco, note e commenti a cura di Francesco SISTI, Garzanti, Milano.

## Scheda sull'Autore

Giampiero Volpe è nato a L'Aquila il 28 luglio del 1975, laureando in lettere (indirizzo demo-etno-antropologico) presso la Facoltà di lettere e filosofia dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza". Lavora sulla tematica delle relazioni fra l'antropologia culturale e la storia delle scienze e della medicina.

## Riassunto

### *Ta Yunaikeià. Il sangue femminile tra medicina antica e tragedia*

La letteratura antropologica documenta un elevato numero di società che dimostrano grande interesse verso gli escreti e le secrezioni corporei dei propri membri, in termini di significato, opportunità e appropriatezza delle loro manifestazioni. Tale interesse è ancor più rilevante nei confronti delle secrezioni genitali femminili del mestruo e dei lochi, le quali, per la loro regolarità e per la specificità legata al genere, costituiscono un supporto biologico formidabile per la produzione simbolica delle culture umane. Apparentemente, la cultura greca di età classica costituisce un'eccezione notevole a questa tendenza, se si eccettuano i trattati medici del *Corpus hippocraticum*. Per spiegare questa

situazione non pare sufficiente invocare la natura “specialistica” dei testi medici, considerato lo stretto rapporto tra la medicina ippocratica e il resto della più raffinata produzione intellettuale greca di età classica. Gli studi di Nicole Loraux sulle relazioni simboliche tra il sesso dei personaggi tragici e la modalità della loro morte sulla scena, nonché la nozione di “valenza differenziale dei sessi” coniata da Françoise Héritier permettono di spiegare almeno parzialmente le ragioni dell’atteggiamento dei Greci verso gli escreti genitali femminili, rivelando da un lato il comune patrimonio simbolico condiviso dagli autori di differenti generi letterari, dall’altro il valore esplicativo della realtà biologica, sociale e simbolica che la patologia femminile conserva nei testi ippocratici.

## Résumé

### *TaΨunaikeià. Le sang de la femme, entre médecine antique et tragédie*

La littérature anthropologique fait état d’un grand nombre de sociétés manifestant un véritable intérêt pour les excréments et les sécrétions corporelles de leurs membres, en termes de signification, opportunité et adéquation de leurs manifestations. Cet intérêt est encore plus évident à l’égard des sécrétions génitales féminines au cours des règles et des lochies constituant, par leur régularité et leur spécificité liée au genre, un support biologique formidable pour la production symbolique des cultures humaines. Apparemment la culture classique grecque constitue une remarquable exception à cette tendance si l’on fait abstraction des traités médicaux du *Corpus hippocraticum*. Pour expliquer cette situation il n’est pas suffisant, semble-t-il, d’invoquer la nature “spécialisée” des textes médicaux, compte tenu du rapport étroit entre la médecine d’Hippocrate et le reste de la production intellectuelle grecque la plus raffinée de l’époque classique. Les études de Nicole Loraux sur les relations symboliques entre le sexe des personnages tragiques et la modalité de leur mort en scène ainsi que la notion de “valeur différentielle des sexes” forgée par Françoise Héritier permettent d’expliquer, en partie du moins, les raisons de l’attitude des Grecs vis-à-vis des excréments génitales de la femme, en révélant, d’une part, le patrimoine symbolique commun partagé par les auteurs de différents genres littéraires et, d’autre part, la valeur explicative de la réalité biologique, sociale et symbolique que la pathologie féminine conserve dans les textes d’Hippocrate.

## Resumen

### *TaΨunaikeià, la sangre femenina entre medicina antigua y tragedia*

La literatura antropológica documenta un elevado número de sociedades que demuestran mucho interés hacia las excreciones y secreciones corporales de sus propios

miembros, en términos de significado, oportunidad y adecuación de sus manifestaciones. Dicho interés es todavía más relevante por lo que respecta a los loquios y a las secreciones genitales femeninas de la menstruación, los cuales por su regularidad y la especificidad vinculada al género, constituyen un soporte biológico formidable para la producción simbólica de las culturas humanas. Aparentemente, la cultura griega clásica constituye una excepción notable a esta tendencia, si exceptuamos los tratados médicos del *Corpus hippocraticum*. Para explicar esta situación no parece suficiente invocar la naturaleza «especializada» de los textos médicos, teniendo en cuenta la estrecha relación entre la medicina hipocrática y el resto de la más refinada producción intelectual de la Grecia clásica. Los estudios de Nicole Loraux sobre las relaciones simbólicas entre el sexo de los personajes trágicos y el tipo de muerte que sufren en escena, así como la noción de «valor diferencial de los sexos» acuñada por Françoise Héritier permiten explicar al menos parcialmente las razones de la actitud de los griegos hacia las excreciones genitales femeninas, revelando por una parte el patrimonio simbólico común compartido por los autores de los diferentes géneros literarios, y mostrando por otra parte el alto valor explicativo de la realidad biológica, social y simbólica que la patología femenina conserva en los textos hipocráticos.

## Abstract

### *Taΰnaikeià. Female blood in antique medicine and tragedy.*

Anthropologic literature provides evidence that numerous societies show great interest in the corporeal excretions and secretions of their members in terms of meaning, opportunity and suitability of the manifestations. Such interest is even more apparent with regards to female genital menstrual and lochi secretions that, on account of their regularity and the specific type, constitute a formidable biological support to the symbolic production of human cultures. On the face of the evidence, classical Greek culture was an exception to this trend, if one excepts the *Corpus hippocraticum* medical treatise. In order to explain these circumstances, it is not enough to bring the “specialist” nature of the medical texts into play, if one takes the close relationship with Hippocratic medicine and the rest of the sophisticated classical Greek intellectual production into account. The studies performed by Nicole Loraux on the symbolic relations between the sex of tragic characters and the manner of their death on the stage, in addition to the notion of “the differential weight of the sexes” coined by Françoise Héritier, enable one to hazard an explanation, albeit partial, with regards to the attitude of the Greeks towards the female genital excreta exposing, on the one hand, the common symbolic heritage shared by the authors of different literary categories and, on the other, the explicative value of the biological, social and symbolic reality with which female pathology is endowed in Hippocratic texts.



## *Santi in laboratorio.*

### *Pratiche collettive di trasformazione e politiche della santità in un Centro di salute mentale*

Massimiliano Minelli

assegnista di ricerca presso il Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia / docente a contratto di antropologia culturale nella Facoltà di scienze della formazione, Università degli studi di Macerata.

#### *1. Etnografie, laboratori e fabbriche di santi*

Un gruppo di operatori e utenti del Centro di salute mentale di Gubbio (provincia di Perugia, USL n. 1 della Regione dell'Umbria) ha finalizzato circa due anni di lavoro – tra la fine del 1998 e l'inizio del 2001 – alla pubblicazione di un piccolo libro sulla santità femminile in Umbria nei secoli XII-XVI (ATTIVITÀ LIBRI - ATTIVITÀ CIAK 2000). Ho seguito con interesse questa iniziativa, nata quasi fortuitamente all'approssimarsi del Giubileo dell'anno 2000 e condotta nel quadro delle azioni di prevenzione e riabilitazione promosse dal locale *Centro accoglienza diurno* (d'ora in avanti CAD). Già all'inizio della mia permanenza nella città di Gubbio, avevo infatti deciso di muovermi nella direzione di uno studio etnografico di quelle pratiche psichiatriche che sembrano combinare in modo peculiare saper fare professionali e profani<sup>(1)</sup>. La "fabbricazione dei santi" in un contesto di riabilitazione psico-sociale mi ha incuriosito e mi è apparsa ben presto come un oggetto privilegiato al fine di esplorare i rapporti sociali e le azioni concrete di diversi agenti nel campo della salute mentale (psichiatri, operatori, pazienti, amministratori locali, autorità civili e religiose, etnografo, ecc.) coinvolti in prima persona in quelli che sarebbero andati progressivamente definendosi come dei processi collettivi di trasformazione.

Appunto in riferimento a questa scelta degli operatori del CAD di promuovere un laboratorio sulla santità femminile medievale volto alla costruzione collettiva di un testo storico-agiografico, nel presente articolo intendo proporre un'etnografia delle pratiche quotidiane prese in un problematico intreccio fra agiografia, storia locale e fabbricazione della santità. Nelle

azioni compiute insieme ai partecipanti al laboratorio, negli incontri e nei colloqui formali e informali che ho avuto con loro, durante i circa due anni di lavoro, ho cercato di cogliere i discorsi, i gesti, le scelte, come pratiche materiali di fatto “irriducibili” alle definizioni della malattia. Le mie note di campo (descrizioni di eventi, di riunioni organizzative, di giornate di lavoro, di interazioni informali) si sono focalizzate soprattutto sulla costruzione dei dispositivi e sulla loro interrogazione da parte dei soggetti che li mobilitano e li attraversano. La mia ipotesi è che proprio facendo di questo terreno instabile un sito etnografico possiamo tentare di esplorare alcuni processi di trasformazione che hanno un impatto decisivo sia sulla salute dei partecipanti sia sulla possibilità di aprire spazi di confronto politico nella comunità locale. Si tratterebbe allora di lavorare su quei luoghi critici nei quali pensiero, conoscenza e azione concreta di persone concrete sono inestricabilmente intrecciati in “collettivi” ove diviene possibile mettere in gioco capacità di agire (*agency*), desiderio, volontà e immaginazione<sup>(2)</sup>.

Per una più chiara definizione dei problemi che affronterò in questo testo, mi sembra utile delineare le linee interpretative provenienti da due consolidati filoni di ricerca etnografica: la prima concernente le pratiche di laboratorio nelle scienze sperimentali (§ 1.1.), la seconda relativa alla fabbricazione dei santi e alle politiche della santità (§ 1.2.); e attraverso il loro incrocio definire un campo di osservazione su pratiche, oggetti e corpi in azione (§ 1.3.). Passerò quindi a delineare le direttrici del progetto riabilitativo qui esaminato nel più ampio contesto delle attività del CAD (cfr. § 2.1.) e a descrivere il gruppo di lavoro, le sue interazioni all’ingresso e all’interno del laboratorio (§ 2.2., § 2.3., § 2.4.), concentrandomi su alcune pratiche sperimentali che attingono a gesti quotidiani: leggere e scrivere (§ 3.1.), fare una visita in un santuario (§ 3.2.), compiere “atti di consacrazione” (§ 3.3.), vedere un’immagine di una santa o avvicinarsi al “riflesso” di una reliquia (§ 3.4.). Prenderò poi in esame quelli che possono essere considerati come dei processi collettivi di trasformazione: *a*) la rilettura di un’esperienza traumatica attraverso l’esempio di figure della santità protagoniste di episodi di “tentazione” e “riscatto” (§ 4.1.); *b*) l’interrogazione di quelle che sembrano essere azioni volte a favorire un cambiamento nella quotidianità: il farmaco e la preghiera (§ 4.2.); *c*) la riflessione sulle pratiche laboratoriali tramite specifiche costruzioni della storia locale (§ 4.3.). Successivamente mi concentrerò sui dibattiti concernenti la santità, simili a dispute teologiche (§ 5.1.), e sulle negoziazioni, ispirate a conflitti nel campo rituale (§ 5.2.), che hanno caratterizzato il confronto nel laboratorio, allo scopo di sottolineare l’importanza delle situazioni “rischiose” in cui a fronte di possibili interpretazioni “eterodosse” ci si scontra con



un “interdetto” dell’autorità religiosa (il vescovo) (§ 5.3.). Alla fine, i confini mobili e irregolari tra riabilitazione e terapia, tra campo medico e campo sociale, tra spazio pubblico e spazi riabilitativi, sono interrogati dai partecipanti al laboratorio (etnografo compreso) mettendo in primo piano l’azione corporea e le pratiche collettive (§ 6.1., § 6.2.).

### 1.1. Etnografi in laboratorio

Il termine *laboratorio* è di solito usato per richiamare un sito, o un insieme di siti fra loro comunicanti, in cui gli “scienziati” portano avanti i propri esperimenti e in cui si trovano gli strumenti del loro lavoro. In tal senso, è un termine impiegato per indicare non solo “luoghi” e “attività” riferibili, grosso modo, alla ricerca sperimentale e ai dispositivi ad alta tecnologia (in particolare in campo biomedico), ma anche il training dei ricercatori. Un addestramento che avviene attraverso un’attività performativa finalizzata all’acquisizione di una conoscenza indissociabile dalle pratiche materiali. Negli ultimi decenni, gli studi di storia, antropologia e sociologia della scienza hanno sottoposto ad analisi critica la prospettiva che vedeva il laboratorio come luogo circoscritto e isolato dal resto del mondo. Hanno inoltre contribuito a rivedere quella che precedentemente era apparsa come una sostanziale coincidenza tra i laboratori e gli esperimenti<sup>(3)</sup>.

Quando i dispositivi di laboratorio vengono storicamente collocati in un complesso intreccio di azioni e retroazioni, l’attività sperimentale si svela come un modo di produzione dei “fatti” scientifici, tramite la combinazione congiunturale di molteplici elementi eterogenei e disseminati<sup>(4)</sup>. In simili casi, nello stabilizzare le conoscenze, la teoria non ha la priorità assoluta e sono spesso le azioni esterne al laboratorio ad assumere un ruolo significativo. Ciò rende problematico qualsiasi tentativo di isolare le attività di ricerca, costitutive della “scienza normale”, in un circuito autoreferenziale teoria-pratica-esperimento (HACKING I. 1987 [1983])<sup>(5)</sup>.

Spostare l’attenzione dall’esperimento al laboratorio ha implicato un significativo allargamento degli interessi della ricerca etnografia a pratiche culturali non formalizzate che, senza essere strettamente metodologiche o organizzative, possono essere interpretate come processi di costruzione simbolica e politica della scienza contemporanea<sup>(6)</sup>. Lungo questa linea, il *laboratorio* includerebbe un insieme di operazioni, ricostruibili non solo concentrando l’attenzione su materiali, soggetti e prodotti che vi fanno ingresso e successivamente ne fuoriescono, ma su azioni e sensibilità corpo-

ree di agenti che si muovono in spazi intersoggettivi<sup>(7)</sup>. Si tratta allora di capire come tali dinamiche tendano a essere formate, per certi versi “materializzate”, nella produzione di oggetti che, in definitiva, divengono esiti conclusivi di pratiche di ridefinizione dei campi fenomenici. È quanto suggerisce Cetina Knorr, riprendendo l'espressione *campo fenomenico* da Maurice Merleau-Ponty, per riferirsi a uno spazio in cui le azioni e le trasformazioni degli agenti sono volte a riconfigurare il sistema *Io-l'Altro-le cose* (KNORR CETINA C. 2001 [1992]: 80, cfr. MERLEAU PONTY M. 1945 [2003]: 101)<sup>(8)</sup>.

Riconoscere il carattere composito e la costruzione tecnica, politica, retorica degli oggetti scientifici ha permesso di eleggere a terreno etnografico la dinamica instabile fra le pratiche sociali e i commenti su di esse<sup>(9)</sup>. Con l'ingresso di antropologi e sociologi nei laboratori di biologia sperimentale, per esempio, si sono andate sviluppando ricerche sulla distanza che separa le descrizioni fatte dagli stessi scienziati della *pratica* sperimentale (una organizzazione ex post di un programma contingente) e i contesti formali della *teoria* scientifica (connessi a un programma empirico) (GILBERT G. N. - MULKAY M. 1984)<sup>(10)</sup>. Ciò che può essere colto nei contesti locali sono proprio le peculiari configurazioni che assume l'incessante produzione di enunciati sulla realtà. Si tratta di processi collettivi di produzione di discorsi che mal si adattano a ricostruzioni di “sistemi completi e chiusi”. A tal proposito, per evitare i rischi di reificazione e di essenzialismo va considerato come gli aggregati sociali e le situazioni di conversazione cambino volta a volta con l'ingresso o l'esclusione di eventuali nuovi interlocutori (FLECK L. 1979 [1935]: 98-111)<sup>(11)</sup>. Le etnografie di laboratorio, al di là dei loro diversi approcci, mostrano come il rapporto tra iscrizioni e pratiche sia più complesso di quanto non appaia agli stessi scienziati<sup>(12)</sup>.

La relazione complessa tra le azioni quotidiane dei ricercatori, i modi in cui interpretano il loro lavoro e il mondo circostante deve essere contestualizzata storicamente e politicamente. In uno dei suoi ultimi scritti (BOURDIEU P. 2003 [2001]), Pierre Bourdieu ha fornito spunti interessanti al riguardo, muovendo alcune critiche a quegli studi etnografici di laboratorio che hanno rischiato di essenzializzare la cosiddetta “cultura di laboratorio” proiettando una “logica di villaggio” nei contesti della bioscienza<sup>(13)</sup>. In tal modo essi hanno sottovalutato l'importanza delle relazioni e dei rapporti di forza che si attivano nei laboratori e che riflettono la complessa e mutevole configurazione del “campo scientifico”. Tale critica è rilevante perché consente di allargare la prospettiva etnografica sui processi di produzione della conoscenza alle relazioni tra oggetti e agenti nel “campo scientifico”<sup>(14)</sup>. Nella pratica scientifica, secondo Bourdieu, dovremmo tentare di cogliere l'incontro di due storie: la storia incorporata dagli agenti

sotto forma di “disposizioni” e la storia oggettivata nella struttura del campo scientifico sotto forma di “strumenti”, “oggetti” e “iscrizioni” (BOURDIEU P. 2003 [2001]: 50).

Un’etnografia della prassi nei contesti laboratoriali ha dunque come obiettivo l’osservazione di collettivi in cui i “fatti” sono prodotti da diverse istituzioni e soggetti (etnografo compreso). Dovrebbe inoltre sottoporre a critica il carattere astratto di uno “scienziato ricercatore” in cui le dimensioni della “presenza corporea” e del “genere”<sup>(15)</sup> spariscono dietro una idea di “testimone modesto” che nei propri resoconti rispecchierebbe la realtà osservata e trasformata nella scena sperimentale attraverso i dispositivi (SHAPIN S. - SCHAFFNER S. 1994 [1985], MARTIN E. 1997, HARAWAY D. J. 2000 [1997]). In entrambe le direzioni di critica culturale la nozione di pratica è da considerarsi come un punto di svolta. Seguire le pratiche porta a fare i conti con una sostanziale pluralità di azioni, di oggetti e di procedure. E poiché nelle attività di laboratorio la conoscenza non può essere separata dalla prassi, ne consegue che le operazioni cognitive degli agenti non possono essere isolate dalle mutevoli configurazioni delle loro interazioni e dalle loro azioni concrete.

## 1.2. Politiche della santità

In un significativo numero di studi, storici e antropologi hanno considerato la santità nell’Europa cristiana, medievale e moderna, come una complessa costruzione storico-sociale che risponde a precise scelte politiche. In particolare, con l’espressione “fabbricazione dei santi” (SCHMITT J. C. 1984, 1988, CHARUTY G. 1995a, CATEDRA M. 1995) ci si è riferiti alle azioni molteplici di vari soggetti impegnati a trasformare attivamente le biografie di “persone significative” per la comunità in vite esemplari di mediatori e intercessori tra visibile e invisibile (BROWN P. 1983 [1981])<sup>(16)</sup>. Le vicissitudini degli stessi corpi dei santi e dei loro resti, la circolazione delle reliquie, sono state esplorate entro rapporti di potere e relazioni di scambio nelle comunità, regolati dalla chiesa e dai patronati locali.

La “santificazione” di un membro eccellente della comunità, ricostruita osservando le pratiche rituali, le forme di devozione e le trasformazioni dei rapporti sociali, ha portato anche a considerare la santità come un dispositivo per scomporre e proiettare, su piani analitici diversi, i processi storici e sociali di larga scala<sup>(17)</sup>. Sono stati così delineati i modi specifici in cui il potere e i conflitti in differenti contesti toccano direttamente i cicli

agiografici e le pratiche taumaturgiche<sup>(18)</sup>. In tale prospettiva, la santità non è definita una volta per tutte dalla canonizzazione ratificata dalle gerarchie ecclesiastiche, ma è inquadrata all'interno delle procedure capillari che costituiscono per certi versi una "burocrazia della santità" (ALBERT J. 1995: 76).

Per i fedeli, inoltre, "fare i santi" significherebbe anche vivere con il proprio corpo dei processi di trasformazione collocabili nell'itinerario vita-morte della "persona cristiana" (FABRE-VASSAS C. 1995, CHARUTY G. 1995b). Giordana Charuty offre un'interessante interpretazione dei legami che sussistono tra le condizioni di accesso interrotto alla mascolinità e alla femminilità e le rappresentazioni sociali della follia nell'Europa cristiana: la figura della *buona cristiana* e le esemplari *gesta dei santi* sono le principali chiavi d'accesso a quelle che Charuty chiama le "pratiche cristiane della follia" (CHARUTY G. 1997)<sup>(19)</sup>.

L'intreccio fra memoria agiografica, azioni rituali e pratiche devozionali è un terreno privilegiato per studiare i mutamenti storici e politici locali. Ciò vuol dire che la produzione della santità è realizzata da persone in carne ed ossa che agiscono in concrete situazioni di cooperazione e conflitto. È quanto mostra ad esempio Berardino Palumbo (PALUMBO B. 2003) in una recente etnografia sulle politiche culturali, in cui il culto dei santi ha un ruolo decisivo. A Catalaro, in Sicilia Orientale, per controllare il sapere storico e le azioni di patrimonializzazione è necessario praticare la "guerra dei santi", cioè entrare nelle lotte tra le due parrocchie locali che si contendono il patronato, e volgere a proprio favore i rapporti di forza. Le negoziazioni e i conflitti sul come fare la festa del santo patrono mettono in luce da un lato le contese per definire le gerarchie e l'autorità religiosa, dall'altro la specifica natura giurisdizionale del rito (PALUMBO B. 2000).

Un carattere eminentemente dinamico e processuale, sin dalle fasi di definizione del terreno, connota quegli studi che si pongono in una prospettiva critica verso le azioni di naturalizzazione ed "essenzializzazione", implicate nelle strategie identitarie che alla santità attingono (CATEDRA M. 1995). La santità, un oggetto denso e stratificato che consente di mettere in luce quali scelte concrete, nella prassi rituale, siano agite pubblicamente, fa emergere anche la possibilità di compiere azioni trasformatrici o di disinnescare e ridurre la capacità d'agire di alcuni a favore di altri<sup>(20)</sup>. In definitiva, concentrare l'attenzione sulla fabbricazione dei santi è un modo particolarmente efficace per cogliere nel vivo uno dei più importanti dispositivi per la definizione politica della "località" nell'occidente cristiano<sup>(21)</sup>.

### 1.3. *Pratiche, oggetti e corpi in azione*

In questo testo, con il termine “laboratorio” indicherò sia le pratiche di produzione e trasformazione di oggetti, immagini e discorsi sulle figure della santità locale, sia l’iscrizione di tali pratiche e di tali oggetti. In tal modo cercherò di evidenziare le mutevoli configurazioni dei campi fenomenici in cui hanno operato gli attori sociali. Proverò inoltre a cogliere nelle azioni e nei movimenti dei membri del laboratorio gli elementi chiave dei processi di produzione di oggetti culturali: l’azione collettiva che caratterizza il lavoro; le procedure di costruzione che evidenziano l’importanza dei gesti in un mondo materiale e sensibile; la presenza di conflitti tra teorie e visioni del mondo messi in gioco in un confronto intersoggettivo. L’ipotesi generale lungo la quale ci muoveremo porta a considerare le molteplici azioni innescate dalle pratiche di laboratorio come esiti di una prassi dissipativa ed “eccentrica” che può avere conseguenze inattese: le pratiche disperdono all’esterno quanto i “saperi specialistici” professionali tendono a costituire in fasi differenti di lavoro come protocolli di intervento o procedure terapeutiche.

Possiamo chiederci quali vantaggi possano derivare da una tale dispersione. La mia interpretazione, maturata partecipando alle pratiche riabilitative, è che nella prassi quotidiana possano emergere forme di interrogazione e di riflessività, che si attivano particolarmente in situazioni d’incertezza, per esempio quelle situazioni in cui è percepibile la responsabilità di un’azione e i dubbi sui suoi possibili esiti. Per questo vale la pena chiedersi se una riflessione sulle pratiche di trasformazione e costruzione di oggetti ibridi, al confine tra psichiatria, storiografia e religione, non possa essere proprio la chiave per riconsiderare i rapporti tra diversi campi sociali che sono mobilitati dai progetti di terapia/riabilitazione <sup>(22)</sup>.

Nel caso specifico, un lavoro etnografico sul laboratorio ci offre l’opportunità di mettere in luce alcuni momenti decisivi della costruzione di un “mondo” prima che venga definitivamente “naturalizzato” e appaia come “dato”. Sulla linea di quanto l’antropologia della scienza cerca di fare, si tratterebbe allora di considerare i campi di pratiche come luoghi di produzione di conoscenze e di azioni trasformative in lotta per avere un riconoscimento <sup>(23)</sup>. In effetti, i problemi e le azioni nel campo della salute mentale – in particolare, la definizione di quadri concernenti la malattia e le forme di cura/presa in carico – possono essere studiati solo se vengono considerati come interazioni complesse tra aggregati eterogenei di pratiche e oggetti, idee e modalità classificatorie, in una pluralità di contesti

definiti o negoziati, volta a volta, da agenti concreti della medicina e della psichiatria con altri campi sociali. Il carattere circolare dei processi interattivi (HACKING I. 2000 [1999]) tra le pratiche riabilitative/terapeutiche e gli agenti direttamente coinvolti, rende infatti necessario considerare: da un lato la microfisica dispersione dei rapporti di potere e delle forme di resistenza; dall'altro lato le scelte che i pazienti fanno per muoversi all'interno di una serie di rapporti sociali che, in talune circostanze, essi stessi contribuiscono a rafforzare e a naturalizzare.

Nel terreno di ricerca qui esplorato, la nozione di campo<sup>(24)</sup> è considerata come un costrutto teorico che può consentire di pensare la pluralità dei limiti, dei contesti, delle risorse storicamente mutevoli. Ricostruire le pratiche situate e periferiche in un laboratorio sui santi ci permette perciò di valutare la flessibilità del campo della salute mentale. È attraverso un'etnografia dei processi di produzione di oggetti, interessata alla pluralità e dispersione di azioni significative – leggere, scrivere, attraversare spazi consacrati, guardare un'immagine sacra, raccontare un sogno –, in larga parte invisibili nelle fasi di lavoro agli stessi protagonisti delle attività laboratoriali, che possono aprirsi spazi di riflessione su quei processi sociali di trasformazione (individuale e/o collettiva), concernenti sia la salute dei partecipanti sia il confronto politico nella comunità locale.

## 2. *Il laboratorio sui Santi*

Per circa due anni di lavoro, l'attività del laboratorio sui Santi presso il CAD è consistita in riunioni di gruppo – una riunione plenaria e altre ristrette – tenute due o più giorni a settimana. In genere, si trattava di scegliere le fonti, compiere una ricognizione e uno studio sui testi di storia locale, leggere le agiografie delle sante vissute in Umbria nei secoli XII-XVI, prendere appunti e fare “schede di lettura”. Le riunioni rispettavano un corso regolare e le conversazioni avevano una struttura piuttosto ordinata. Unico fattore di disturbo era costituito dal telefono che spesso suonava nella stanza attigua alla *sala libri* e costringeva gli operatori sociali ad assentarsi per andare a rispondere. Le due ore erano intervallate di solito da una pausa di circa mezz'ora per il caffè o per il tè, occasione in cui ci si spostava in cucina e le interazioni assumevano il tono di dialoghi informali in piccoli gruppi. Ogni riunione poteva prolungarsi talvolta oltre i tempi previsti, al fine di completare alcuni compiti o per “recuperare” tempo su una fase di lavoro rimasta incompiuta. Il calendario e i

tempi delle sedute di lavoro erano fissati dai partecipanti in discussioni collettive, nel corso delle quali erano anche programmati con un certo anticipo gli spostamenti da fare per realizzare alcune riprese video in monasteri e santuari.

La parte propriamente organizzativa degli incontri verteva soprattutto sullo scambio d'informazioni con altri soggetti del territorio, oltre che sul reperimento di materiali logistici per le "uscite" e di risorse economiche per il finanziamento del progetto. Occuparsi di santi era stato infatti anche un modo per inserirsi nel circuito di iniziative a finanziamento pubblico di Regione, Provincia e Comunità Europea, in occasione del Giubileo dell'anno 2000. A Gubbio, in particolare, si erano andati costituendo altri progetti a finanziamento pubblico sulle principali figure di santi locali, che si prefiggevano di ricostruire il doppio itinerario dei pellegrinaggi francescano e romualdino. Il primo emblematico della predicazione urbana e il secondo del ritiro spirituale e monastico. In effetti, era divenuto chiaro agli operatori e all'intero gruppo di lavoro, che le scelte compiute all'interno del *Progetto Giubileo* si collocavano in tal modo entro vere e proprie politiche del patrimonio storico-culturale, in un periodo in cui in tutta la regione si erano andate moltiplicando le iniziative per promuovere la santità, il paesaggio, gli itinerari della pace, anche in vista di un massiccio afflusso turistico-religioso.

### 2.1. Il Centro accoglienza diurno (CAD)

A differenza di altri servizi psichiatrici attivi nella regione, gli operatori del Centro di salute mentale di Gubbio<sup>(25)</sup> hanno scelto di non realizzare un Centro accoglienza diurno di tipo semiresidenziale. Ciò significa che ogni paziente può frequentare una o più attività, di sua scelta, in alcuni giorni della settimana, e che lo spazio del CAD non prevede la permanenza continuata dei pazienti durante l'intera giornata (ad esempio, non prevede il pranzo all'interno della struttura). Grazie a questa flessibilità, un numero considerevole di utenti, circa 60 persone, frequenta abitualmente attività di vario tipo: teatro, lettura e scrittura, musica, cucina, pittura e immagine, produzione audiovisuale, bricolage (costruzione di piccoli oggetti, soprattutto giocattoli, in legno), fotografia, studio e organizzazione di escursioni naturalistiche. A questi gruppi si affiancano attività di carattere motorio e/o sportivo: palestra (ginnastica posturale), nuoto, calcio a cinque<sup>(26)</sup>. Nei progetti riabilitativi, gruppi misti – formati da uno o più terapeuti, pazienti, operatori sociali e infermieri – in base a interessi per-

sonali o ad attitudini specifiche, seguono i “laboratori” sotto la guida di una persona esterna al “Servizio” – un “esperto” – che abbia una specifica competenza nel settore. Tali gruppi sono variabili per numero e composizione <sup>(27)</sup>.

L'interazione all'interno dei gruppi è caratterizzata da rapporti che si configurano da un lato in base alla definizione degli status sanciti dalla relazione terapeutica/riabilitativa, dall'altro in relazione alle difficoltà oggettive con cui tutto il gruppo deve confrontarsi nel corso del lavoro. Di fronte a tali difficoltà e alle competenze specifiche dell' “esperto”, operatori psichiatrici e pazienti condividono infatti una condizione iniziale di “non conoscenza” e intraprendono un comune percorso formativo. Può succedere (anche se non di regola) ad esempio che un paziente lavori in un gruppo, al fianco del proprio terapeuta di riferimento, e si relazioni a quest'ultimo in modo diverso dalla interazione duale che caratterizza i colloqui in ambulatorio. In proposito, operatori e pazienti hanno più volte fatto riferimento alle forti emozioni condivise e scambiate in prossimità di eventi pubblici, quali ad esempio la rappresentazione teatrale che si tiene ogni anno o la presentazione del libro, di cui darò conto più avanti, in cui l'impatto con il pubblico è motivo di scambio e di discussione, oltre che occasione di solidarietà e di supporto reciproco. In questa chiave, le interazioni seguono i processi d'apprendimento e i gradi differenziati di partecipazione a una “comunità di pratiche”, con specifiche relazioni di potere, struttura sociale e condizioni di legittimità (LAVE J. - WENGER E. 1991) <sup>(28)</sup>. Va peraltro considerato che anche nei contesti esplicitamente pensati per alimentare rapporti interpersonali di tipo paritario e orizzontale, come nel laboratorio sulla santità qui preso in esame, le scale gerarchiche nel servizio psichiatrico, i rapporti interni di opposizione e le distinzioni di ruolo tra terapeuti, operatori e pazienti, oltre che le relazioni conflittuali tra il CAD e la realtà esterna, sono fattori da non sottovalutare. Si tratta anzi di elementi cruciali per esplorare i processi di trasformazione nei progetti riabilitativi, in particolare quando ci si riferisce ai quadri sintomatici, alle diagnosi <sup>(29)</sup>, al trattamento, questioni che emergono periodicamente nelle riunioni in cui gli operatori psichiatrici fanno il punto della situazione.

Per quanto riguarda il vissuto del disagio e della malattia, a una osservazione dall'interno, il CAD appare come un luogo dove il linguaggio della sintomatologia non dovrebbe prevalere, in cui si dovrebbero ipotizzare forme di interazione che – in un certo senso – permettano di non collocare la presenza del paziente immediatamente all'interno di uno spazio



definito dalla terapia. I problemi concernenti la salute sono infatti intenzionalmente circoscritti agli incontri periodici che avvengono in ambulatorio, al “Servizio” – come si è soliti dire -- per distinguere il luogo della consultazione e della terapia psichiatrica dal CAD, il luogo delle azioni riabilitative. Nella interazione con l’operatore sociale, l’espressione da parte del paziente del disagio, del sintomo, è così rimandata al terapeuta di riferimento<sup>(30)</sup>. Accade perciò piuttosto raramente che il linguaggio corporeo del sintomo e del malessere venga espresso nel rapporto con gli altri: si può dire, ad esempio, in alcune circostanze, di non sentirsi bene, di aver perso ore di sonno la notte, o ancora di avere il mal di testa, ma in generale questo tipo di richiesta non contraddistingue le modalità d’interazione delle persone che lavorano nei laboratori riabilitativi. Può invece accadere, senza che ciò richiami particolare attenzione da parte dei membri del gruppo, che qualcuno sia assente per un certo periodo perché preferisce non venire, oppure perché è momentaneamente alle prese con qualche problema.

## 2.2. Progetto Giubileo: *territorio, risorse comunitarie e riabilitazione*

Nella prassi quotidiana del CAD si presenta di frequente la necessità di oltrepassare le linee di confine tra specifiche istituzioni e di coinvolgere diversi soggetti politici. L’urgenza di allargare le relazioni è avvertita dagli operatori e dagli utenti con i quali ho lavorato. Ho parlato con loro, in varie occasioni, di quali fossero l’atteggiamento e la partecipazione della cittadinanza alle politiche della psichiatria comunitaria. In merito, il giudizio sia dei pazienti sia degli operatori è stato piuttosto severo: l’ambiente circostante infatti è percepito come relativamente chiuso e caratterizzato da una certa mancanza d’interesse per i temi della salute mentale; temi che, negli anni più recenti, solo raramente sono stati affrontati in dibattiti pubblici che coinvolgessero la cittadinanza<sup>(31)</sup>. Per questo motivo, il Centro di salute mentale ha tra i suoi scopi primari lo stabilire nuovi rapporti con l’esterno e favorire le relazioni dei pazienti impegnati in progetti riabilitativi con attività analoghe svolte in città. In proposito la rete dell’associazionismo (fotografia, pittura, poesia e letteratura, teatro, interessi naturalistici) rappresenterebbe uno sbocco, per così dire, naturale per gli interessi coltivati nel CAD.

Con particolare riferimento al laboratorio di cui ci occupiamo in questo articolo, si erano andate delineando iniziative, piuttosto articolate, destinate a mobilitare diversi gruppi di lavoro e ad attivare risorse nel contesto

urbano e nel territorio<sup>(32)</sup>. Quello che era stato chiamato *Progetto Giubileo*, come era espresso efficacemente nei documenti preparatori che ho potuto leggere e discutere con gli operatori, oltre alle specifiche finalità terapeutiche aveva come obiettivo di promuovere un più ampio programma di riabilitazione, di taglio socioculturale, in dialogo con la città e le istituzioni. Nella definizione delle attività, è delimitato con chiarezza il terreno in cui le iniziative del Centro di salute mentale avrebbero dovuto svilupparsi:

«Si ritiene che l'attuazione di questa iniziativa, per altro molto complessa, sia fondamentale per le implicazioni terapeutiche da una parte e culturali dall'altra.

Dal punto di vista terapeutico sono due gli elementi importanti: 1) fornisce ai pazienti la possibilità di sperimentare, in una situazione protetta ma protesa all'esterno, capacità che la malattia ha reso per molto tempo inaccessibili; 2) permette di sviluppare il lavoro di gruppo facilitando nei pazienti la possibilità di stabilire legami relazionali.

Dal punto di vista culturale si ritiene che la possibilità di collaborare attivamente con istituzioni del territorio, uscendo dagli spazi classici della terapia e della riabilitazione fornisca al Centro Salute Mentale la possibilità di far conoscere la modalità di lavoro integrata e complessa che in questi anni ha costruito.

Questo costituisce un passo fondamentale nel processo di superamento dei pregiudizi e delle paure nei confronti della malattia mentale: a questo il CSM di Gubbio da tempo lavora perché ricade in maniera positiva sulla salute dei singoli pazienti e sull'immagine del Servizio e dell'Azienda». (CENTRO DI SALUTE MENTALE DI GUBBIO 1998).

Si può notare come nel *Progetto Giubileo* fossero indicati con una certa precisione, già in fase iniziale, gli aspetti riconducibili all'ambito della terapia e fossero chiamati in causa gli interlocutori istituzionali per contrastare i processi di stigmatizzazione. Nell'evocare queste possibili alleanze con le istituzioni locali, in particolare quando all'immagine del "Servizio" si associa quella della Azienda sanitaria (il referente principale delle richieste di finanziamento della psichiatria per quel che concerne "il versante medico-sanitario"), è implicitamente ribadita un'articolazione strutturale del campo psichiatrico, che ha un ruolo centrale nelle dinamiche di trasformazione perseguite in un progetto riabilitativo.

Nelle fasi di progettazione i confini fra sociale e sanitario, fra interno ed esterno del servizio psichiatrico e fra riabilitazione e terapia sembrano rispettare linee tracciate piuttosto nettamente, forse più agevolmente di quanto non avvenga quando si è pienamente coinvolti nelle attività all'in-

terno del CAD. A questo riguardo, va precisato che “riabilitazione” è il termine controverso<sup>(33)</sup> su cui gli stessi operatori sono spesso impegnati in discussioni nelle riunioni interne al servizio psichiatrico e talvolta in confronti con l'esterno. Raramente il termine “riabilitazione” è usato per descrivere quanto accade all'interno del CAD, esso emerge invece quando gli operatori sono chiamati a tracciare un limite fra azioni riconducibili all'ambito tecnico della psichiatria e azioni che coinvolgono risorse diversificate, con un impatto sociale più ampio sulla definizione del rapporto salute/malattia. I confini tra cura e riabilitazione psichiatrica sono labili e soggetti a continue controversie<sup>(34)</sup> che mettono in evidenza i lineamenti compositi, articolati, culturalmente definiti, delle tecniche della psichiatria a fronte dei processi di “soggettivazione” dei pazienti<sup>(35)</sup>. Non è solo un problema di linguaggio, ma una questione di taglio epistemologico: come vedremo più avanti, le pratiche concrete disperdono in azioni molteplici e sfuggenti, in contesti imprevedibili in cui decidere è rischioso, quanto i saperi strutturati vorrebbero pianificare sul piano delle procedure. Nella riabilitazione le azioni eterogenee e disperse producono oggetti ibridi, che sembrano confondere “politica” e “conoscenza”. Proprio come accade nei laboratori scientifici, descritti nelle etnografie, nei quali è la stessa pratica quotidiana degli scienziati a mettere in crisi i presupposti teorici della “modernità”. Presupposti che, come ha mostrato Bruno Latour, sono fondati sulla netta separazione tra “decisioni” della politica e “fatti” della scienza (LATOUR B. 1995 [1991]).

### 2.3. Il gruppo di lavoro

La pluralità dei punti di vista su religione e storia della santità cattolica, in un certo senso, è il patrimonio cui il laboratorio ha potuto attingere costantemente. Il tema della santità locale poteva essere avvicinato dagli utenti con aspettative e scopi differenti. Pietro, 30 anni, sembrava ad esempio considerare la sua partecipazione al laboratorio come un proseguimento delle letture di libri di viaggio che aveva iniziato al CAD nei suoi incontri con Grazia, l'operatrice sociale. Alla scuola professionale che aveva frequentato da ragazzo, la sua “passione” era la geografia: nel corso delle riunioni del laboratorio ci invitava a impegnarlo in prove di destrezza e domande a trabocchetto sulle capitali di tutti gli stati del mondo: «la capitale dell'Australia, del Marocco, della Nigeria...». Ancora oggi ripete spesso che se potesse fare un viaggio sceglierebbe la California: andare a Los Angeles è il suo sogno, ha contato quante migliaia di chilometri separano

Gubbio dalla costa occidentale degli Usa. Ma il suo vero desiderio è più semplicemente andarsene lontano dalla piccola frazione nell'Appennino in cui vive. Vorrebbe trasferirsi a Milano, per trovare un lavoro e cambiare vita. Oppure all'estero, come suo padre «che in Francia ci ha lavorato per anni».

Marta, 25 anni, nei dialoghi più centrati sul significato complessivo del laboratorio ripeteva di voler scoprire la parte "universale" e "sacra" di alcuni aspetti della femminilità. I suoi interrogativi erano spesso volti a capire il senso di quelle scelte che, nel caso delle sante, le apparivano come coraggiose, definitive e proiettate in una dimensione ultraterrena. Le domande che poneva, accolte dagli altri membri del gruppo con interesse misto a stupore, sembravano richiamare tutti noi a scelte etiche impegnative.

Alessandro, 35 anni, che si è impegnato nella sistemazione al computer delle immagini da collocare alla fine nel libro, ha instaurato un rapporto affettivo particolare con alcune sante. Nei suoi ricordi queste figure benevole sembravano intervenire nei momenti in cui si sentiva maggiormente in difficoltà.

Invece Giacomo, 60 anni, il più taciturno, non lasciava quasi mai trasparire le sue impressioni di uomo di religione protestante di fronte a una ricerca che andava dispiegando l'uno accanto all'altro gli elementi del Pantheon della santità cattolica (GALLINI C. 1997). Il suo silenzio sembrava non permettere agli operatori di decifrare il suo livello di partecipazione alle gesta di figure portatrici di esperienze straordinarie, che testimoniavano la fede con trasformazioni corporee e con gesti inconsueti. Il suo è un enigma che non è stato sciolto neanche alla fine della esperienza del laboratorio.

Stefano, 34 anni, ha colto la realizzazione del progetto sulla santità come un'occasione per riprendere a leggere i libri che lo appassionavano anni prima, quelle stesse letture che aveva dovuto interrompere nel periodo degli studi universitari, quando aveva avvertito i primi problemi. Nel laboratorio cercava di approfondire la ricostruzione della storia degli ordini mendicanti, delle dispute teologiche e dei movimenti pauperistici medievali. Tentava inoltre di mettere alla prova la sua sete di conoscenza, confrontandosi con le domande che scaturivano da un suo recente riavvicinamento alla pratica cattolica.

Nel caso della signora Anna, 67 anni, che ama scrivere poesie e racconti, il laboratorio e la realizzazione del libro apparivano come un modo per interrogare criticamente una forma di alfabetizzazione ormai lontana nel tempo, una pratica della lettura che aveva costruito su quei libretti agiografici illustrati, dei quali ricorda l'efficacia delle immagini, sfogliati a lungo con curiosità nella propria infanzia:

Anna: E poi ho letto tanti e tanti libri, che passavano le suore a venderli, a porta e a porta. *Un fiore del cielo*, c'era un giglio disegnato con la fotografia o di un bambino o di una bambina. Parlava, insomma raccontava cose da bambini, che aveva rubato la marmellata alla madre.

Anche tra gli operatori le posizioni, piuttosto diversificate all'inizio, si sono meglio definite nel corso delle attività. In generale il laboratorio sulle sante metteva in luce differenze che tagliavano trasversalmente i ruoli professionali, per costituirsi in una polarizzazione tra laici e cattolici, oppure tra credenti e scettici. Si combinavano così gli atteggiamenti di scoperta e di critica, propri di alcuni, con gli accostamenti, proposti da altri, fra le pratiche di devozione per le sante oggetto della ricerca e le celebrazioni del santo patrono. Celebrazioni che sono caratterizzate da grande partecipazione popolare e che ogni anno li vedono coinvolti in città. È capitato infatti che la mia presenza e i miei interessi favorissero scambi linguistici centrati su forme popolari del culto locale. Di tanto in tanto, le attività del laboratorio potevano "reagire" con i resoconti che gli operatori e i pazienti facevano della preparazione e della realizzazione della festa del Santo Patrono, la Corsa dei Ceri, che viene celebrata nel mese di maggio<sup>(36)</sup>. Gianni, per esempio, che ha lavorato alla realizzazione delle immagini per il *Progetto Giubileo*, è anche impegnato nella ripresa video per la Tivù locale di alcuni momenti della Corsa dei Ceri. Alberto come altri operatori è un "ceraiolo" (di San Giorgio), cioè uno dei portatori delle macchine in legno sormontate ciascuna da un santo protettore di tre corporazioni di mestiere (S. Antonio, S. Giorgio, S. Ubaldo) che il 15 maggio, in onore di S. Ubaldo, corrono in città e poi raggiungono il santuario sulla vetta del monte in cui sono conservate le reliquie del santo.

A fronte di questi accostamenti, c'era poi chi sembrava direttamente impegnato a tracciare confini tra le pratiche popolari e i tentativi di avvicinamento ai modelli della santità. Come vedremo più avanti, queste distinzioni si sono rivelate importanti nel corso dei lavori, in particolare se si considera l'impegno di qualche operatore sociale, Sandro ad esempio, nelle associazioni cattoliche di base in città.

Di difficile lettura apparivano le posizioni piuttosto distaccate e comunque finalizzate alla supervisione da parte di infermieri psichiatrici, psicologi e psichiatri. Laddove, per esempio, un'infermiera lasciava trasparire più di altri la possibile cornice terapeutica, talvolta esplicitamente medicalizzante, in cui sarebbe stato comunque possibile collocare l'intera iniziativa, Claudia, la psicologa più coinvolta nelle azioni laboratoriali, sottolineava con entusiasmo la declinazione di genere degli itinerari religiosi delle sante: figure femminili impegnate a mettere in discussione le gerarchie di valori maschili dominanti nelle città medievali che andavamo studiando.

#### 2.4. “Sarà tutto vero?”

Per quel che mi riguarda, essere parte del laboratorio ha significato soprattutto capire in che modo partecipare e “stare dentro”. Il giorno del mio ingresso nella attività *Giubileo*, gli operatori avevano già annunciato l’arrivo di un “antropologo”. Avevano cioè vagamente evocato la presenza di qualcuno che sarebbe venuto a fare un lavoro sulla “salute mentale” e sulle “tradizioni popolari”, e che probabilmente poi sarebbe stato collocato dai frequentatori del CAD nello spazio eterogeneo in cui di solito agiscono quegli “operatori”, “esperti”, “psicologi tirocinanti”, che ogni tanto entrano a contatto con il “Servizio” e danno “una mano a fare le cose”. Al mio arrivo, il gruppo già riunito attorno il grande tavolo ovale della *sala libri* era impegnato in attività che sembravano richiedere una certa serietà, rigore e dedizione. Un osservatore esterno avrebbe potuto farsi l’idea – e questa fu una delle prime superficiali impressioni che ebbi al mio ingresso – di avere davanti a sé un gruppo molto “disciplinato” di studiosi, impegnati a discutere di un libro che, nelle intenzioni, avrebbe dovuto essere associato a un video e pubblicato durante l’anno giubilare e che, per questo motivo, sembrava essere vincolato da vincoli temporali strettissimi. A tale scopo si prevedevano alcune imminenti riunioni al servizio psichiatrico, un colloquio con il vescovo, contatti con una giornalista della tivù locale. Sulla programmazione delle fasi di lavoro si supposeva che avrebbe inciso anche l’attesa per l’installazione di un nuovo computer e l’acquisizione di “abilità d’uso” degli utenti. Alcuni pazienti già lavoravano al computer, ma il *Progetto Giubileo* era finalizzato alla acquisizione di competenze per i programmi di videoscrittura da parte di tutti i partecipanti, anche degli operatori sociali e psichiatrici. Un simile progetto avrebbe avuto prevedibili ripercussioni sulla organizzazione complessiva e sui ritmi di lavoro del servizio psichiatrico. Per esempio, sarebbe stato necessario parlare con gli autisti in modo da posticipare gli orari di rientro per permettere così di prolungare le ore di attività dei gruppi, visto che di solito gli utenti senza mezzo di trasporto proprio erano riaccompagnati a casa alle 17.00.

Nella intensità di quelle discussioni di lavoro, qualsiasi distinzione dei ruoli tra operatori e utenti appariva come tutt’altro che evidente; essa sembrava anzi francamente inutile a chi fosse intenzionato a comprendere quanto si andava decidendo. Nelle mie note di campo<sup>(37)</sup> sono riconoscibili le difficoltà iniziali nel chiarire la mia posizione e la mia ricerca a un gruppo poco convenzionale nei ruoli e nelle appartenenze.

È un po’ complicato presentarsi a un gruppo di lavoro così composito e già schierato, in particolare quando si interrompe una riunione. Riconosco persone con cui in precedenza ho già avuto modo di scambiare impressioni e idee sul mio progetto di ricerca:

Giovanna la psichiatra responsabile del centro, che introduce la mia presenza, e Claudia la psicologa promotrice del progetto. Al centro di uno dei due lati lunghi è seduto l'autorevole figura del coordinatore/esperto Enrico G., un professore di scuola media inferiore che da alcuni anni collabora con le attività promosse dal Centro di salute mentale e con altre iniziative culturali presenti in città. Ai suoi lati i suoi più fidi collaboratori: Stefano, lo "storico" del gruppo, interessato soprattutto alla storia dei movimenti religiosi medioevali e deciso a collocare in un contesto adeguato alcuni santi e le loro gesta, primo tra tutti S. Francesco, sul quale ha letto molti libri; c'è poi Grazia, l'operatrice considerata da molti come la figura femminile che rende il Centro accoglienza diurno come una casa comune; e Gianni, l'operatore più attivo nella organizzazione delle "escursioni per le riprese video". Al suo fianco siedono Nicola, un paziente che ha fatto della sua passione per la telecamera un'occasione per l'inserimento lavorativo nella tivù locale, e Franco che ha recitato nella commedia al teatro comunale cui ho assistito in autunno. Le mie parole devono aver tradito un certo imbarazzo se una donna, che più tardi conoscerò come la signora Anna, sentendo pronunciare il mio cognome è venuta in soccorso chiedendomi notizie sulle mie presunte origini eugubine. Penso di essermela cavata rispondendo pressoché automaticamente, ormai abituato a fronteggiare la curiosità sulla mia provenienza, che mio padre è eugubino, ma che io provengo da Perugia, la città in cui nei primi anni Sessanta egli ha trovato lavoro in fabbrica e si è sposato. Non sono seguite altre domande sulla mia ricerca o sulla mia collocazione nel Centro di salute mentale. Il lavoro è così proseguito in un clima accogliente e rilassato, sotto il controllo attento di Francesco: i capelli lunghi, lo sguardo un po' stanco, che tradisce qualche impazienza. A un certo punto, Francesco con la testa delicatamente poggiata sul braccio disteso sul tavolo ci ricorda l'imminente scadere dell'ora di lavoro e i ferrei tempi del *break* per il tè.

In un dialogo avvenuto a qualche settimana dal mio ingresso nel laboratorio, durante una pausa, Anna mi coglie di sorpresa, prima chiedendomi in quale modo io fossi impegnato in una ricerca per l'Università, poi facendo scivolare quasi distrattamente una battuta: «eh, che ce vole fare, siamo gente un po' strana qui». Come rispondere ad una frase così diretta, eppure appena suggerita? Il suo mi è sembrato un attacco rivolto a smascherare qualsiasi tentativo di "ingresso mimetico": tu sai di essere qui, un posto conosciuto all'esterno anche perché è frequentato da gente "strana"; la tua collaborazione al lavoro collettivo è già dall'inizio segnata dalla mossa di apertura; non cercare di trovare scuse. In realtà, pensavo che molte delle azioni che si realizzano al CAD fossero effettivamente "originali", ma soprattutto perché quello è un luogo in cui capita di compiere con impegno e passione gesti che altre persone, in altri luoghi, non possono compiere e che tendenzialmente collocherebbero nel dominio del gioco e del tempo libero<sup>(38)</sup>. In quel frangente, ho dichiarato di non saper bene in quale direzione mi sarei diretto insieme a lei e agli altri compagni del laboratorio. Pur avvertendo la necessità di fare chiarezza, infatti, non sono riuscito a trovare la via d'uscita. Ho cercato allora di spiegare che

almeno un punto era per me evidente: il mio interesse si rivolgeva a quanto si va facendo nella psichiatria comunitaria, ecco perché mi occupavo del *Progetto Giubileo* e delle esperienze di persone che vi lavoravano insieme. Alla replica di Anna, che seccamente mi chiede: «come si fa a parlare di esperienza se parliamo di Medioevo?», non ho saputo rispondere.

Forse grazie anche ai miei silenzi, poco tempo dopo questo scambio dialogico Anna mi ha dato da leggere la sua relazione intitolata *Sarà tutto vero?* Si trattava di un breve testo, scritto in modo eccellente, che cercava di fare il punto sulla religiosità femminile medioevale attraverso alcune recenti letture e la sua esperienza quotidiana. Ne risultava uno “schiacciamento” della prospettiva storica: le beghine, le eremite dalla vita selvaggia dei periodi più antichi (quelle alle quali va la simpatia di Anna), erano messe a confronto con gli ordini monastici dell’epoca, strutturati su una rigida gerarchia nobiliare e di censo, che non volevano accoglierle. Nelle descrizioni di Anna, sembrava di poter incontrare le donne per le vie strette e ombrose tra antichi palazzi di pietra di una Gubbio odierna. Donne che avrebbero comunque dovuto occuparsi della spesa, del bucato, dei figli e insieme a tutto questo della salvezza dell’anima propria e di tutti. Vi era così presentato una specie di piccolo racconto in cui, attraverso una opposizione che sembra riprodursi di generazione in generazione, un mondo femminile che compie scelte definitive e coraggiose per avvicinarsi al sacro è contrapposto a un mondo maschile che stabilisce regole e privilegi. Anna in alcuni rapidi passaggi si interrogava su «quante cose sono disposti a tollerare gli ordini mendicanti» a fronte della richiesta di un rinnovamento radicale. La sua conclusione era piuttosto pessimista: «qualche volta è meglio vivere d’illusioni».

La lettura di Anna, al tempo stesso sognante, lucida e problematica, era in questo senso una risposta alla domanda sulla “esperienza filtrata storicamente” cui mi ero in qualche modo sottratto tempo addietro. Ho considerato il suo gesto come un piccolo segno d’apertura. In seguito, da quel confronto è scaturito un rapporto d’amicizia e di stima reciproca che è proseguito negli anni seguenti e che è giunto fino alla scrittura di questo articolo, che Anna, insieme ad altri, ha letto e commentato in differenti stesure e fasi d’elaborazione. Oggi mi sembra che quell’episodio suggerisca che partecipare a un laboratorio collettivo di quel genere può rimettere in gioco possibili “tecniche” e “politiche” della *presenza*<sup>(39)</sup>. Che *esserci*, per me, in questo come tutti gli altri partecipanti, significasse prima di tutto percepire i rapporti umani così come si definiscono nel campo della



salute mentale, anche in quelle situazioni in cui si tenta in vario modo di sottrarsi alle maglie strette delle definizioni dei ruoli. Avrei voluto parlare delle relazioni tra persone impegnate in un cambiamento personale e di gruppo, in senso progressivo e sperimentale, eppure le diverse posizioni nei contesti d'interazione riproducevano, in ogni caso, oggettivamente i rapporti di forza del *campo* della salute mentale. Rapporti di forza e contraddizioni che giorno per giorno possono essere messi in discussione e sottoposti a critica, spostati in avanti e talvolta superati, ma che non vanno mai dimenticati, correndo il rischio di non riconoscerli più. Al fine di non produrre una iscrizione desoggettivata, il problema che si è posto sin dall'inizio nella mia etnografia è stato dunque non tanto la presunta problematicità della presenza dei pazienti, ma la dimensione politica della *presenza* di ciascun partecipante al laboratorio in una rete di rapporti, azioni e commenti su di esse; nel caso specifico, la presenza problematica e intrusiva dell'etnografo<sup>(40)</sup>.

### 3. Pratiche sperimentali

Come nelle opere degli agiografi medioevali, i partecipanti al laboratorio hanno cominciato a costruire testi in cui sistemare pazientemente le biografie delle sante vissute in Umbria nei secoli XII-XVI, le loro opere mirabili, le visioni, i miracoli e le guarigioni. Si trattava di scegliere le fonti e di compiere uno studio su libri di storia locale. Gli itinerari lungo le vie di pellegrinaggio che attraversano l'Umbria, immaginati a tavolino nel corso della lettura delle agiografie e nella ricostruzione storica dei contesti di vita delle sante, si sono in seguito concretamente sviluppati all'esterno con sopralluoghi nei conventi e nei santuari. Al ritorno dai viaggi di documentazione, infine, gli inviati erano soliti fare una relazione sulle riprese al resto del gruppo, riunito in seduta plenaria.

Nei gruppi di lavoro ristretti si ascoltava uno di noi incaricato di leggere ad alta voce un testo storico o una vita di una santa e, insieme, si prendevano appunti sui testi in consultazione. Tali appunti, che ci vedevano impegnati a turno, erano destinati a diventare un insieme di tracce lasciate su grandi fogli di carta a righe o su quaderni personali. Fogli e quaderni sarebbero successivamente stati raccolti da Enrico, l'esperto, per essere montati e rielaborati in un testo comune. In una riflessione etnografica su quelle fasi di lavoro deve essere considerata la situazione concreta in cui si organizzano le forme di ricezione del testo in quanto azione collettiva. Esplorare cioè le possibilità corporee della pratica della lettura e della scrit-

tura soffermandosi sulla ricostruzione meticolosa e microfisica degli atti e delle posture.

### 3.1. *Leggere e scrivere*

La pratica della lettura ad alta voce nel laboratorio si è dispiegata principalmente a partire dalla percezione uditiva, si è cioè basata soprattutto sull'ascolto: lungo un "tempo d'attesa" riempito dalla voce narrante di uno dei membri alle prese con la lettura ad alta voce di un testo storico o agiografico. Le resistenze e le reazioni all'ascolto passivo si trasformavano talvolta in associazioni di immagini e in micronarrazioni assemblate collettivamente. Allorché per esempio di fronte a un testo particolarmente noioso ci si interrompe a vicenda, per lasciare spazio a discussioni sui film visti di recente alla televisione; oppure per ascoltare i racconti dei viaggi in autostop fatti da Pietro, che le mattine in cui viene a Gubbio dal suo paese non ha un mezzo pubblico da prendere; o ancora per discutere della vita monastica odierna: un villaggio-convento, sulla collina nei pressi della città, in cui vivono "suore" che «guidano come pazze il loro fuoristrada» sui sentieri nelle zone agricole circostanti. È in quelle occasioni che meglio si evidenzia una propensione ad allargare gli argomenti di discussione, a dirigersi in varie direzioni, seguendo gli interessi che emergono durante la lettura. Un giorno, ad esempio, il gruppo si confronta con un testo sulla vita monastica femminile nel Medioevo (PERNOUD R. 1986 [1980]).

Viene il turno del signor Giacomo che legge piuttosto lentamente, ma con una certa fluidità. Alla fine del brano, proviamo a scrivere qualcosa, suggerendo i passaggi da sottolineare a Luca, l'operatore incaricato di stendere gli appunti. Poco dopo, sulle tracce delle gesta di Ildegarda di Bingen, Pietro coglie un quesito sulla esatta collocazione di una città tedesca come occasione per lanciarsi in un funambolico viaggio sull'*Atlante geografico*. Lo sfoglia avidamente: attraversa l'Italia, raggiunge la Francia, la Germania, fa una puntata in Antartide, si precipita in California e poi tocca l'Australia. Progressivamente veniamo tutti presi dal viaggio desiderato, fatto di mani che accarezzano montagne, sorvolano continenti di ghiaccio e attraversano sconfinite pianure. Proprio in questi momenti di confronto il gruppo permette di lavorare anche su situazioni che creano disagio. Pietro chiede se quelli di là, nell'altra stanza, stiano ridendo di noi. Più tardi Grazia, l'operatrice sociale, attenta al lavoro sulla "relazione interpersonale", mi spiegherà che una delle forme più evidenti della iniziale "chiusura" di Pietro è stata proprio la paura di essere spiato.

Le fasi successive del lavoro hanno visto alcuni membri del laboratorio impegnati varie ore nella digitazione dei manoscritti iniziali su personal

computer. Proprio nel rapporto con il computer il mio ruolo si è andato definendo anche come un possibile supporto al lavoro collettivo: sono stato cioè impiegato come “istruttore” di videoscrittura per chi avesse voluto cimentarsi con questo particolare tipo di interfaccia tecnologico<sup>(41)</sup>. Le note e le schede sulle biografie delle sante e sulla storia degli ordini monastici sono state trascritte in *files*, solo dopo aver cooperato in una complicata interpretazione delle grafie oscure degli estensori. La trascrizione in gruppo diveniva in questo caso una specie di meticolosa costruzione collettiva che alternava scommesse interpretative, atti divinatori su segni oscuri e un gioco di pazienza condotto sul varco apertosi tra l'atto della lettura e le oscure scritture amanuensi. Più che di trascrizione in alcuni casi si poteva parlare di tentativi di accedere a una vera e propria scrittura cifrata.

Nonostante la ripetitività dei compiti svolti, la cosa si fa divertente. Certo, ci vuole “una certa calma...”: è questo un consiglio che è ripetuto da un po' tutti i partecipanti, considerati i tempi d'attesa cui ciascuno si sottopone prima di poter accedere al proprio turno alla tastiera. Così, riportare gli appunti al computer, una “macchina” con cui alcuni utenti del CAD devono ancora prendere confidenza, ha spinto i miei compagni a sperimentare nuove tecniche di lavoro. Nel rapportarsi alla scrittura su personal computer, per esempio, Anna dimostra flessibilità e curiosità davvero notevoli, e anche Giacomo, di solito restio ad essere coinvolto, alla fine si cimenta nell'impresa, dopo insistenti inviti di Grazia. Anche piccoli atti di apprendimento e di coordinazione richiedono massima attenzione. Ciò obbliga a pensare per esempio alla tecnica richiesta dalla manipolazione del *mouse*, che porta con il passare del tempo ad impossessarsi di una piccola “magica” dissociazione tra il movimento della mano sul piano orizzontale del tavolo e la direzione dello sguardo rivolto alla freccia, che si sposta sullo schermo verticale, per raggiungere l'icona. Dopo un inizio comprensibilmente piuttosto lento e difficile, il lavoro ha iniziato a procedere bene, alternando lunghi silenzi con le battute e le domande di Pietro.

La lettura e la scrittura si sono rivelate ai partecipanti come pratiche estranee all'immagine disincarnata che se ne ha generalmente. In altri termini, è emerso il rapporto che queste pratiche intrattengono quotidianamente con quanto è, al tempo stesso, la loro sorgente e destinazione: il corpo in azione; più specificamente il corpo che percepisce, sente e attiva ciò che talvolta gli altri non percepiscono e non sentono<sup>(42)</sup>. L'effetto di straniamento che il laboratorio attribuisce a quelle pratiche è dovuto in larga parte al suo essere incorniciato in un processo collettivo. La lettura ad alta voce e in gruppo è stata caratterizzata cioè da quei vuoti e silenzi, quelle attese frustrate e attenzioni fluttuanti, che l'ascolto in silenzio di una voce “altra da Sé” talvolta costringe a subire. In tal senso, come vedremo più avanti, quanto è accaduto nel laboratorio è un modo pratico di comprendere quelle tecniche di visualizzazione della mistica cattolica in cui è la lettura ad aprire

nuove possibilità per l'unione mistica, o a offrire i varchi per l'attacco di un demone<sup>(43)</sup>.

L'etnografia come azione e riflessione situata nel flusso irreversibile delle pratiche quotidiane (BOURDIEU P. 1980: 137-138) può far emergere, nelle azioni riabilitative, quelle "discipline" che investono anche i gruppi orizzontali e paritari, in cui consenzientemente tutti i membri aderiscono a una sorta di ripetizione delle condotte abitudinarie. Si tratta peraltro di tecniche, e ciò va detto, cui ciascuno di noi si affida interamente ogni volta che si siede per scrivere una lista di "cose da ricordare" o, disteso un divano, aggiusta la propria posizione per leggere più comodamente. Un tale lavoro spinge a ripercorrere a ritroso alcune tecniche che, potremmo dire, in senso costitutivo hanno rappresentato la disciplina del corpo durante i processi di scolarizzazione<sup>(44)</sup>. Un corpo che, immobile, è rimasto soggetto all'addestramento della lettura, prima a voce alta, poi rigorosamente silenziosa, e che si è esercitato nella scrittura, gesto della mano in cui si concentra interamente il trascorrere del tempo. In effetti, tutti i partecipanti (operatori, utenti, etnografo) hanno dovuto riconoscere che riprendere in età adulta, in un contesto di gruppo, un processo di apprendimento della lettura e della scrittura, lasciato di solito piuttosto precocemente alle spalle, provoca uno spostamento di senso in molte delle azioni compiute nella quotidianità. Ne emergono due tratti significativi: da un lato alcune pratiche sembrano assumere la fisionomia di una "scuola di base"; dall'altro esse propongono limiti all'agire cui in alcuni casi le persone tentano di sottrarsi<sup>(45)</sup>. Scopo della etnografia è inscrivere questi processi sociali storicamente situati, fatti di situazioni concrete in cui si organizzano collettivamente le forme di ricezione e produzione del testo agiografico. Gli enunciati che si riferiscono a una parte non visibile della realtà sociale sono allora inseriti in una trama di azioni e discorsi che fluttuano durante un lavoro apparentemente poco impegnativo.

Pietro vuole sapere se sognare l'acqua porta male. Stanotte ha sognato di nuotare sott'acqua, al mare, e di incontrare in immersione un uomo vestito di rosso. Si presentano, dice di chiamarsi "Gambero rosso". È interpellata la signora Anna, «che lei di sogni se ne intende...», secondo la quale sognare acqua torbida può voler dire novità, sognare acqua limpida invece significa lacrime. Ma in questo caso dovrebbe trattarsi di lacrime d'amore. Pietro sembra più sollevato, finché rimane *single* non dovrebbero esserci gravi problemi. In questo momento egli si sta occupando piuttosto di problemi collettivi del servizio psichiatrico. Pietro ha infatti telefonato al numero verde dell'Alitalia per avere informazioni sul volo Roma - Tel-Aviv. Il prezzo del volo è alto, sono circa 990.000 lire a testa. Nonostante un viaggio in Terra Santa appaia decisamente costoso per tutti, Pietro sembra divertirsi all'idea di chiudere Centro accoglienza diurno, Servizio di salute mentale, e portare psichiatri, psicologi, infermieri, operatori e utenti in pellegrinaggio.

In questi casi è fondamentale considerare il racconto di un sogno come una pratica sociale. I legami tra la realtà e l'immaginazione si sviluppano in enunciati complessi che tendono ad agire sul futuro, orientando le attese verso un divenire incerto. Il sogno, le lacrime, l'amore e il viaggio provocano una ridefinizione delle cornici di significato: dallo spostamento onirico, un tuffo nel mare, si passa all'immaginazione di un pellegrinaggio che coinvolge tutto il servizio psichiatrico.

Due anni dopo questo episodio, Pietro deciderà di viaggiare per conto suo: proprio lui che non si è mai allontanato dal suo paese più di qualche chilometro, mi spedisce una cartolina dal Portogallo, elencando le bellezze del paese visitato come membro di un viaggio organizzato.

### 3.2. *Troupes cinematografiche e pellegrini*

Un sottogruppo di utenti e operatori sociali, munito di strumenti di registrazione audiovisuale, si è spostato nel territorio per realizzare interviste su episodi della vita delle sante con i religiosi che ora abitano nei monasteri, antiche dimore delle protagoniste della ricerca. Quei sopralluoghi hanno assunto una forma complessa e ibrida: di escursione turistica, di viaggio di conoscenza, di *survey* etnografico, di costruzione di un set per un documentario e di pellegrinaggio religioso. Le interazioni che si sono susseguite in quelle escursioni non possono essere fatte rientrare in una cornice univoca: si può trattare della documentazione visuale di una festa religiosa, come nel caso della ricorrenza di S. Cecilia – un rito delimitato a un culto della santità locale a Montelovesco –; oppure della registrazione di suoni e immagini nel corso di una “performance artistico-religiosa” – come è accaduto per il concerto di musica sacra tenuto dal coro delle suore di clausura a Cascia –; o ancora della documentazione audiovisuale della vita nei conventi e nei santuari. Le “uscite” potevano arrivare anche a costituire dei veri e propri itinerari a piedi lungo i sentieri dei pellegrini medievali, com'è avvenuto in occasione di una escursione naturalistica conclusasi all'eremo di Fonte Avellana. E ciò significava anche affrontare insieme alcuni problemi logistici relativi alle azioni riabilitative. Gli infermieri e gli operatori sociali per esempio erano impegnati a osservare le interazioni del gruppo per poi discuterne nelle riunioni del “Servizio” e, se necessario, a somministrare i farmaci, oppure, più semplicemente, a valutare la fatica di un percorso troppo impegnativo.

*Alle 10 circa arriviamo a Rocca Porena (presso Cascia). Adesso è la volta di Filippo, che prende la sua compressa. Decidiamo di salire in cima allo scoglio su cui era solita pregare la santa. È un itinerario ripido e lungo, da fare a piedi. Gianni, Pietro, Nicola ed io ci avviamo, gli altri ci aspettano in paese. A metà della ripida salita, la stanchezza comincia a farsi sentire. Dopo aver preceduto di qualche passo il gruppo, Nicola si blocca ansimante. Pietro che è un escursionista provetto, prosegue e ci guarda dall'alto con una certa sicurezza. In cima all'altura, dalla quale si gode uno splendido panorama, ci aggiriamo tra i segni del culto locale e facciamo alcune riprese del paese in basso e delle montagne circostanti. Sul masso dove s'inginocchiava la santa sono state appoggiate delle rose rosse. Pietro osserva con attenzione e mi indica le depressioni sulla pietra che la tradizione vuole essere i segni impressi dalle ginocchia di Santa Rita in preghiera. Gianni e Nicola continuano a girare il video seguendo anche le sue indicazioni.*

Tornati in paese visitiamo la casa della santa. Ci si consulta sulle difficoltà incontrate nel prendere buone inquadrature, in penombra, all'interno delle stanze ora vuote. È una casa con corridoi stretti e scale ripide che attraversiamo in silenzio. Ogni tanto qualcuno richiama l'attenzione del cameraman su di un particolare.

*A pranzo in un self-service ciascun membro del gruppo si muove autonomamente. Dopo aver mangiato, facciamo la conoscenza dell'anziano gestore del locale che dice di sapere tutto sulla storia dei luoghi e di Santa Rita. Parla della propria famiglia, di libri antichi e della leggenda della Ninfa Porrina, che si dice abitasse in una delle grotte della zona. Il suo è un diluvio di parole. Una scena dall'effetto grottesco. Primi piani: l'uomo che racconta senza fermarsi mai e le nostre espressioni, impietrite, tra l'attesa e lo sgomento ...*

Nell'*Orto di S. Rita* una targa in bronzo serba memoria del luogo in cui avvenne l'ultimo miracolo della santa. Qualcosa che Franco ricorda di aver sentito leggere al CAD: ci dice che ci troviamo in prossimità dei luoghi ove l'agiografo racconta come un desiderio espresso da S. Rita, sul letto di morte, abbia fatto sbocciare alcune rose e nascere dei fichi in pieno inverno. Filippo attira l'attenzione del gruppo sulla grande quantità di biglietti e fazzoletti di carta, con preghiere e richieste votive, infilati nelle fessure della roccia.

I viaggi della *troupe* avevano primariamente un intento di “documentazione”, ma le visite erano anche un'opportunità di entrare in contatto con i luoghi di culto: occasioni in cui si deve fare il segno della croce ogni volta che si accede a qualche spazio sacro, e nelle quali qualcuno si ferma a pregare di fronte alle tombe e ai corpi delle sante, oppure vi è chi si apparta per prendere alcune foto delle statue o per accendere una candela in una cappella. I sopralluoghi inoltre prevedevano, e in qualche modo preparavano, l'ingresso ad aree interdette. In senso proprio, ciò significava avvicinarsi alla clausura e accedere così agli spazi che sono prossimi alla reliquia. In quelle circostanze, attraverso i nostri spostamenti nei monasteri, il superamento di barriere di protezione costituite da cancelli in ferro e l'ingresso in luoghi sempre più reconditi sembravano rendere “parte-del-sé” quanto prima appariva come un

susseguirsi di *interni* carichi di segni e caratterizzati da un silenzio impenetrabile.

Le grandi navate della chiesa di San Domenico (Perugia) in prossimità della cappella che custodisce la memoria di un miracolo della Beata Colomba da Rieti risuonano dei passi dei membri della troupe, che si separano in percorsi individuali o che si riuniscono in piccoli gruppi, per scambiare impressioni e commenti sottovoce. Franco si ferma a pregare di fronte all'immagine della Madonna, poi scatta una foto e accende una candela. Giovanni riprende con la videocamera il quadro che ritrae la santa con in mano una colomba e un giglio bianco, poi passa a inquadrare il Gonfalone portato in processione a Perugia, durante l'epidemia di peste.

*Poco dopo.* Raggiungere il centro dei luoghi di culto è entrare in rapporto con una esplorazione silenziosa degli interni. Nel monastero dove è custodita la cella in cui meditava la Beata Colomba da Rieti la suora ci accoglie sorridente dietro la pesante grata di ferro. Il silenzio e la distanza sono sensibilmente presenti nella conversazione, materializzati dallo scandire delle cortesi parole della nostra interlocutrice. Possiamo entrare nella stanza reliquiario della Santa: in teche protette da vetri, oltre agli ex voto, sono esposti gli abiti, il velo del battesimo, il cilicio, il breviario, il sermonario, una reliquia, un crocifisso che sovrasta una scultura del Golgota sul quale meditava la santa.

I passaggi che scandiscono ogni itinerario disarticolano e allo stesso tempo rendono evidenti le pratiche sociali che consentono di fabbricare materialmente, per ciascun pellegrino, l'interno del santuario e di farlo aderire alla "interiorità" personale<sup>(46)</sup>. Gli itinerari tra oggetti (gli abiti, i crocifissi, i libri di preghiera, gli strumenti di penitenza) mostrati per evocare l'esistenza storica delle sante e l'avvicinamento alle reliquie, frammenti che rinviano a una "presenza" esemplare, diffusa, ma "irrimediabilmente" distante, collocano il gruppo in situazioni per certi versi paradossali. Affrontare collettivamente questi spazi provoca un disagio cui spesso si reagisce con ironia.

### 3.3. "Atti di consacrazione"

Essere collocati in prima persona negli scambi linguistici e nelle azioni che toccano il rapporto fra credenza e azione corporea, con le incertezze che ciò comporta, ha interesse per comprendere la relazione fra pratiche sociali, rito religioso e produzione di enunciati sul Sé e sul mondo circostante. Tali questioni sono evidentemente cruciali per esplorare il flusso dei "processi di soggettivazione" con un approccio critico alla prassi etnografica.

Gli *itinerari* hanno influito significativamente sul mio modo di partecipare al laboratorio e alla "costruzione" del libro. Attraversando fisicamente i

luoghi di culto, riconoscevo le pratiche che avevano scandito l'apprendimento religioso, da me compiuto, con i miei coetanei, da bambino, all'approssimarsi della *prima comunione*, in una parrocchia della periferia di una città dell'Italia centrale. Situazioni spesso dal carattere ludico e sensuale in cui, nel silenzio e in gruppo, si è impegnati a tenere un contegno adeguato, per far corrispondere alla compostezza esteriore un conforme dialogo interiore: situazioni cioè in cui la "coscienza" si dispiega in discorso e in immagini, anche quando non riesce a riesaminare, pur seguendo i suggerimenti degli adulti e delle guide spirituali, gli atti e le intenzioni, o sembra defluire nella meccanica ripetizione di formule di preghiera. Questa "memoria del corpo", in cui i movimenti e le posture riproducono materialmente raffigurazioni di un mondo morale "individuale" e "interno", può essere vista come una risorsa per la conoscenza etnografica. Purché non la si intenda come una conoscenza acquisita definitivamente, ma la si consideri piuttosto come una interrogazione continua delle pratiche di costruzione della "persona" nelle interazioni sociali.

Quando ho cominciato a riconsiderare, nei processi sociali in cui mi sono trovato co-implicato, questi atti microscopici di costruzione della "persona" ho colto alcuni aspetti significativi delle trasformazioni collettive catalizzate dal laboratorio. Il riavvicinamento ironico a una parte delle tecniche del sé (FOUCAULT M. 1978 [1976], 1992 [1988]) appartenenti al mio passato mi ha fatto riconoscere una particolare dinamica etnografica in cui ho agito: le mie tattiche e il mio gioco di spostamenti sul terreno hanno mirato soprattutto a mantenere, per quanto possibile, una condizione di "neutralità", a non lasciarmi coinvolgere in contesti di enunciazione fondati su una sorta di economia della "credenza": affermare, ad esempio, la propria posizione di ateo, di credente o di agnostico di fronte a un enunciato. Io, che potevo fare domande, cominciavo a preoccuparmi della necessità di dover dare risposte. Soprattutto in una fase in cui non riuscivo a capire quale tipo di partecipazione sul versante della credenza e della professione di fede avrebbe implicato per gli psichiatri, per gli operatori, per i pazienti, il progetto nel quale erano stati coinvolti.

Il riferimento ai gesti e ai "saperi corporei" di chi *fa* l'etnografia non può esser inteso in una logica di continuità biografica. Qui si vorrebbe suggerire una via di indagine che torna sui processi di incorporazione<sup>(47)</sup> della storia attraverso una riflessività che attinge alla dispersione delle pratiche e se ne sorprende, distanziandosene con un sorriso. La sorpresa apre allo



spazio della immaginazione (APPADURAI A. (2001 [1996]) quello che altrimenti verrebbe relegato in una impropria “illusione biografica” (BOURDIEU P. 1995 [1994])<sup>(48)</sup>. Si tratta di un approccio che considera la *contraddizione* come una risorsa per la ricerca sociale, che deve concentrarsi sul carattere conflittuale delle relazioni e delle reciproche aspettative tra gli interlocutori. In questo caso il problema del rapporto fra credenza e pratiche corporee rende necessario esplorare le proprie percezioni e sensazioni in uno spazio, volta a volta definito collettivamente come “sacro”<sup>(49)</sup>, attraverso specifici gesti di consacrazione.

L'espressione “gesti di consacrazione” è stata usata da Maurice Merleau-Ponty in *Fenomenologia della percezione* (MERLEAU-PONTY M. 2003 [1945]), per indicare i modi in cui nei musicisti sia possibile cogliere un processo che in larga parte dell'azione sociale è invece invisibile, perché considerato come un patrimonio acquisito. Merleau-Ponty fa l'esempio di un organista che si avvicina a uno strumento che non ha avuto modo di suonare in precedenza: quando un musicista si avvicina a un nuovo organo è l'intero suo corpo che deve approssimarsi e per certi versi aderire a una configurazione complessiva, costituita dalle nuove posizioni dei tasti e dei pedali. In questa prospettiva, nei gesti dell'organista non vanno ricercate “attivazioni di ricordi”, ma veri e propri “gesti di consacrazione”: i suoi gesti «tendono vettori affettivi, scoprono sorgenti emozionali, creano uno spazio espressivo così come i gesti dell'augure delimitano il *templum*» (MERLEAU-PONTY M. 2003 [1945]: 201). Un'oscillazione continua tra gesti e cose, che “lavora” una distanza e una non-coincidenza, dove «l'abitudine non risiede né nel pensiero né nel corpo, ma nel corpo come mediatore del mondo» (MERLEAU-PONTY M. 2003 [1945]: 200). Questo specifico processo di adeguamento che consente la performance musicale è particolarmente adatto a mostrare come molti gesti, che sono compiuti anche nella quotidianità, solo raramente si configurino come riflessi condizionati e in larga parte siano invece «reazioni mediate da una apprensione globale dello strumento» (MERLEAU-PONTY M. 2003 [1945]: 201). Vorrei ricordare che questa specie di impellente e inesorabile necessità dell'invisibile da parte del gesto corporeo, che è mediatore del mondo, ha correlati molto concreti nella prassi sociale. Il problema è se nella prassi sociale appunto tali correlati possano essere riconosciuti e considerati come centrali per alimentare l'immaginazione o rimanere piuttosto politicamente inattivi e sostanzialmente inesistenti.

Nel seguente scambio di battute tra alcuni partecipanti al laboratorio si può cogliere come l'esperienza corporea di attraversamento dei luoghi

“consacrati” ponga interrogativi sulla sofferenza fisica e morale, il dominio del corpo e l’elevazione dell’anima. Interrogativi che possono essere posti con riferimenti alla “esperienza situata” del “pellegrinaggio” cristiano<sup>(50)</sup>.

Anna: Però sono rimasta sempre scioccata dai digiuni, le flagellazioni, queste penitenze corporali che le sante si infliggono. Io non lo so, non credo di essere proprio terrorizzata dal dolore fisico, ma... non mi dà gusto quando ce l’ho, ecco. E forse però quello morale, spirituale è ancora più doloroso, anche se non si vede. E poi sò contenta insomma che queste sante sono di qui dell’Umbria, tutte. E infatti, quando sono andata a consultare i libri, la prima volta sono rimasta, perché... adesso dico uno sproposito, si dice sempre la verde Umbria, ma m’è sembrato che ci sono più santi che foglie d’alberi qui in Umbria. Io non me lo so spiegare da che dipende, però ci deve essere una cosa... che ci rende... non so, buoni.

Claudia: Si ricorda il vescovo che ci ha detto? *Gratia loci*.

Anna: Come dico, sono rimasta sempre affascinata da queste storie di vita vera. Però non voglio diventare santa perché non mi voglio flagellare.

Claudia: [*ridendo*] Mi sa che nessuno di noi...

Sandro: Adesso perché noi abbiamo preso questi modelli qua, ma spesso dobbiamo pensare che è una santità di quel tipo storico, di quel periodo lì. Ma non è mica tutta così la santità. Ci sono i santi di oggi anche, no. Non si flagellano, ma ci hanno, come ha detto lei, ci sono i dolori spirituali, morali che sono anche più... la santità moderna è una santità che non si vede insomma a livello fisico.

Stefano: Ad esempio San Francesco, non si flagellava mica San Francesco.

Anna: Ma dormiva sulla nuda terra.

Stefano: Ma c’erano anche i momenti in cui capiva i bisogni del corpo.

Il vescovo era stato particolarmente attento, in un precedente colloquio avuto con il gruppo, a correggere una espressione usata nella prima stesura del libro, “*genius loci*”, con una più consona all’idea di manifestazione della grazia divina nel creato: “*gratia loci*” appunto. L’idea di *genius loci* avrebbe probabilmente richiamato una sorta di divinità nel luogo, una solidarietà fra la manifestazione divina e la localizzazione di una “presenza” consacrata in una parte del paesaggio<sup>(51)</sup>. Eppure proprio questa sfumatura semantica appare particolarmente interessante se consideriamo l’idea di consacrazione descritta da Maurice Merleau-Ponty in *Fenomenologia della percezione*. Probabilmente nei riferimenti al paesaggio – a quanto viene colto dai protagonisti del laboratorio come *genius loci*, espressione poi corretta in *gratia loci* –, ritroviamo un tentativo di rendere conto di pratiche sociali attraverso cui, con il proprio corpo, «gli uomini da un lato e i luoghi, gli oggetti e i fenomeni naturali dall’altro si

richiamano a vicenda “iconicamente” e si trasferiscono le energie e gli attributi “indicalmente”» (TAMBIAH S. J. 1993 [1990]: 151). Ci si trova così presi, nella pratica, in una continua produzione di legami tra mondo visibile e mondo invisibile che attinge alle forme di incorporazione espresse storicamente nell’occidente cristiano attraverso il culto dei santi (BROWN P. 1983 [1981])<sup>(52)</sup>.

### 3.4. Vedere

Le immagini girate dalla “équipe audiovisuale” erano talvolta prese in visione nelle riunioni del mercoledì, nel corso delle quali il gruppo scambiava impressioni sui luoghi visitati e sugli oggetti che facevano da corredo alle biografie delle sante. La scelta delle immagini (tratte dai fotogrammi dei video girati nelle chiese e nei conventi), che alla fine sarebbero state inserite nel libro, poteva diventare una di quelle operazioni che talvolta consideravo difficili da sopportare: con il gruppo schierato davanti al televisore per visionare lunghe sequenze su interni di chiese, su frati e suore impegnati a illustrare affreschi e statue e a raccontare storie, vicino a sarcofagi e scrigni, che custodiscono corpi mummificati e reliquie. Durante questi lunghi incontri davanti al televisore, ogni tanto, un fotogramma era fermato per decidere se potesse essere o meno una buona immagine nel libro. Proprio l’arresto, il fermo immagine, tuttavia metteva qualcuno a disagio.

Siedo fra Pietro e il signor Giacomo che mantengono una posizione di un’immobilità impressionante. Sposto nervosamente l’orologio da un polso all’altro, mi gratto il collo. Silenzi che mi sembrano lunghissimi. Ma a parte ciò il clima è rilassato e cordiale. Stefano ogni tanto intona il motivetto che è la sigla del cartone animato *L'uomo tigre*. Segue una breve discussione sui primi cartoni animati giapponesi giunti in Italia.

Rimane il fatto che non tutti sono interessati a questo tipo di lavoro: Stefano prima chiede quando s’inizia veramente a scrivere, poi fischiando se ne va a sedere sul divano all’ingresso. Proseguiamo la visione. In una inquadratura, il piccolo demone, che ci osserva dipinto in basso, vicino alla città di Perugia, nel gonfalone commissionato dalle autorità cittadine contro la peste, strappa un sorriso a Pietro. Ogni tanto un fotogramma è fermato e si decide se può essere buono o meno come immagine per il libro. Qualche commento cerca di glissare sui tratti più intimi della reliquia: il volto mummificato della Beata Margherita della Metola, la parte della calotta cranica, unica reliquia rimasta della Beata Colomba da Rieti. «Un po’ macabra...» – si lascia sfuggire la psichiatra. Per allentare la tensione, c’è anche qualcuno che fa battute ironiche, chi propone di giocare al “Super-Enalotto” i numeri del *time-code* che appaiono sul videoregistratore.

In questo episodio il clima si fa teso e la densità degli scambi linguistici si carica di una pluralità di piani di significato. Chi propone di “giocare i numeri” sembra ricordarci che l’apparizione del riflesso della reliquia può raddoppiare la visione del morto in un sogno premonitore. Il distanziamento da una materia così presente e al tempo stesso sfuggente è un aspetto importante del confronto di gruppo, perché sorridere delle apparizioni inquietanti è un modo per ridere anche del demone teriomorfo che ci osserva dal basso del Gonfalone della città di Perugia salvata dalla peste. Sapendo che qualche demone è un compagno importuno nelle giornate trascorse fuori dal CAD da qualcuno di noi. La relazione è piuttosto complessa, come si può ben capire, e va colta come azione transitiva che si alimenta nella distanza che ci unisce l’uno all’altro mostrandoci anche la reciproca inaccessibilità. Un fermo immagine consente di ironizzare e di distanziarci da strane apparizioni che ci colpiscono di rimbalzo, proprio quando si coglie *la distanza che ci unisce* a un nostro compagno. Naturalmente ciò significa che queste esperienze non dividono nettamente «chi vede e sente cose che gli altri non vedono e non sentono» dal resto del mondo, quanto più semplicemente che la distanza dal mio compagno, vicino a me, al quale è capitato di vedere e sentire cose che io non ho sentito o visto mi relaziona a lui, proprio perché egli si aspetta analogamente che nel mio mondo appaiano cose che non gli sono direttamente accessibili. Questo può accadere con riferimenti espliciti a esperienze straordinarie che alcuni talvolta raccontano, ma anche più semplicemente mettendosi in ascolto della melodia fischiettata dal mio vicino, che fa il verso a una sigla televisiva di un noto cartone animato giapponese.

In questa ricostruzione di quotidiane visioni collettive della santità, ciò che mette a disagio è l’arresto del flusso percettivo. Il *frame*, l’inquadratura su una reliquia o un corpo mummificato, situa una immagine in stato di arresto e rinvia a un flusso di immagini che rimane in larga parte non percepibile. È così indicato quanto resta fuori dalla visione istantanea, sia in senso spaziale, cioè il mondo fuori dalla cornice, sia in senso temporale, cioè gli istanti antecedenti e successivi. In tal modo, la cornice (il *frame*) può essere una via di accesso a forme d’immaginazione che toccano *in vivo* un corpo solo apparentemente passivo nella percezione visiva<sup>(53)</sup>. Un corpo che in una condizione di incertezza percepisce il pericolo della propria “esposizione”.

Due azioni di produttiva manipolazione narrativa delle immagini possono essere utili a riflettere sulle esperienze della santità e sulla riflessività attivata nei partecipanti al laboratorio. La prima manipolazione delle immagini è proposta da Anna, che attingendo alle strategie narrative del rac-

conto popolare, si concentra sulle modalità comunicative della fiction televisiva e usa le agiografie per visualizzare parti non visibili dell'agire sociale.

Anna: Io per esempio ho visto il film di padre Pio, con lui bambino, di sette otto anni, andava in chiesa e parlava con Cristo. Dice: "quando io ti ho cercato tu non c'eri, ho paura." Allora, ho pensato Madonna, ma quelle sante di cui abbiamo scritto la vita chissà quante volte hanno avuto questi tremori e queste paure dentro di loro? Si sono sentite abbandonate da Dio, poi richiamate, riprese. Penso che sia una cosa... sconvolgente, pregare, fare del bene, insomma, fare digiuni e poi sentirsi abbandonati completamente. Penso che sia una cosa angosciante un bel po'.

La "fabbrica dei santi" oggi ha un correlato immaginativo che passa per gli schermi domestici. Ma fare i santi è un processo continuo di interazioni con pratiche personali di visione e preghiera. Non si tratta di azioni "garantite" e "certe", esse sembrano piuttosto caratterizzarsi come possibili conquiste da ottenere con impegno e concentrazione. Per esempio, Anna descrive la preghiera come un conflitto tra i pensieri cattivi e pensieri buoni: un ripetere incessantemente una formula che sembra non poter trovare la conclusione.

Anna: Che poi, anche la preghiera, certo, io per esempio vado a letto qualche volta alla sera, se sono calma, tranquilla, sto giù no, se sò esasperata, comincio a dire l'Avemaria e prima di arrivare a dirla completa, ce devo provà dieci volte. Perché la mente va sempre a quella cosa che m'ha disturbato e io dico no, invece, deve passà dalla mente. E allora è una battaglia tra l'idea matta e tra l'Avemaria che non si conclude.

Questa riflessione è importante, essa richiama l'impossibilità di portare a compimento un'azione nell'atto del recitare una preghiera. Un'azione che anziché risolversi in un gesto che garantisca la presenza nel mondo, colloca il rischio di non poter riprendere il filo dei pensieri e della storia, proprio nel cuore di quella stessa "tecnica" che dovrebbe garantire ripresa e riscatto. Se è così, ogni preghiera è anche una battaglia della volontà che cerca il proprio riscatto e non vuole perdersi<sup>(54)</sup>. Solo tenendo conto di questa "battaglia", combattuta in prima persona, si può comprendere il trasferimento continuo di significati tra la sofferenza individuale e la sofferenza esemplare del corpo dei santi.

La seconda azione sulle immagini è proposta da Alessandro, il quale seguendo la dispersione molecolare<sup>(55)</sup> delle pratiche di spostamento e d'immaginazione, propone continue trasformazioni e, in tal modo, sembra moltiplicare le possibilità di esplorazione dell'esperienza di cambiamento nel laboratorio. Alessandro, che ha lavorato soprattutto alla scelta e al montaggio delle immagini, torna spesso su un legame con una dimensione invisibile, la cui presenza può essere evocata e invocata con la preghiera.

MM: Quali sono le figure più significative per te?

Alessandro: Tutti i santi, Massi. Tutti i santi in particolare.

MM: C'è n'è qualcuno al quale sei più devoto?

Alessandro: Sì, Santa Rita da Cascia, che sono andato a trovarla, San Francesco, Sant'Antonio da Padova. Poi mi sono affezionato alla santa Colomba.

MM: E cosa è che ti attrae, che ti interessa?

Alessandro: Eh, che do sempre il massimo io Massi, no. E allora stare vicino ai santi me lo sento come... per esempio, se devo andare in paradiso e combattere contro gente che soffre. Ci saremo noi santi che li aiuteremo, no, Massi, e tutti i problemi si risolvono.

Per Alessandro, le sante sono figure che inseriscono la propria storia all'interno di altre storie. Quando parla del proprio rapporto con quelle figure, egli si richiama a una memoria genealogica che considera importante nel definire anche i suoi legami con la famiglia, con gli spazi domestici, con la città in cui vive.

Alessandro: Forse qualche rapporto perché... tanti dicono è [sono] de la terra, però i santi si fanno sentire no... Anche i morti, per esempio uno va al cimitero e è devoto, dice una preghierina, fa la comunione. Però lo sai che è? Che siamo smemorizzati un po' de la terra, per esempio tanti dicono che l'uomo deriva dalla scimmia. Tanti lo dicono e tanti no. Poi per esempio siamo smemorizzati sui dinosauri, sui brontosauri. Ci sono specie di razze che vanno in estinzione, sui canilupi che... i lupi che per esempio aggrediscono le pecore e tanti li vogliono uccidere. Invece il lupo, può darsi che è uno dei più... di quegli animali... forse batte anche l'aquila qualche volta. Forse l'aquila no, però...

MM: Quando parli di questo legame con i morti e con il passato a cosa ti riferisci? Al fatto che si sente un legame con le persone che non ci sono più?

Alessandro: Un po' lo sento, però... mi darebbero la forza "Alessandro, Alessandro, sei in gamba, dai metticela tutta". Poi mi dicono "Alessandro, vedi che passa? Anch'io quando stavo sulla terra... adesso sono in paradiso".

MM: E sono parenti?

Alessandro: Amici, parenti... Sono di tutto un po', Massi. Poi è difficile che vado a vedere su un coso... su una cappellina che non mi è parente o che non mi era amico, è difficile che ci vado.

MM: Quindi per te è importante quando si va al cimitero.

Alessandro: Sì, è un luogo... di culto, sì, di culto si dice, no Massi? Di culto.

L'arco temporale investito da questo confronto diretto con le figure della santità attraversa più generazioni, mettendo in comunicazione con il mondo dei morti e fornendo una mediazione tra realtà umana e mondo animale e vegetale. In questa particolare tecnica narrativa, paragonabile a un

montaggio di visioni situate, che ripropone gli spostamenti materialmente avvenuti nel campo religioso, vi è la possibilità di cogliere gli aspetti tattici e tattili della visione. Alessandro propone in questo modo accostamenti che potrebbero essere visti come il corrispettivo immaginativo della rete di pratiche negoziate socialmente e dispiegate temporalmente durante tutta l'esperienza del laboratorio. Al fine di un'etnografia della fabbricazione dei santi in laboratorio, gli esercizi immaginativi di Alessandro assumono importanza e autonomia anche rispetto a quanto avviene nella interazione clinica e terapeutica in altri momenti della giornata. Intendo dire che Alessandro compie dei percorsi immaginativi servendosi di combinazioni di elementi concreti tratti da pratiche di spostamento. Se teniamo conto che, quando parliamo di terapia, riabilitazione e diagnosi psichiatriche, solo alla fine di molte traslazioni ci troviamo di fronte a oggetti fissati e naturalizzati nei campi sociali che attraversiamo, allora possiamo considerare in tutta la sua importanza la sua proposta. Alessandro ha la capacità infatti di mobilitare quanto altrimenti apparirebbe come consolidato, guidandoci in modo peculiare tra immagini in movimento, che solo vari "pellegrinaggi" collettivi renderanno accessibili a tutti i membri del gruppo.

#### 4. *Storie di trasformazioni possibili*

Poiché si è trattato, in particolare, di uno studio sulle figure di santità e sulle vite dei santi umbri, sui loro tormenti, sulle vicende di quella che Piero Camporesi chiama *la carne impassibile* (CAMPORESIS P. 1994), il laboratorio ha significato soprattutto "leggere e scrivere di corpi", e pertanto, fin dai più intimi livelli di relazione con l'oggetto si è andata sperimentando una mimesi progressiva, che non solo ha attinto alle memorie individuali, ma ha anche prodotto un linguaggio comune ai partecipanti. Il termine mimesi in questo contesto va considerato sia come la facoltà di produrre somiglianze e di riconoscerle, sia come l'impiego di tale facoltà nella conoscenza sensibile dell'altro, entro concreti rapporti di potere (TAUSSIG M. 1993). La mimesi infatti, in quanto facoltà di produrre somiglianze, attiva un processo ambivalente, nel quale il potere di rappresentare il mondo e quello di falsificarlo e mascherarlo sono inscindibili. In questo senso le persone che prendono parte al laboratorio, occupandosi delle esperienze corporee dei loro protettori invisibili, mettono in gioco la propria azione concreta nel campo religioso ed esplorano, assumendosene i rischi, le possibilità di svelare le procedure che "molecolarmente" trasformano i corpi dei fedeli entro specifici "rapporti di forza" <sup>(56)</sup>.

Per capire i processi in cui si combinano la fabbricazione dei santi, le pratiche riabilitative e le costruzioni del corpo/sé in un laboratorio di riabilitazione, prenderò ora in esame alcuni problemi, che scaturiscono direttamente dalle situazioni etnografiche in cui sono stato direttamente coinvolto. Essere direttamente collocati in prima persona negli scambi linguistici e nelle azioni che toccano il rapporto fra credenza e azione corporea, con le incertezze che ciò comporta, ha interesse per comprendere la relazione fra pratiche sociali, rito religioso e produzione di enunciati sul Sé e sul mondo circostante. Affronterò le questioni della preghiera, della credenza e del rapporto fra storia e santità con un approccio che considera la *contraddizione* come una risorsa per la ricerca sul campo, e che deve il suo potenziale euristico proprio al carattere variabile, irregolare e conflittuale delle relazioni sociali<sup>(57)</sup>. Il rapporto problematico fra credenza e corporeità infatti richiama direttamente il margine di incertezza che circonda le “ragioni” dell’Altro.

I componenti del gruppo si sono trovati a districarsi fra la compilazione meticolosa di piccole narrazioni agiografiche e le discussioni sulla storia socio-politica dell’Umbria dei secoli XIII e XIV. Gran parte del lavoro svolto stava a suggerire la possibile coniugazione del piano “pedagogico” degli *exempla* medievali (LE GOFF J. 1988 [1985])<sup>(58)</sup> con la narrazione breve sul modello della *historiola* popolare (DE MARTINO E. 1989 [1959])<sup>(59)</sup>. Ciò aveva consentito ad alcuni di accostarsi al tema con intenzioni, per così dire, “devozionali”. Altri, tuttavia, consideravano le scelte di fede e le conversioni dei protagonisti come delle storie da ricostruire nel quadro di cambiamenti collettivi. Qualcosa che invitava a pensare alla società degli uomini più che alla città celeste.

#### 4.1. *Exempla*

Vediamo ora un esempio di come la lettura di un brano agiografico possa costituire il nucleo di una complessa interazione di gruppo e un’opportunità per rileggere un’esperienza traumatica. A questo riguardo va ricordato che la fonte agiografica principale della ricerca, un trattato del Seicento sui santi umbri (IACOBILLI L. 1971 [1647-1662]), ha permesso ai membri del laboratorio di mettere in gioco una serie di richiami intertestuali a scritture dai toni drammatici. Nella prosa seicentesca dello Iacobilli scopriamo imprese straordinarie e anche, in alcuni momenti, quel “dominio del senso” – con il trattamento *post mortem* dei corpi santi – che Camporesi descrive nella *Carne impassibile*. Racconti in cui «laboratorio di farmacia,



cucina, macello, obitorio hanno tutti qualcosa di agghiacciante in comune» (CAMPORESI C. 1994: 19).

In una sessione di lavoro del “gruppo ristretto”, mentre Grazia ci legge ad alta voce la vita di S. Chiara d’Assisi, Anna scrive appunti e Pietro ascolta con attenzione. Giacomo invece preferisce passeggiare avanti e indietro di fronte alla finestra, sostenendo che deve sgranchirsi le gambe e che gli sembra più interessante scrivere al computer piuttosto che leggere le vite delle sante. Nell’episodio in cui ci troviamo immersi, Santa Chiara affronta il demonio, che le appare nella forma di un *moro*. La santa resiste alle tentazioni, dice al demone che egli è cieco e che non vedrà la luce.

In un passo successivo, lo Iacobilli descrive il miracolo operato da Chiara per difendere le sue consorelle dall’attacco dei *mori* della guardia imperiale di Federico II. I *mori* determinati, come “fiere bestie”, a fare violenza alle monache vengono accecati e fatti precipitare dalle mura. «Finita questa oratione, si udi dal cielo una voce, che disse “Io le guarderò sempre”. I Mori si spaventarono talmente da quella voce, che quelli che erano saliti sulle mura divennero ciechi, e caddero in terra con loro danno notevole, e tutti gli altri fuggirono pieni di timore, le monache rimasero illese e libere; ringraziando infinitamente Dio di tanta gratia» (IACOBILLI L. 1971 [1647-1662] 1647: 534 cit. in ATTIVITÀ LIBRI - ATTIVITÀ CIAK 2000: 25-28).

Terminata la lettura dell’episodio, dopo qualche attimo di silenzio, Anna dice di aver visto il demonio in tre occasioni. Anche lei dunque potrebbe avere qualcosa in comune con le sante – sostiene con un sorriso. L’ascoltiamo in silenzio e con stupore. La prima volta, si è presentato con le sembianze di un vicino di casa. La seconda, con l’immagine di sua madre, morta da poco. La terza invece Anna dice di non riuscire a ricordarsela. Si ricorda solo di aver chiesto al vicino, che le era apparso in camera, cosa fosse venuto a fare: lo ha visto avvicinarsi lentamente, sempre di più e, all’ultimo momento, si è trasformato in una figura demoniaca. «Mi sono sentita ghiacciare, legare».

Mentre Anna ci racconta quanto le è successo, Pietro appare preoccupato. «Ma com’è possibile? Ma può essere vero? Io non l’ho mai visto il diavolo. È una cosa terribile. Signora faccia qualcosa perché è una cosa terribile». E, cercando quasi di rassicurarsi e di rassicurarci tutti, aggiunge: «Ma signora, sarà stato un incubo». «Non dormivo, ero sveglia. – aggiunge Anna sicura – La seconda volta stavo guardando la Tv seduta vicino al marito e al figlio». E Pietro: «Metta dei santi, faccia benedire la casa». Alla fine Anna taglia corto: «Ce l’ho i santi a casa. Sopra una mensola ci sono tutti i miei cari defunti».

Nei colloqui che abbiamo avuto nei mesi seguenti, Anna userà più volte i termini “ghiacciare”, “legare” per descrivere il suo senso di impotenza. Racconterà che il volto caro di sua madre le si è accostato fin quasi a toccarle il viso. Quando era ormai molto vicina, l’ha vista come sfumare e trasformarsi in sembianze oscure e ostili. Il diavolo poi è sparito non appena Anna ha invocato Dio. Non riesce a descrivere l’immagine demoniaca, l’ha vista svanire nel momento in cui ha cominciato a manifestarsi. Ha pregato, ma senza riuscire a muoversi. Anna si sentiva impotente ed

impietrita, la voce non poteva uscire. Il marito l'ha come rianimata, riportandola indietro dal terrore.

Anna: Io di tentazioni, se le ho avute, non me so accorta, però ho visto il diavolo tre volte.

MM: È una esperienza forte.

Anna: È una esperienza forte, è una cosa che lascia sbigottiti e impauriti. Però impauriti fino a un certo punto. Ho sognato... No, ero... non dormivo, ero sveglia. Ho visto vicino al letto, la camera in penombra, un vicino di casa. E s'abbassava giù, come per guardarmi bene, o per baciarmi. E dico "ma questo che vuole?" Come ho detto "questo che vuole" la testa sua s'è trasformata in quella di Satana. E io a pregà, a pregà. Madonna, me sentivo oppressa. Dico qui me viene un infarto di quelli boni. Me ne vado oggi. E invece a forza di pregare "Signore aiuteme, Madonna benedetta aiuteme" è svanito.

Poi un'altra volta col viso di mia madre. Eh, dico, la mamma potrei pensà che disgraziatamente è andata all'inferno, ma il vicino di casa è vivo... Allora chi sa perché questi visi così di queste persone poi... [...] Quando sono a dieci centimetri, quindici centimetri, c'è quel cambiamento e io devo lottà, lottà, lottà con tutta me stessa. Però adesso è parecchio che... è successo tre volte, quasi una in fila all'altra, adesso è tanto che non succede più. Non me sò neanche preoccupata tanto, perché... voglio dì, ha tentato Gesù nel deserto, ha tentato tutte queste povere sante. Poi dice guai a dire che i sacerdoti sono tutti buoni, perché può succedere che qualcuno faccia del male, perché siccome sono consacrati a Dio, a Satana je fa rabbia, e allora tenta loro più di quanto non può tentare un uomo qualunque. [...] E allora, lì per lì, lo spavento era tanto, poi dopo me sò un po' consolata. Dico, non sono na santa, ma non sò neanche un'indemoniata perché... Ma non capisco perché m'è successo sto scherzo.

Anche la tentazione o la possessione possono collocarsi in un eventuale cammino d'elevazione, mentre la pluralità del mondo percepito e delle relazioni sensibili con gli altri è progressivamente modellata dal conflitto cosmologico tra bene e male. In questa chiave, si può comprendere come le percezioni non ben definite, le sensazioni sfumate che sembrano sfuggire, siano state progressivamente oggettivate, nei dialoghi del laboratorio, e alla fine fissate nella scrittura, sia essa agiografica, storica, psichiatrica, o sia essa, come in questo testo, etnografica. La sofferenza personale diviene allora un momento di una più ampia e articolata *poetica di trasformazione corporea*. Proprio tali situazioni mostrano l'importanza di considerare la corporeità come dominio privilegiato di produzione della cultura (CSORDAS T. 1990, 1994).

#### 4.2. *Quale efficacia? Il farmaco e la preghiera*

Costruire piccole storie straordinarie, che potrebbero costituire storie di possibili trasformazioni, consente di rapportarsi in modo diretto con le autorità che stabiliscono i regimi discorsivi, i confini e gli interdetti, proprio mentre si cerca di produrre “nuova conoscenza” sul mondo circostante. La possibilità di relegare le “esperienze straordinarie” nell’ordine della psicopatologia rappresenta una forma di riduzione che è stata più volte colta con una certa ironia da pazienti e operatori. Che qualche comportamento “estremo” di una santa medievale possa divenire oggi oggetto di attenzione psichiatrica è una ipotesi tutt’altro che infondata. D’altro canto, il laboratorio sulla santità ha mostrato in vari frangenti che anche il linguaggio religioso traccia dei confini molto rigidi alle possibilità di vivere esperienze “non conformi” alle azioni più regolate e ortodosse. L’agiografia attinge a questa delimitazione dei confini, pur toccando i corpi sensibili che agiscono e che sentono<sup>(60)</sup>. Essa può essere vista come un modo per produrre simboli che orientano l’azione sociale ed elaborare una nuova conoscenza sul mondo «che è interamente incorporata e connessa ai sensi e alla sensibilità delle persone» (MELLOR P. A. - SHILLING C. 1997: 56). In effetti, le gesta straordinarie delle sante – estasi, levitazione, miracoli, stigmate – si avvicinano inevitabilmente a esperienze concrete di persone in carne ed ossa che attraversano gli spazi religiosi e dei fedeli che partecipano ai riti della loro commemorazione<sup>(61)</sup>.

Per Anna la lettura di piccoli libri su episodi edificanti della vita delle sante, diffusi dagli ordini religiosi, è stata parte significativa dell’apprendimento durante l’infanzia. Ad attrarla erano quelle azioni di donne che superavano i confini dello spazio e del tempo. Il fatto, per esempio, che Santa Rita avesse vinto le resistenze al suo ingresso nell’ordine monastico, penetrando di notte con un “volo magico” all’interno del convento, le cui porte erano state sbarrate dalle suore per impedirle l’accesso<sup>(62)</sup>.

Anna: Di Santa Rita da Cascia, quello che mi colpì, da giovane, è il fatto che lei si ritrovò dentro il convento ed erano tutte le porte e le finestre sbarrate. Dico, ma allora è una cosa grossa un bel po’.

MM: All’inizio le suore non...

Anna: Non la volevano, non l’accetavano.

E gli stessi miracoli che Anna ricorda solo raramente toccano le grandi guarigioni. Questi richiamano invece le trasformazioni che attraversano il mondo naturale e il ciclo dell’anno agricolo – per esempio, le fioriture invernali, i frutti che maturano improvvisamente alla richiesta della santa – o le premonizioni e le illuminazioni divine che consentono al corpo estatico

di muoversi in altri “mondi possibili”. Le sante sono figure che vengono poste su un piano di eccezionalità tale da oltrepassare talvolta i limiti della subalternità del mondo femminile, ma allo stesso tempo sembrano ratificare i tratti dominanti della separazione dei generi: ecco allora che i percorsi di santità riguardano non solo le vergini votate alla clausura, ma anche le donne che vivono un matrimonio casto o che, come Santa Rita da Cascia, mostrano una via di elezione per le devote che sono anche spose e madri.

In effetti, le letture nel laboratorio sembravano confermare l'impressione che anche l'importante azione politica, svolta da alcune sante nel rinnovamento spirituale del Quattrocento, avesse riguardato spazi conventuali chiusi, in cui la comprensione e la trasformazione della realtà collettiva si legava a visione individuale e illuminazione mistica. L'approssimarsi ad atti ed emozioni dei corpi esemplari delle sante, pur proiettando su un piano universale ed escatologico l'attesa della salvezza, tocca così in modo sensibile la realtà quotidiana e le azioni domestiche femminili. Si tratta di forme di devozione legate al privato, che hanno un carattere intimo e si dispiegano negli ambiti della casa e del vicinato.

Va ricordato tuttavia che le agiografie, proprio in quanto “storie di vita esemplari”, incastonate in cicli di pratiche rituali, mantengono un riferimento all'itinerario biografico, senza per questo fornire dei rigidi supporti alla costruzione autobiografica della identità personale.

«Esse sono associate con corpi aperti e modi carnali di relazionarsi al mondo in cui la fisicità umana e i sensi sono abbracciati come una componente integrale della conoscenza di sé e del proprio mondo. [...] Lunghi dall'essere un mezzo autonomo di rappresentazione del mondo, dunque, le parole erano spesso viste come sature di significato extra-discorsivo» (MELLOR P. A. - SHILLING C. 1997: 57-58).

I significati extra-discorsivi che entrano in gioco nel laboratorio sulla santità rinviano inevitabilmente alla “forza” delle azioni mediche e religiose, talvolta in conflitto tra loro. È ancora Anna a invitarci a riconsiderare la relazione terapeutica, con i suoi conflitti e le sue resistenze, avanzando interrogativi sulla perdita di “forza” e di “efficacia” del discorso religioso. È quanto accaduto il giorno in cui Grazia, l'operatrice, ci ha informato sulla spedizione fatta dal gruppo-Ciak (l'équipe incaricata delle riprese) alla festa di S. Cecilia a Montelovesco. Santa Cecilia è una santa mai effettivamente beatificata, venerata nella zona rurale ai confini della diocesi di Gubbio per il suo intervento taumaturgico sui bambini e sulla fecondità femminile<sup>(63)</sup>.

Grazia dice che c'erano molte persone: la troupe ha assistito quasi ad una rissa, che stava per scoppiare a causa di due uomini fermamente determinati a portare davanti alla chiesa un trattore nuovo, per farlo benedire dalla santa. La difficoltà incontrata a far passare il mezzo e la polvere, alzata dalla strada non asfaltata, hanno fatto crescere la tensione che alla fine è divenuta esplosiva. Quando gli animi si sono di nuovo placati, la troupe è scesa insieme ai pellegrini al torrente e ha registrato un'intervista con il parroco. Il gruppo-Ciak ha fatto anche alcune riprese in chiesa e nella grotta in cui erano state accese delle candele. È stata inoltre presa una copia dell'opuscolo, che viene distribuito al santuario, in cui è descritta la pratica, testimoniata in una fonte seicentesca e in una visita pastorale, poi stroncata dalla curia locale, di porre i bambini malati di fantignole e rachitismo nelle "buche" perché vi dormissero. Riferendosi a questa forma di *incubatio* e chiedendosi come fosse possibile guarire con un procedimento simile, Anna ha proposto un accostamento vivo e "polemico" con l'oggi. Ma come? Se è vero, come sostiene anche una sua conoscente, che con alcune preghiere si può guarire dalla malattia e dai problemi "mentali", perché la religione non sostituisce la medicina? «Se fosse veramente così, dovremmo prendercela con qualche prete... Ma c'è veramente bisogno di punture e pasticche, se disponiamo di mezzi come la preghiera?» Le sue sono affermazioni severe rivolte direttamente alla psichiatria: «Ci sono alcuni dottori che non capiscono». Non sono disposti ad ascoltare – prosegue –, non sempre credono a quanto si dice. Quando Anna inizia a far notare loro alcune cose che non vanno bene, talvolta le viene risposto: «signora lei è un po' in crisi». Mentre dice queste parole, Anna con lo sguardo sembra interpellare Grazia, l'operatrice sociale, che precisa a sua volta di non essere una psichiatra.

Perché la preghiera non può sostituire il farmaco? Si chiede Anna. La questione sembra evocare un nodo problematico e un'esperienza di vita: la religione, la preghiera, ma anche il riscatto sociale di una donna che riflette su una visione del mondo subalterna e richiama discorsi che non dispongono di sufficienti paradigmi di legittimazione.

### 4.3. Fare storie: la politica, la morte, la guerra

Il lavoro sulla santità, che ci era stato inizialmente prospettato come la possibile costruzione di "piccoli ritratti" delle sante, andava progressivamente accostando l'uno accanto all'altro itinerari agiografici e dibattiti storiografici. Il problema del cambiamento e della conversione religiosa si configurava così come una questione storica. Pur preferendo un approccio attento alle periodizzazioni e alla contestualizzazione, Stefano diceva di non potersi comunque sottrarre al fascino esercitato dalle figure religiose incontrate nel laboratorio. Si tratta, in ogni caso, di «cose che ti coinvolgono molto. Perché quelle lì hanno fatto una scelta di vita. Anche tu... di certe cose devi tenerne conto». Stefano proponeva un problema che non deve essere trascurato, e cioè che le trasformazioni intraprese nel corso del

lavoro, che toccano la presenza nella storia, non riguardano tanto un rapporto irrisolto tra credenza e azione, ma toccano soprattutto il significato da attribuire a un percorso di conoscenza intrapreso da un essere mortale. Riflettere cioè sulla vita, a cominciare dal destino della morte che riguarda tutti.

Stefano: Negli ultimi tempi l'ho recuperato parecchio. Anzi, io non ce l'avevo quasi mai avuto. Avevo fatto la comunione, d'accordo, però... C'è stato un periodo in cui sono stato ateo. E poi c'è stato tutto un periodo in cui mi ero anche avvicinato, però non troppo. Per cui, ad esempio, non conoscevo il santo rosario, non conoscevo bene tutte le funzioni, invece adesso, ad esempio, mi capita, che ne so, coi neocatecumeni di preparare l'omelia del sacerdote. Queste cose qui, per cui molto è cambiato. Però questo apre tutta una serie di nuovi problemi, nel senso che tu devi cominciare a pensare "ma se San Francesco ha fatto questo, io cosa devo fare?" Ad esempio il problema grosso è quello del sapere, perché ti trovi che sai, però sai che una volta tutto questo sapere... l'uomo è mortale, per cui è un problema grosso. L'angoscia è sempre quella, penso che più o meno... Ad esempio, io so molto di più sull'epoca 1860-61 che su tutta la storia della Bibbia. Però ti dà gusto conoscere quel campo, per cui ti interessa sapere, però fino a che punto serve questo sapere?

D'altra parte, il suo atteggiamento riguardo alla religione ha portato Stefano a prendere una certa distanza, da forme di coinvolgimento eccessivo. Ha frequentato per un breve periodo un gruppo di preghiera, attivo in città, da cui si è allontanato perché riteneva che vi si praticassero riti in cui i partecipanti sembrano perdere il controllo di sé.

Stefano: Ho frequentato anche un altro indirizzo religioso, i carismatici, però non riuscivo a stare come loro. A Gubbio, a San Pietro. Però non riuscivo. Loro partivano proprio di testa, dicevano che il loro cammino era stato voluto dallo spirito santo, che è lo spirito santo che aveva voluto questa cosa.

MM: Cosa succedeva?

Stefano: Questi pregavano, si lasciavano andare parecchio, agitavano le mani, cantavano, e io non riuscivo a... Per me era meglio a quel punto il rosario classico.

Ho avuto modo di parlare a lungo con Stefano a proposito dei movimenti di rinnovamento religioso nel medioevo anche fuori dal Centro diurno, seduti al tavolo di qualche bar, bevendo bibite analcoliche. In quelle occasioni, la storia mescolava effettivamente il sacro e il profano: le considerazioni sulla religione di Stefano si fondevano ironicamente con le nostre discussioni appassionate sui movimenti rivoluzionari e sul marxismo. I dialoghi con Stefano si allargavano progressivamente alla storia locale – la guerra e la resistenza a Gubbio, la povertà delle campagne della zona e la

vita dei mezzadri, raccontate a Stefano da sua nonna –; si spingevano a considerare l'interesse che avrebbe il suo progetto di compiere «uno studio antropologico della simbologia risorgimentale»; a discutere del fascino esercitato su di lui dall'espansione di Bisanzio, un impero orientale alla conquista dell'Occidente; oppure alle figure marginali e alle popolazioni “esotiche” nelle grandi narrazioni storiche: egli attribuisce grande importanza a Gioacchino Murat più che a Napoleone, oppure ai Goti, una “nicchia storica” di cui parla sempre con grande interesse. Mi raccontava allora di quando i soldati tedeschi bruciarono la casa di suo nonno in una zona montuosa fuori del paese in cui viveva la famiglia. Una rappresaglia per una aggressione di un contadino armato di falce contro un militare. La gente poté fuggire dopo l'esecuzione dell'uomo, ma le case furono bruciate tutte.

Stefano: Sì è vero c'è questo rapporto molto forte con la storia, che per esempio fin da bambino mio papà mi raccontava di quando avevano bruciato casa i tedeschi, cose così. E poi c'è la grande passione mia, la politica. Mi piace parlare di politica, mi piace portare avanti progetti politici.

La primavera e l'estate del 1944 furono un periodo terribile per la città e il territorio, ricordato per gli eccidi di persone innocenti. E l'allegoria della *strage degli innocenti* è forse la chiave per riconoscere i richiami frequenti al martirio che i partecipanti al laboratorio sulle sante hanno fatto, ricordando la strage dei quaranta civili avvenuta il 22 giugno 1944, in una rappresaglia, prima della ritirata dell'esercito d'occupazione tedesco. La città è rimasta profondamente segnata dalla strage avvenuta dopo uno scontro a fuoco in un bar del centro, in cui morì un ufficiale tedesco e un altro rimase gravemente ferito. Gubbio silenziosa e sbarrata con le strade battute dai tedeschi a caccia di cittadini per la rappresaglia, è un'immagine emblematica del terrore che prese l'intera città (SPAZIANI C. 1994 [1947]).

Anna che attraverso la scrittura in versi cerca di elaborare poeticamente il ricordo della guerra sa cosa significa narrare la violenza e gli scontri mortali. Ma vive anche concretamente il peso della memoria: la storia lunga di rivalità tra i fronti familiari che hanno continuato a guardarsi con ostilità dopo le tragedie dell'ultimo anno di conflitto. L'incertezza posta sul confine tra la vita e la morte è nei racconti di chi è scampato al rastrellamento del giugno 1944.

Anna: Eh, ma una volta eravamo tutte famiglie numerose, ci sono fratelli, sorelle, nipoti, vojo di. I genitori ormai non ce son più, specie de quelli anziani, ma ce sono tanti fratelli, sorelle, nipoti. Erano famiglie numerose na volta, in tempo de guerra, minimo cinque figli, sette, otto dieci ...

MM: E senta, come li presero?

Anna: Ah, non ... E li presero un po' dappertutto, anche seduti giù l giardino due o tre anziani. Il fratello mio ce scherza sempre, dice che erano al Cinema Italia, hanno spalancato le porte, dei tedeschi se son messi su la porta, perché andavano così a simpatia e antipatia, chissà, tu sì, tu no. Tre o quattro passavano, un altro lo fermavano. E lui piccolino com'è, c'era un tedesco che parlava appoggiato sulla porta, e lui s'è abbassato e gli è passato sotto l braccio.

MM: E s'è salvato.

Anna: Ha detto "forse la ... la bassezza m'ha salvato quella notte." E dopo due donne, madre e figlia [*due delle quaranta vittime*], n' lo so se sono andati anche nelle case, o l'hanno prese in qualche negozio. Ero piccola, non me ricordo bene.

Oggi a Gubbio forse l'ultimo evento che può ancora essere iscritto in un codice agiografico è la strage dei *Quaranta martiri*. Un episodio della guerra e della Resistenza ancora vivo nella memoria in città, non solo perché è significativo del silenzio sulle responsabilità delle stragi naziste in Italia, ma perché tale silenzio ha un corrispettivo nei ricordi di una violenza cieca che ha segnato l'intera comunità cittadina <sup>(64)</sup>.

La possibilità di far fluttuare, per un limitato periodo di tempo, in un campo circoscritto di possibilità, gli enunciati, senza produrre una nuova possibile iscrizione, fa emergere i rapporti di forza e fa percepire lo spessore storico e sociale dei regimi discorsivi in cui agisce il laboratorio. Mi sembra che proprio tale spessore storico e tali rapporti di forza siano determinanti per situare correttamente un processo terapeutico e per tentare una eventuale sua valutazione. A questo riguardo, particolarmente significativa è la possibilità, in certe condizioni, di poter definire culturalmente uno spazio della narrazione che faccia radicalmente mutare lo statuto discorsivo in cui vanno a iscriversi gli enunciati prodotti: se da un lato una visione potrebbe essere iscritta interamente in un quadro sintomatologico, evitando di esplorarne in profondità i contenuti; da un altro lato, tale visione potrebbe essere elaborata, nello stesso ambito, – di fronte ad un percorso religioso che in forme variabili è condiviso da operatori e pazienti – come un accesso diretto a una forma di conoscenza "superiore", o come un modo per collocare l'esperienza individuale in poetiche della storia collettiva.

### 5. *Dubbi, pericoli, eresie*

Negli scambi linguistici all'interno del CAD considerazioni che riguardavano più direttamente il lavoro della psichiatria si sono talvolta intrecciate,



per me all'inizio in modo sorprendente, con vere e proprie dispute di taglio teologico. Facendo di volta in volta riferimento a una distanza storica e a una contrapposizione tra "esperienza mistica femminile" e "potere istituzionale maschile", nelle riunioni settimanali, ci si è richiamati in varie occasioni alla distinzione fra eresia e ortodossia religiosa.

L'intreccio tra agiografia e azione corporea, rinviano da un lato a dimensioni performative del rito, dall'altro a questioni teologiche sulla relazione tra umano e divino e sulle componenti della "persona cristiana" (unità del sé, razionalità e sentimento, anima e pensiero) (CHARUTY G. 1997). In entrambi i casi, le persone possono partecipare a giochi linguistici in cui si vedono impegnate a valutare le credenze dell'Altro.

Operatori e pazienti si sono trovati di fronte ad una critica proveniente da un'autorità religiosa, il vescovo, alla quale gli stessi membri del gruppo avevano attribuito un ruolo importante nel definire il proprio campo d'azione. Che le questioni toccate fossero delicate, perché dotate di uno statuto discorsivo particolare, era intuibile sin dall'inizio, ma solo di fronte all'*interdetto religioso* il gruppo si è impegnato a tracciare consapevolmente nuovi confini nel rapporto tra ortodossia ed eresia, a prendere posizione nello sviluppo storico del campo religioso locale (BOURDIEU P. 1971). Ancora una volta i temi affrontati non sono "neutri": quando gli interrogativi riguardano la verità, storica o di fede, allora la santità, la mistica, la preghiera, sono questioni avvertite come cariche di potere.

### 5.1. Dispute teologiche

Lo spunto per una esplorazione della credenza e del pericolo incombente dell'eresia è stato offerto dalla lettura di un capitolo del romanzo di Umberto Eco *Il nome della rosa* (Eco U. 1980) in cui si narrano gli eventi relativi all'Italia centrale, che fanno da contesto storico alle vicende dei delitti dell'abbazia in cui indagano Guglielmo di Baskerville e il suo giovane discepolo Adso da Melk. In particolare nei passi del romanzo (*Primo giorno. Sesta. Dove Adso ammira il portale della chiesa e Guglielmo ritrova Ubertino da Casale*) in cui attraverso la conversazione tra Guglielmo e Ubertino da Casale, Eco ricostruisce le vicende che avevano avuto come protagonisti i gruppi degli "spirituali", sospettati di eresia, e le strategie politiche della chiesa romana e avignonese. Questi ed altri elementi si intrecciavano con visioni mistiche e profezie nella Montefalco di Chiara e nella Foligno di Angela. Lo studio nella duplice direzione della vita misti-

ca di Chiara da Montefalco e dei mutamenti sociali e politici nella Umbria all'inizio del sec. XIV ha prodotto effetti significativi <sup>(65)</sup>. Il gruppo si è più volte interrogato su come possano essersi combinati storicamente fenomeni apparentemente distanti: la mistica medievale, il mondo religioso femminile, i movimenti penitenziali, i francescani spirituali e la lotta tra papato e impero.

Leggendo stralci de *Il nome della rosa*, ci troviamo così nel punto d'incrocio di piani di lettura che prima sembravano procedere parallelamente. Le opinioni del gruppo si sono divise su come sia possibile interpretare il comportamento ambiguo di Chiara, che prima è al centro del cenacolo degli spirituali e che in seguito non esita a denunciare al cardinale Napoleone Orsini gli eccessi ereticali del movimento capeggiato da Bentivenga da Gubbio. Chiara alimenta il fuoco spirituale con le sue visioni e allo stesso tempo si muove per rafforzare il proprio convento acquisendo nuove donazioni. Nella nostra discussione si fronteggiano due tesi: da una parte Anna, Grazia e Marta, che sono rimaste colpite dalla contraddittorietà degli eventi e dal peso morale delle scelte che incombevano su Chiara da Montefalco, e dall'altra Sandro per il quale il disegno divino si incarna nelle scelte della santa. Per Anna, i confini sono sfumati: il demonio si serve degli uomini e la santa deve aver sofferto per raggiungere la beatitudine celeste. Pensare la trasformazione è possibile solo all'interno di una rete di rapporti conflittuali e mutevoli, dove le diverse possibilità sembrano ancora aperte, ed esponendosi al rischio del fallimento. Sandro invece cerca di riferirsi a quanto è definito e garantito nella figura della santità. A suo giudizio i confini sono più netti: Chiara è una santa che ha affrontato varie tentazioni del demonio superandole con l'aiuto divino.

In particolare, Anna non considera chiarito a sufficienza l'episodio della denuncia degli eretici da parte di Chiara da Montefalco: ma come? un santo non deve amare il prossimo e perdonare i nemici? Pone questi interrogativi richiamando la nostra attenzione sull'articolazione interna della chiesa del tempo ed accostando la conflittualità che la caratterizzava, nel secolo XIV, alle odierne contese sulle prerogative e le rispettive competenze in cui si impegnano i gruppi responsabili della celebrazione dei riti principali a Gubbio: la processione del Cristo morto il venerdì santo e la Corsa dei Ceri il 15 maggio. Paragona in tal modo gli ordini religiosi medievali e alla confraternita di S. Croce e alla Famiglia dei Santubaldari di oggi.

Probabilmente è stata saggia la proposta di Grazia, nel corso di una delle dispute più accese, di riprendere il confronto sull'eresia in una seduta plenaria (con Enrico, l'esperto, a fare da arbitro) per decidere una linea comune.

Qualche tempo dopo riprende la discussione sulla santità tra Anna e Sandro, l'operatore, sul grado di consapevolezza e protagonismo delle sante.

Anna. Io vorrei sapere da qualcuno che se ne intende più di me di cose di chiesa, queste sante definite predicatrici, come si dice, ... insomma che studiano la divinità, teologhe, sono definite predicatrici e teologhe, se loro si rendevano conto di avere questi, diciamo, pregi, anche essendo semianalfabete, oppure parlavano così, istintivamente, di quello che si sentivano di dire... se loro si rendevano conto o no di essere, come poi sono state definite.

Sandro. No, non si rendevano conto assolutamente di questo. Però non è che loro per istinto ... cioè, non è per istinto, è lo spirito santo, diciamo.

Anna ripropone la questione dell'accesso alla verità teologica, attraverso una parola non legata alla tradizione *culta*, ma solo alla grazia ricevuta da Dio. Un problema di grande interesse, quando si cerca di cogliere il legame tra istinto, sentimento, e accesso alla "verità". Se Anna pone al centro l'istinto, come abbiamo visto, Sandro segue invece una linea ortodossa ed esalta la presenza dello Spirito Santo.

Si è soliti considerare il problema secondo la formula "Dio chiama, l'uomo risponde", ma Anna deve aver letto da qualche parte che le sante sono, in alcuni frangenti della loro vita religiosa, «spettatrici dell'opera divina». Sandro si è sentito in obbligo di dire la propria sostenendo che una frase di questo tipo è errata, poiché la scelta è un aspetto centrale della vocazione. Altri, come Giacomo e Stefano, sono intervenuti ed hanno evocato il "libero arbitrio", provando a smorzare i toni. Tutto questo però non sembra aver avuto influenza sulla "disputa teologica".

Anna. Io penso praticamente che sia una strada tracciata dalla nascita. Come la Madonna chiamata vergine, e poi ha avuto Gesù, così queste sante sarà. E difatti se si pensa che ... chi era Santa Rita? Quando parlava da bambina nella culla le uscivano le api dalla bocca.

Sandro. Sì sono segni, segni di Dio che ti fa capire che quella persona.

Grazia. È stata scelta.

Sandro. Sì certo scelta. Però non si parla di destino, perché il destino per i cristiani non esiste.

Anna. Una strada tracciata.

Se collocati nei contesti di interazione, gli atti di parola dei protagonisti dei laboratori fanno percepire, in tutto il suo spessore, il campo di forze in cui si articolano gli enunciati sul Sé e sul mondo.

## 5.2. Contese rituali

Nel confronto con le storie delle sante, di fatto, Enrico, l'esperto del *Progetto Giubileo*, è stato spesso impegnato a cercare soluzioni che consentissero di mediare tra *conflitti politici* e *conflitti interiori* dei partecipanti. In seguito, durante una delle nostre conversazioni, in auto, mi confiderà di avere avuto qualche timore sulla possibilità che il libro alla fine apparisse "troppo laico" – qualcosa che suonava alle mie orecchie come un eufemismo, se consideravo la complessa mediazione tra laico e profano che si andava

compiendo – per incontrare i favori del vescovo, il quale ha seguito da vicino l'intera vicenda.

Al ritorno da una riunione, ho uno scambio di idee con Enrico, che mi parla delle difficoltà incontrate, alcune delle quali hanno generato anche tensioni: un lavoro storico, che poi diviene una guida per il Giubileo, parzialmente finanziato e appoggiato dal vescovo, è apparso a un certo punto come una macchina difficilmente gestibile. Enrico dice di essersi trovato “a fare da ombrello”, a smorzare i toni e questo non gli è piaciuto. Io provo a suggerire, in base a quanto accade di giorno in giorno, che forse le contraddizioni potrebbero essere delle risorse, a patto che non vengano subito disinnescate. Ma chi gestisce i mutamenti e le contraddizioni e soprattutto si fa carico di scelte che non si sa dove ci possano portare? Enrico sottolinea che questo lavoro deve essere fatto dal “Servizio”, non da lui. Evidentemente egli ritiene che anche le dispute teologiche, alla fine, dovrebbero essere regolate dagli psichiatri. Una scelta di questo tipo porterebbe però a occultare la complessità dei confronti che avvengono nel campo religioso. È Enrico stesso a richiamare in modo indiretto la specificità dei conflitti e le forme di regolamentazione che riguardano la religione, fuori dalla porta del Centro di salute mentale. Anche nel suo caso i conflitti sulle credenze religiose sono inquadrati nella logica del campo rituale. Gubbio è una città in cui si possono avvertire e quasi toccare con mano le continue contese che si aprono sul confine tra quanto è “ortodosso” e quanto sembra seguire pericolosamente l'entusiasmo del rito. Enrico si chiede cosa sia religioso e cosa sia laico, o addirittura pagano, nella Festa dei Ceri. In effetti ricorda che in città la dialettica tra sacro e profano torna in superficie ogni anno nel mese di maggio quando si prepara la festa.

I riferimenti continui al culto di S. Ubaldo e alla Corsa dei Ceri vanno collocati in una serie di relazioni “pratiche” e “politiche” tra il corpo del santo, il corpo della città e il corpo dei fedeli. S. Ubaldo rappresenta il vescovo che è anche un padre e un baluardo contro i demoni (ALIMENTI A. 1990, CASTELLI P. 1990). I pazienti si recano spesso al santuario sopra la città. Alcuni lo raggiungono in occasione delle liturgie ufficiali, altri considerano la strada che porta al convento di S. Ubaldo un itinerario da percorrere a piedi e in silenzio per “riflettere”. Tutti considerano le celebrazioni di maggio un periodo eccezionale per lo scorrere del tempo in città. Va tuttavia detto che proprio la percezione della celebrazione della santità locale, che mescola una serie di atti di forza, una retorica delle appartenenze di genere maschile e una continua messa in discussione delle gerarchie locali, assume una connotazione particolare se filtrata attraverso la lente della mistica femminile. In altri termini, la santità femminile esplorata nel laboratorio ha permesso di contrapporre le figure di culti domestici delle sante alla politica della santità urbana, che rappresenta la facciata pubblica maschile del culto cittadino.

Le divisioni necessarie a costruire e realizzare la festa richiamano continuamente il problema della competizione e della imprevedibilità. Nel rac-

conto di Piero, operatore sociale e ceraiolo di S. Giorgio, ad esempio il santo (San Giorgio) si trasforma in un ariete usato per vincere un assedio. Lo scontro fisico è rappresentato o effettivamente agito in molti frangenti della corsa. Nel chiostro, ad esempio, la devozione diviene battaglia, i toni si fanno bellici, i ceraioli schiere che si fronteggiano.

Piero: Il problema è che lassù [nel chiostro] è diventato ogni anno peggio. È diventato... che ne so... entrare a tutti i costi. [...] Sì, il sacro però lì si mischia molto col profano. Nel senso, lì San Giorgio vuole entrare a tutti i costi. Cioè, io non mi permetterei mai come sangiorgiario di usare il santo mio come... Un anno noialtri ci abbiamo spaccato il santo pur di entrare. C'era gente ch'era contenta che non je avemo fatto chiudere sta porta. E io ero dispiaciuto perché il santo era tutto rotto per esempio. Cioè, punti di vista proprio diversi se permetti. Quindi, anche lì c'è molto fanatismo. [...] Sì va sempre oltre, quell'oltre che alla fine, non so, a me non piace ultimamente. Forse prima sì, ero molto più... un anno con il mezzano<sup>(66)</sup> mio padre ci ha perso l'orologio, perché noi siamo arrivati, io facevo l'ultimo pezzo e siamo arrivati proprio... quasi per metterlo dentro, e quindi ha cercato di smanettare, perché ci sono i santubaldari, i sangiorgiari, e è una bolgia. Lì chi ci ha un ruolo proprio differente è Sant'Antonio. Lui è dietro, quindi proprio lui non ci ha *chances*, però loro più vicini arrivano e... Loro sono quelli meno interessati a questa cosa. E anche lassù c'è una guerra, tutti gli anni è una lotta, perché ormai capito, le forze si equivalgono. Una volta non c'era questa cosa perché Sant'Ubaldo arrivava con due stradoni di vantaggio. Lo mettevano giù piano, andavano sopra. Adesso le forze sono uguali.

Nel pieno della competizione i valori religiosi possono passare in secondo piano, lo spirito di parte prevale su quello della ricomposizione unitaria. È interessante notare come tali valori appartengano ad una struttura gerarchica che rinvia a una lontana origine comune dei contendenti.

Piero: C'è sempre questo scontro... scontro... chiamalo scontro, come ti pare, però siamo a un punto molto... e lì ti scordi sempre che c'è la chiesa, che c'è il santo, che tu corri per Sant'Ubaldo, in quell'attimo proprio te lo scordi. Poi dopo quando ritorni con la processione con i santi allora tutti abbracciati, tutti amici, però in quegli attimi te lo scordi, te lo scordi, non c'è un cazzo da fare.

Nelle discussioni comuni sulla Festa del Santo patrono, il conflitto rituale è invocato in contrapposizione a una regola d'inclusione riconducibile a un'autorità superiore: Ubaldo, santo pacificatore, che nella agiografia sancisce l'unità e la concordia nella città (ALIMENTI A. 1990, DEL NINNO M. 1976, CASTELLI P. 1990). Possono essere allora adottate alcune strategie di compensazione che facciano leva su quei valori religiosi, strettamente legati al Santo, che circoscrivono uno spazio più appropriato, caratterizzato da silenzio, preghiera e pellegrinaggio.

Nella stanza libri, alla fine delle riunioni di lavoro, si parla dei Ceri. C'è chi si scalda subito e chi sostiene che oggi non c'è più lo spirito della festa. E chi pensa che sia giusta la proposta del vescovo di non chiudere la porta del santuario subito dopo l'entrata del cero di S. Ubaldo per evitare gli scontri e celebrare l'unità civica. La festa è cambiata molte volte in tanti anni, perché non compiere un atto dall'alto valore simbolico di pacificazione come questo? Un operatore ha saputo che i *santubaldari* si sono riuniti e hanno rifiutato la proposta. Giovanni e Alberto sostengono che S. Giorgio deve tentare di entrare sempre! In una delle passate edizioni la statua del santo si è rotta nello scontro con la porta. La testa del cavallo è schizzata via. Probabilmente è stata raccolta da qualcuno e, nonostante gli appelli, mai più consegnata.

Nel laboratorio sui santi, alle dispute teologiche si è affiancata quindi una forma di riflessività che attinge alle esperienze corporee vissute nel rito del santo patrono, che è un dispositivo molto sofisticato per la regolazione dei conflitti. Il campo rituale (PALUMBO B. 2000, 2003) mostra che esistono altre possibili regole per "giocare" le interpretazioni religiose contrapposte cui diversi soggetti possono partecipare. In altri termini, a differenza di quanto accade nel confronto tra interpretazioni teologiche, nel campo rituale si può agire una conoscenza pratica che non è interamente e definitivamente prescritta dalla autorità religiosa e che per certi versi consente un ampio margine di manovra. L'aspetto interessante in questo caso è che proprio i meccanismi di proliferazione delle procedure e delle regole in un campo rituale non sembrano essere interamente sottoposti al giudizio di una autorità religiosa *super partes*. Gruppi e interessi contrapposti in città possono rapportarsi dialetticamente all'autorità vescovile.

Le dispute in laboratorio mostrano che in situazioni di conflitto si può adottare una delle due strategie, la visione teologica oppure la pratica rituale, per guadagnare un autonomo spazio di manovra: ad esempio, un'affermazione sulla verità teologica può mettere in discussione l'ortodossia di un particolare modo di regolare i rapporti nel campo rituale; viceversa la risoluzione dei conflitti nel rito può consentire di contrapporre la "tradizione locale" a quelle che vengono considerate intromissioni dell'autorità vescovile<sup>(67)</sup>.

### 5.3. *Interdetto*

Nel mio diario di campo ho annotato le discussioni seguite al temporaneo rifiuto del vescovo di scrivere la prefazione – dopo una sua preliminare ricognizione delle bozze – al libro sulle sante, esito conclusivo del laboratorio. In quell'occasione, si sono rapidamente fatti largo tra i membri del gruppo dubbi sulla correttezza della interpretazione di alcuni eventi stori-

ci e sui rischi di aver forzato alcune interpretazioni delle esperienze mistiche delle sante. Il doppio livello di lettura, storico e agiografico, ha aperto contraddizioni cui era difficile sottrarsi.

Il gruppo è riunito per definire le ultime parti del libro e stabilire i tempi di consegna in tipografia per la stampa del volume. Claudia [*la psicologa responsabile del progetto*] ci invita tutti a sedere, preparandoci ad ascoltare una brutta notizia. Dice di avere avuto oggi una conversazione telefonica con il vescovo, che ha letto i materiali da noi inviati e ha trovato il lavoro interessante. Si aspettava in realtà una serie di storie di vita delle sante e non un quadro storico come quello presentatogli. Ma proprio perché si vede che il lavoro è stato fatto con impegno, egli si sente obbligato a dire molto chiaramente – «sarò un po' crudo» ha detto – che su alcuni punti non è d'accordo con quanto è stato scritto. Non potrà perciò scrivere la prefazione al libro.

Segue un lungo silenzio interlocutorio. Claudia ci guarda e dice di essere rimasta attonita, di aver stentato a riprendersi, e di non essere riuscita a replicare alle critiche puntuali del vescovo su alcuni passaggi del testo, perché si trattava di parti che non aveva ben presenti. Rammaricandosi che se almeno ci fosse stato l'esperto forse avrebbe potuto discuterne con lui. «Ancora non mi sono ripresa»: Claudia torna più volte sulla sua reazione di sorpresa e di spaesamento che dice essere sopraggiunta all'improvviso. Il vescovo peraltro deve essersi accorto della reazione e si è affrettato a dire che resta disponibile a collaborare con tutte le attività del CAD, che rimane comunque interessato ai lavori che si fanno qui al servizio psichiatrico. Claudia, in ogni caso, ha apprezzato la franchezza del vescovo e la sua correttezza nel valutare il lavoro, così come avrebbe valutato un qualsiasi altro lavoro storico, fatto seriamente. Aggiunge: «Ci ha fatto una critica, non ha detto genericamente che va bene, disinteressandosi della cosa. Ci ha trattato da "persone"». Claudia a questo punto ci chiede: «Monsignor Vescovo non è d'accordo su alcune cose che abbiamo scritto. Cosa vogliamo fare? Si possono chiarire alcune cose con lui?»

Nel corso della discussione seguente si capisce che ci sono sostanzialmente due ordini di problemi posti dal vescovo. Il primo riguarda la scelta del periodo e l'organizzazione temporale degli argomenti affrontati nel volume; nel testo si parla di due fratture: la prima, a monte, rappresentata dalla presenza di Francesco d'Assisi che raccoglie e incarna le istanze di rinnovamento nella chiesa; la seconda, a valle, costituita dal periodo di conflitti religiosi e di riorganizzazione della Chiesa in concomitanza con la Riforma protestante e la Controriforma postridentina. Il secondo ordine di problemi probabilmente riguarda l'enfasi eccessiva data nel testo alla mistica femminile; mistica che in alcuni punti è colta come contrapposta alla penitenza e all'obbedienza. Ma quale può essere la parte che ha spinto il vescovo a intervenire?

Enrico, l'esperto, pensa che probabilmente il vescovo intende suggerire che la spiritualità femminile è stata sempre la stessa; per questo forse tale spiritualità andrebbe vista in continuità e non in discontinuità storica. Certo, se la critica fosse questa, allora ne risulterebbe minato l'intero impianto della interpretazione storica del libro – che peraltro, ad una lettura attenta, rimane molto edulcorata e quasi agiografica –.

Anna si chiede: «Non poteva interessarsi prima di come andavano le cose? Se questa è la critica, allora è una critica ai libri che abbiamo usato. E chi ci dice che fossero sbagliati?» Claudia fa presente che il vescovo è stato corretto e sincero. La realizzazione del *Progetto Giubileo* è stata possibile anche grazie al suo interessamento. Saremmo obbligati ad invitarlo alla presentazione del libro in ogni caso. «Si fa un libro sulle sante ombre a Gubbio e non si invita il vescovo? Sarebbe un controsenso. Forse alcuni suoi suggerimenti potrebbero arricchire il lavoro». Unico punto su cui non si può negoziare è la lettura storica come scelta di fondo. In questo caso è una scelta che probabilmente va difesa: il CAD è una cosa diversa dalla chiesa.

Franco dice che dovremmo incontrare il vescovo. Marta aggiunge che potremmo considerare la cosa in termini positivi: «In fondo è nostro interesse fare il libro nel miglior modo possibile. I tempi sono obbligatori? Forse possiamo prendere la cosa come un'opportunità per un confronto».

Enrico è d'accordo, è opportuno incontrare il vescovo. Se i punti di discussione riguardano la parola adottata "frattura", allora ci si può tornare sopra. È una scelta della quale, come esperto, si prende tutta la responsabilità: «è stata fatta per motivare la scelta del periodo storico, ma ci potrebbero essere altre conclusioni». «La nostra è stata una scelta che riguarda un certo periodo, è possibile che questo abbia inciso sull'enfasi posta sulla discontinuità, piuttosto che sulla continuità con la storia religiosa delle epoche precedenti e seguenti». Su questo problema il vescovo potrebbe essere una guida preziosa. La mistica peraltro c'è sempre stata nella cristianità e quindi non va relegata ad un solo periodo storico da noi preso in esame.

A questo punto, Stefano, lo storico del gruppo, si chiede se non sia possibile avere una prefazione critica in cui il vescovo spieghi i punti di disaccordo. Ma Claudia fa presente che generalmente chi fa una prefazione condivide il contenuto del libro e il lavoro degli autori. In questo caso si può fare? Rimane il fatto – aggiunge Stefano – che vi possono essere letture storiche poco accettate dalla chiesa. E questo è frequente quando si mescolano storia e religione. Per esempio la chiesa è restia ad accettare un lavoro come quello di Jacques Le Goff che ha descritto la nascita del Purgatorio dentro le trasformazioni storiche della società mercantile del medioevo (cfr. LE GOFF J. 1996 [1981]). Chi è cristiano, crede al Purgatorio in quanto tale, ed è poco propenso a vederlo come una costruzione storica. In fondo è come nella discussione che recentemente è stata riproposta dalla televisione e dai giornali: se ora faranno santo Pio IX, probabilmente sarà necessario rivedere alcuni passaggi decisivi della storia del Risorgimento.

Anna, a supporto di quanto detto da Stefano, rammenta che ogni tanto la Chiesa parla di qualcuno che è stato mandato sul rogo nel passato per riabilitarlo oggi. «Dice che vogliono fare beato fra' Savonarola? E – riferendosi a Giordano Bruno – come è andata a finire poi per quello che ha dato il nome alla piazza del quartiere di San Martino?»

Anche Gianni e Alberto, i due operatori sociali che seguono i rapporti con la tipografia, sostengono che la soluzione preferibile è far seguire la stampa a un incontro chiarificatore con il vescovo. In fondo, per la fine dell'anno giubilare c'è ancora qualche mese. Bisogna bloccare la tipografia. Giacomo – interpellato a più riprese da Claudia – non si sbilancia. Dice che non sa. Claudia insiste, ma lui dice che non sa.

Con questa discussione giungiamo a un punto cruciale del percorso del laboratorio. All'inizio del lavoro probabilmente nessuno immaginava che



saremmo giunti così vicini all'esperienza concreta, sperimentata collettivamente, del "limite" rispetto a un particolare terreno di definizione della "verità". In questo caso, è stato possibile saggiare, attraverso la forza dell'interdetto, il potere simbolico che deriva dall'esercizio della parola in un campo sociale – la *ecclesia* – che fa dell'accesso alla "verità rivelata" e della conversione i principi base della trasformazione individuale (BOURDIEU P. 1971, 1988 [1982]). Il rischio di scivolare nell'eresia si avverte concretamente a livello individuale, ma può anche essere affrontato collettivamente. Peraltro, il fatto che i contenuti del lavoro siano rimasti fluttuanti per un certo periodo in un clima di incertezza che ha coinvolto tutti, compresi gli operatori psichiatrici, senza essere specificamente tematizzati ed esplorati sul versante terapeutico, non sta a significare che tali contenuti siano rimasti inattivi. Anzi, l'"incidente" del vescovo ci mostra come le questioni concernenti la sfera religiosa siano comunque inscrivibili in pratiche discorsive cariche di forza e come la scrittura possa contribuire a mobilitarle politicamente. Non va dimenticato in proposito quanto ripetono frequentemente i terapeuti, e cioè che la "verità" fabbricata nella relazione terapeutica ha la forza della realtà, è postulabile e trasformatrice. Ciò che non sempre essi riescono a riconoscere, nel flusso quotidiano delle pratiche di riabilitazione del CAD, è che tale "verità" si iscrive in specifici rapporti differenziali di potere e di azione collettiva entro i quali la responsabilità nella relazione medico-paziente è solo uno dei possibili ambiti di confronto politico.

### 6. *Epilogo: Fiori di cielo, un oggetto stratificato*

Dopo quasi due anni di lavoro, il libro prodotto (ATTIVITÀ LIBRI - ATTIVITÀ CIAK 2000) dal *Progetto Giubileo* appare come un oggetto stratificato che mantiene in sé custodite molte delle aspettative dell'intero laboratorio. Come in tutti gli oggetti fatti collettivamente, i partecipanti del laboratorio possono ritrovarvi qualcosa di sé, ma anche stentare a riconoscersi. Il libro è strutturato in quattro parti: le prime due affrontano la storia sociale e politica dell'Umbria medievale e rinascimentale, la terza e la quarta l'esperienza religiosa delle sante. In appendice sono state inserite le schede sulle vite delle sante con riferimenti alle opere e alle "azioni mirabili": in questo senso, come suggerisce il titolo scelto dai partecipanti al laboratorio – *Fiori di cielo* –, il libro non si sottrae ai legami di filiazione con i libretti agiografici che la signora Anna leggeva da piccola. Le illustrazioni – opportunamente sistemate e "alleggerite" nei toni – richiamano luoghi e

corpi delle sante. È stato possibile infine far precedere il testo da una breve presentazione del vescovo, risultato di un conclusivo scambio chiarificatore sui temi della religione e della devozione. Alcune contraddizioni raggiungono anche l'ultima stesura: in appendice sono riportate descrizioni del culto locale di Santa Cecilia di Montelovesco che, pur rappresentando una figura molto vicina ad alcuni membri del gruppo, ha rischiato sino all'ultimo momento di non essere inclusa nel testo perché troppo legata a un culto popolare di difficile inquadramento nella liturgia ufficiale.

### *6.1. Agire negli spazi pubblici*

Nel dilemma se parlare di salute mentale, di riabilitazione o semplicemente di storia medievale e santità femminile, alla fine, gli operatori hanno deciso di portare avanti un percorso parallelo. In primo luogo, operatori e utenti del CAD hanno illustrato le finalità della struttura riabilitativa e le iniziative di promozione della salute mentale in uno spazio espositivo, dove *Fiori di cielo* era presente insieme ad altri prodotti dei laboratori, nella cornice più ampia di una mostra-mercato di prodotti locali. In secondo luogo, il gruppo del *Progetto Giubileo* ha deciso di presentare il libro alla Biblioteca comunale, di fronte a un folto pubblico e alle autorità civili e religiose della città. In questo secondo contesto, si è scelto di narrare la storia del laboratorio concentrandosi sulle pratiche collettive, senza toccare le storie dei singoli partecipanti. Si è preferito, cioè, evidenziare la parte religiosa e storica del lavoro senza parlare dell'esperienza individuale delle persone coinvolte.

Alcuni operatori si sono chiesti se alla fine non si fosse trattato di una soluzione di compromesso e se la scissione tra la promozione della attività riabilitativa nel contenitore della mostra mercato e la presentazione del libro nel tempio cittadino della cultura (la Biblioteca) non avesse riproposto la separazione tra sociale e sanitario che è alimentata continuamente dai rapporti nel campo psichiatrico. Lo stand della mostra mercato collocava il libro tra i prodotti alimentari, gli attrezzi agricoli, il tartufo e altri oggetti che svolgono un ruolo cruciale nella costruzione identitaria del territorio. In quella cornice, gli operatori psichiatrici e i pazienti potevano vendere il nuovo libro, insieme ai piccoli oggetti di bricolage, e allo stesso tempo informare i passanti sulla nuova comunità terapeutica, in costruzione sulla collina vicino al santuario dedicato a S. Ubaldo.

Nella presentazione alla Biblioteca invece è stata allestita quella che per certi versi è sembrata una vera e propria conferenza-performance, nel corso della quale Enrico, l'esperto, facendo seguito ad alcuni interventi di

amministratori sanitari e comunali, ha descritto il libro e le sue caratteristiche. La sua esposizione sui contenuti del testo e i problemi interpretativi affrontati, di taglio storico o religioso, è stata accompagnata dalla proiezione di diapositive in cui erano ritratti i luoghi sacri e dalla lettura di alcuni episodi agiografici fatta dai membri del laboratorio. Il montaggio di immagini e di testi su una partitura di musica sacra medievale e rinascimentale suggeriva così la pluralità di percorsi che hanno effettivamente caratterizzato il lavoro.

In questo modo, il libro, proposto come specifico risultato della circolazione e dello scambio tra il Centro di salute mentale e la realtà sociale esterna, è stato collocato in una "occasione pubblica" dove le autorità cittadine e il direttore generale della USL hanno affrontato anche i problemi dell'inserimento sociale, dello "svantaggio" e della psichiatria di comunità. Si è creata così una singolare occasione in cui la sostanza composita ed eterogenea dell'oggetto ha messo a disagio i soggetti istituzionali esterni chiamati a produrre nuove glosse, nuove iscrizioni, ai suoi margini. Si è assistito cioè ad avventurose peregrinazioni, da parte dei rappresentanti pubblici, tra considerazioni sulla carenza di risorse per finanziare i pur encomiabili progetti nel campo della salute mentale e arditi riferimenti a Dante, mettendo insieme la riabilitazione psichiatrica, San Francesco, gli itinerari della pace, la USL e l'Umbria mistica del Medioevo. È come se la prassi dello spostamento, esplorata nei pellegrinaggi del laboratorio, si traducesse in enunciati che, nel momento in cui tentavano di definire una cornice istituzionale alla intera operazione, si esponevano inevitabilmente anche a una ironia che li metteva fuori gioco. Sembrava in altri termini che il gruppo del laboratorio, ritualizzando la presentazione del volume, avesse continuato, all'esterno, a destabilizzare le cornici "teologiche" predisposte dai suoi interlocutori, in questo caso gli amministratori pubblici.

Osservate con attenzione, dunque, le pratiche laboratoriali sembrano allargarsi allo spazio pubblico agendo indirettamente su alcuni rapporti di potere che regolano il campo della salute mentale. L'effetto più significativo è dato da una "torsione" cui sembra essere sottoposto il linguaggio usato dagli interlocutori esterni, al fine di confrontarsi con gli "oggetti ibridi" prodotti dal laboratorio. Gli effetti sul linguaggio evidentemente non hanno un impatto decisivo sulle gerarchie istituzionali, ma possono utilmente destabilizzare le pratiche convenzionali nel campo psichiatrico. In questo senso, le azioni di riabilitazione mostrano una effettiva natura politica. Esse non vanno dunque separate né dalla produzione del sapere psichiatrico, né dalla formazione di spazi pubblici di confronto, nei quali

la dimensione corporea della vita sociale ha una valenza decisiva per il riconoscimento e l'attivazione di "saperi e pratiche emergenti".

In una realtà come la psichiatria "territoriale" e "pubblica" italiana, in cui gli operatori sono impegnati a dialogare in modo produttivo, spesso conflittuale, con altre aree socioculturali, ha una fondamentale importanza riconoscere le pratiche quotidiane di utenti e operatori, in situazioni di confronto politico. In simili circostanze è necessario seguire gli agenti – chiunque compia un'azione – in terreni che tendono a configurarsi come eccentrici rispetto alla diagnosi e alla terapia psichiatriche. Come abbiamo visto, è all'interno dei processi e in prossimità rispetto alle azioni delle persone che, nella dispersione delle pratiche, il gioco appare come complesso e articolato. Queste forme emergenti<sup>(68)</sup> possono essere attivate nei contesti terapeutici oppure, in quanto costruzioni intersoggettive, essere agite politicamente per allargare la riflessione sui confini del campo psichiatrico. Confini che, offrendo al vaglio della ricerca etnografica la loro natura contestuale, in riferimento alle pratiche della psichiatria territoriale, potrebbero essere colti in una continua negoziazione politica. Negoziazione in cui giocano un ruolo significativo i desideri, le scelte e le azioni di persone in carne ed ossa.

Nel periodo in cui si è lavorato alla preparazione della presentazione pubblica, oltre ai dubbi e ai timori di non farcela, sono tornate a farsi avanti le paure che si presentano nei momenti di crisi: Stefano con le sue prese di distanza da un lavoro che non domina interamente, la signora Anna con le sue emozioni espresse in un linguaggio connotato dalla opposizione tra mondo maschile e femminile. Per esempio, in una delle ultime riunioni del gruppo, Stefano si è chiesto chi avrebbe mai potuto trovare la forza di parlare, durante la presentazione del libro, del rapporto tra la malattia e il lavoro svolto. Egli così ricordava agli altri che parlare pubblicamente di un laboratorio condotto nel CAD non può non porre la questione della malattia mentale.

Stefano dice di sapere di essere cambiato nell'ultimo periodo. «Prima era una questione di piani di personalità differenti». Non sapeva che fine avrebbe fatto. Però sarebbe giusto parlare del lavoro. Di come si è proceduto. Egli si lascia sfuggire un richiamo alla opportunità di fare una confessione. Quasi a dire che raccontare la propria esperienza personale sia da considerare equivalente a una confessione religiosa. Claudia sostiene che comunque non sono gli aspetti della dinamica di gruppo a dover essere portati all'esterno, nel caso della presentazione del libro. Ma Stefano ricorda ancora, riferendosi a Claudia, che ci sono stati momenti difficili all'inizio del lavoro: «tu lo sai». Stefano pone così esplicitamente anche la questione della efficacia terapeutica di quanto abbiamo fatto insieme: «siete voi psicologi del "Servizio" che dovete dirmi se questo lavoro sulle sane mi fa stare bene». La psicologa sposta subito la questione sul terapeuta

di riferimento. «Bisogna che ne parli con Paolo [lo psichiatra di Stefano], e che eventualmente si riprenda il discorso qui al CAD in un secondo momento».

Di nuovo il vissuto della malattia entra obliquamente nei bilanci della attività quotidiana del CAD. Stefano mi racconta che lungo i viali che conducono al santuario di S. Ubaldo ha avuto paura, ha percepito molto chiaramente la presenza di una persona che sembrava seguirlo, poi quando si è voltato non l'ha più vista. Ha temuto che fosse un'allucinazione, ma al "Servizio" sembrano non credere a questi campanelli di allarme. Il pomeriggio della presentazione del libro alla Biblioteca comunale i dubbi e le paure si sono tradotti in una serie di ansiose telefonate al cellulare di Stefano che fino all'ultimo non sembrava intenzionato a presentarsi. Solo all'ultimo momento, Stefano raggiunge il resto del gruppo: facendoci coraggio a vicenda, procediamo alla presentazione. Dagli applausi finali sembrerebbe essere stato un successo.

## 6.2. *Molteplici vie d'uscita e pratiche emergenti*

Alla fine, le vie d'uscita dal laboratorio sono state molteplici. Pietro ha deciso, per motivi che riguardavano la ridefinizione del suo ruolo di paziente, fatto di diritti e doveri, di abbandonare il CAD. Giacomo invece continua a frequentare il CAD, facendo attenzione a non pronunciarsi, se non interpellato, su quanto avviene. Rimane incognita la sua visione dei santi e del dialogo mistico che si può con essi instaurare. Stefano, intende sviluppare i suoi interessi storici; oggi si sente meglio e ha nuovi progetti: vorrebbe scrivere un saggio sui rituali e sul segreto nei gruppi rivoluzionari della metà dell'Ottocento. Anna è riuscita finalmente, dopo vari anni, a recarsi in pellegrinaggio a Lourdes. Nel diario, che ha diligentemente tenuto durante il viaggio, dichiara di aver capito attraverso il laboratorio alcune cose importanti.

«Da qualche mese io e altre dodici o tredici persone stiamo facendo delle ricerche su alcune Sante ombre, ora siamo agli ultimi accordi tra noi e l'editore, è una cosa che mi ha maturata molto spiritualmente; fino a poco tempo fa mandavo imprecazioni agli eventuali nemici, lo dice il proverbio che abbiamo tutti due popoli uno che ci vuole bene, l'altro che ci vuole male e per questi ultimi erano tuoni e fulmini; poi pian piano ho cominciato a pensare che era più il male che facevo a me stessa che a loro, per cui appena mi è stato detto che c'era posto a Lourdes, ho fatto voto di dire un'Avemaria al giorno per quelli che fanno del male, e io chiamo aguzzini. Se le ricerche sulle Sante mi avessero lasciata del tutto indifferente, non solo avrei continuato a mandare imprecazioni, ma non avrei accettato di andare a Lourdes con il voto di dire un'Avemaria nella Grotta di Massabielle, per gli aguzzini. Ora mi sento molto più distesa, più serena».

Secondo gli stessi protagonisti del laboratorio, il processo che abbiamo esaminato ha la capacità di favorire trasformazioni. Si tratta di trasformazioni che non sono facilmente ascrivibili a possibili “itinerari di guarigione” individuali e sembrano riguardare pratiche collettive, in contesti che si configurano eminentemente come intersoggettivi. Per una ricerca etnografica sulla psichiatria, l’interesse di questo genere di attività riabilitative consiste non tanto nella possibilità di coglierne le peculiarità rispetto a un modello codificato di terapia, o di valutarne la funzione di controllo sociale sul tempo dei pazienti<sup>(69)</sup>. L’interesse di tali pratiche sperimentali risiede principalmente nella loro capacità di catalizzare processi sociali in cui, attraverso l’immaginazione, si possono allargare gli spazi di confronto pubblico rendendo permeabili i confini tra “sociale” e “sanitario”. Due aree di competenze queste che gli stessi agenti co-implicati nei processi di riabilitazione tentano, con diverse strategie, di mantenere separate proprio quando cercano di pianificare e predisporre quelle azioni sperimentali che ogni giorno fanno transitare i pazienti e gli operatori da una parte all’altra. Di volta in volta, il punto che etnograficamente va chiarito è che questo confine tra sociale e sanitario, in modo speculare a quello tra terapia e riabilitazione, è storicamente situato e sembra rinviare a quella che Jean Lave ed Etienne Wenger hanno chiamato “partecipazione periferica legittimata” in una comunità di pratiche (LAVE J. - WENGER E. 1991: 57-58). La riproduzione sociale delle comunità di pratiche ha un carattere intrinsecamente contraddittorio che deriva dai processi di apprendimento di ogni singolo partecipante. Per questo motivo i cambiamenti che intervengono in attività sperimentali centrate su forme di azione collettiva non possono essere valutati in astratto: ogni specifico agente del campo di pratiche gioca se stesso in situazioni diverse. Le persone cambiano in comunità che cambiano, impegnandosi in un processo generativo del proprio futuro.

In tale prospettiva, nelle azioni riabilitative è necessario lavorare sperimentalmente sui “saper fare” che non vanno recuperati dai pazienti, ma vanno attivati da tutti i partecipanti. In un certo senso, di potrebbe dire che non si “ri-attiva” o “ri-abilita” nulla, ma si è *tutti* impegnati (etnografo compreso) a sviluppare socialmente sensibilità e immaginazione, nel flusso di un’azione collettiva. Il problema, di ordine teorico e pratico, in simili casi, è legato al fatto che è difficile pensare a una forma di riflessività che sia collocata fra procedure di tipo collettivo e cooperativo. Per esempio la distinzione, spesso fatta da alcuni operatori, tra riabilitazione e terapia, in base a una più o meno percepibile riflessività del paziente sui cambiamenti intervenuti (che sarebbe più significativa nella relazione psicoterapeutica e

difficile da individuare nella riabilitazione), appare come problematica. I laboratori sperimentali evidenziano infatti che quanto, in alcune interpretazioni degli operatori, può essere visto come una distinzione di grado o di profondità riferibile alla riflessività del paziente, rappresenta invece una zona opaca dell'agire psichiatrico che necessita un'esplorazione critica della natura sostanzialmente sociale e posizionale di quella riflessività.

In definitiva, mi sembra che riconoscere la specificità delle pratiche collettive di trasformazione emerse nel laboratorio sui santi, che ho preso in esame nella mia etnografia, abbia almeno due significative conseguenze che aprono nuovi campi di ricerca e confronto interdisciplinare.

*In primo luogo, appare necessario uno specifico e consapevole lavoro sulla prassi sociale nei contesti cooperativi in cui viene messa direttamente in gioco la capacità di agire di ogni partecipante. In altri termini, il laboratorio assume un significato peculiare se viene considerato come un processo collettivo che coinvolge i diversi agenti del campo psichiatrico e ne riconsidera alla base la distribuzione dei saperi e la possibilità di agire. Nello specifico è importante guardare alle trasformazioni catalizzate dal laboratorio come a un tentativo di riconfigurare il "campo fenomenico" degli agenti in un "campo di pratiche". "Fare i santi" in un centro di riabilitazione psichiatrica sembra così aprire possibilità inaspettate per un dispiegamento e un potenziamento della capacità di agire in una complessa interazione tra persone, oggetti e contesti. Sembra, per esempio, offrire ai partecipanti l'opportunità di raccontare e costruire collettivamente esperienze significative, facendo fluttuare immagini ed emozioni, in situazioni in cui sono manipolati oggetti percepiti come carichi di potere. In questo senso, poiché quando si è presi nel flusso delle pratiche si è spinti ad agire in campi differenziati e a riposizionarsi continuamente, la stessa "presenza" individuale può attingere a un ampio spettro di possibilità offerte dagli spostamenti e da una pluralità di "stati di coscienza". Negli spostamenti infatti anche la pluralità degli "stati di coscienza" può essere considerata come una risorsa e non solo come un rischio di "perdersi". Ciò porta a decentrare le definizioni locali della "persona" e ad acquisire una nozione più ricca di *agency* (indissociabile da come le persone si definiscono concretamente nella pratica attraverso relazioni molteplici): considerando, ad esempio, l'apprendimento delle tecniche come una forma di sperimentazione ludica, una combinazione di mimesi e sensualità nell'azione corporea, che porta a cogliere l'innervazione che attraversa ogni atto ripetuto e routinario. Il laboratorio sembra suggerire che percepire gli interdetti e le contraddizioni, in cui si lavora, faccia emergere l'*agency* at-*

traverso la percezione degli ostacoli ad agire e delle forze che puntano a espropriarla. In tal modo sono i punti di resistenza a darci la mutevole configurazione dei rapporti di forza e delle trasformazioni possibili in quella che appare come una insopprimibile irriducibilità delle pratiche.

*In secondo luogo, diviene urgente considerare il ruolo dei rapporti di forza nelle trasformazioni storiche e sociali dei collettivi che tendono a coagularsi attorno a specifiche pratiche. Si tratta di rapporti di forza che sono sia interni sia esterni al campo psichiatrico e che hanno una significativa profondità storica. Come abbiamo visto, nel laboratorio, la pratica ha continuamente innescato situazioni contraddittorie, in cui essere concretamente presi significava dover entrare in una sorta di lotta degli enunciati. Una lotta che presupponeva una "economia della credenza". In realtà, nelle situazioni in cui è percepibile la responsabilità di un'azione e l'incertezza dei suoi possibili esiti, si verificano trasformazioni significative proprio rispetto a quanto viene "scommesso" nell'incontro con una pluralità di saperi "profani". Va chiarito, peraltro, che questa azione dispersa non corrisponde a una "dispersione" del Sé, ma a un suo dispiegamento in diversi ambiti sociali, attraverso gesti concreti. Passare da un campo sociale all'altro, con una flessibilità che consente di non rimanere inchiodati ai "ruoli sociali", per alcuni pazienti può essere estremamente importante nell'allargamento degli spazi di negoziazione quotidiana. Si tratta di una conquista di nuovi rapporti sociali che rende possibile esplorare opportunità di scambio sociale insieme ad altre persone e in altri contesti. Queste caratteristiche, di fatto, portano a ridefinire i confini storici e politici del campo psichiatrico. In questo modo, l'idea di riabilitazione è posta in una situazione contraddittoria, e per questo produttiva, fra un'istanza di controllo delle traiettorie di vita dei pazienti (quasi a voler recuperare la memoria perduta della capacità di agire) e la scoperta di un gesto radicalmente proiettato nel futuro.*

## Note

<sup>(1)</sup> Il lavoro qui presentato è stato sviluppato con la supervisione di Tullio Seppilli nel corso delle attività di ricerca del dottorato in "Metodologie della ricerca etnoantropologica" (XII ciclo, Università degli studi di Siena, Perugia e Cagliari) e portato a termine grazie ad un "assegno di ricerca" nel quadro del progetto "Retoriche della follia e pratiche della guarigione" (responsabile del progetto: Giancarlo Baronti), del Dipartimento Uomo & Territorio, della Università degli studi di Perugia.

In accordo con coloro i quali hanno partecipato alla ricerca, in questo testo userò degli pseudonimi ed eviterò di fornire indicazioni che possano identificare le persone coinvolte. Questo articolo è stato letto e discusso dagli operatori del centro di salute mentale in cui ho svolto la ricerca e da



alcuni partecipanti al laboratorio sulla santità che ringrazio per i commenti e i suggerimenti. Ringrazio inoltre Giovanni Pizza e Tullio Seppilli per le critiche e gli utili consigli su diverse stesure di questo testo.

<sup>(2)</sup> Volontà e immaginazione, sogno e desiderio, come ha scritto Nancy Scheper-Hughes sottolineando l'importanza degli approcci contemporanei ai processi di incorporazione, sono al centro della domanda su cui vertono alcune significative indagini antropologiche: «*Che tipo di società è quella che il corpo desidera, sogna e di cui ha bisogno?*» (SCHEPER HUGHES N. 2000 [1994]: 284). Ritengo che proprio lungo questa direttrice, in Italia, a ormai più di venticinque anni dalla promulgazione della legge di riforma psichiatrica (legge 13 maggio 1978, n. 180) si sia potuto assistere alla formazione di un diffuso patrimonio di conoscenze e di pratiche sperimentali meritevole di un'osservazione attenta e approfondita. Per un'esperienza rilevante nelle azioni di salute mentale comunitaria, con particolare riferimento alle politiche di cittadinanza, rinvio a CARDAMONE G. - ZORZETTO S. 2000.

<sup>(3)</sup> Una coincidenza considerata generalmente indispensabile in quegli approcci alla storia della scienza che cercano di cogliere i mutamenti storici attraverso "eventi decisivi" che risponderrebbero ad "esperimenti cruciali". Sull'antropologia della scienza si può vedere: ELKANA Y. 1989 [1981], LATOUR B. 1991 [1984], 1995 [1991], 1998 [1987], MARTIN E. 1997, FRANKLIN S. 1995, PICKERING A. cur. 2001 [1992]. Sulla ricerca sperimentale in campo biomedico e le sue dinamiche in termini di biopotere vedi: LOCK M. - YOUNG A. - CAMBROSIO A. curf. 2000, BERG M. - MOL A. curf. 1998.

<sup>(4)</sup> Su questi aspetti del laboratorio si possono vedere: KNORR CETINA K. 2001 [1992], LATOUR B. - WOOLGAR S. 1979, LATOUR B. 1998 [1987], HACKING I. 2001 [1992]. Per un esempio storiografico chiarificatore di alcune correlazioni tra oggetti e pratiche nei primi laboratori vedi SHAPIN S. 2003 [1996], in particolare il cap. II. *Come si conosceva*: 61-124.

<sup>(5)</sup> Ian Hacking ha esplorato lo stretto legame tra fare e sapere nei contesti sperimentali, mostrando il carattere sostanzialmente eterogeneo e instabile della scienza (HACKING I. 1987 [1983]). La "scienza normale" tende ad autodefinirsi come un insieme di pratiche, fondate sui risultati delle precedenti esperienze di laboratorio, che si ergerebbero a fondamento della prassi seguente nella comunità scientifica (KUHN T. S. 1978 [1962]: 29 e segg.).

<sup>(6)</sup> Nei termini di Karin Knorr Cetina, lo studio dei laboratori «ha mostrato che gli oggetti scientifici non sono solo "tecnicamente" costruiti in laboratorio, ma anche inestricabilmente costruiti, simbolicamente o politicamente, ad esempio, attraverso tecniche letterarie di persuasione, come quelle che si trovano negli articoli scientifici; attraverso gli stratagemmi politici degli scienziati che formano alleanze e mobilitano risorse, o attraverso le selezioni o i trasferimenti di decisioni che "costituiscono" le scoperte scientifiche dall'interno» (KNORR CETINA 2001 [1992]: 79). La separazione moderna tra i poteri, che dovrebbero altrimenti essere definiti dalle costituzioni politiche, e le conoscenze, cui spetterebbe la definizione della natura delle cose, viene messa in discussione da approcci che si basano su un "principio di irriduzione": un atteggiamento sostanzialmente scettico e diffidente rispetto alle partizioni precostituite di quanto definirebbe le zone reciprocamente invalicabili di scienza e politica. Il rapporto complesso di scienza e politica è stato così affrontato attraverso la ricostruzione di pratiche di laboratorio che, costituendo degli ibridi, dei "quasi-oggetti", tendono far saltare le partizioni disciplinari. Cfr. SHAPIN S. - SCHAFFER S. 1994 [1985], LATOUR B. 1991 [1984], 1995 [1991], STENGERS I. 1993.

<sup>(7)</sup> Di fatto vi è un legame stringente, in particolare nelle "scienze della mente", tra pratiche sperimentali e costruzione dei "soggetti". L'uso della espressione "soggetto sperimentale" si è affermato nel passaggio dai contesti clinici, nei quali la dinamica era definita dalla relazione medico-paziente, alle pratiche di laboratorio, nelle quali la parola "soggetto" è attribuita a intere popolazioni di "soggetti sperimentali" categorizzate in termini di prestazione cognitiva e non in termini sociali (DANZIGER K. 1995 [1990]: 115). Kurt Danziger scrive in proposito che quando i risultati sperimentali sono attribuiti a soggetti che non hanno altra identità diversa da quella di "soggetto sperimentale" ne deriva una separazione evidente tra esperimento e contesti della vita umana, ottenendo così «un isolamento dei prodotti di laboratorio dalla realtà personale e culturale che li ha prodotti». Per questo «sembra che l'esperimento porti direttamente agli universali umani, identificati di frequente con gli universali psicologici» (DANZIGER K. 1995 [1990]: 130).

<sup>(8)</sup> La necessità di pensare alle relazioni nel laboratorio come a un campo fenomenico ha un valore epistemologico e politico. Come ha ricordato Donna Haraway nel suo invito a una conoscenza posizionata che si prenda carico del problema della responsabilità nei processi generativi delle "pratiche di visione", i corpi sono agenti, non risorse, i cui confini si materializzano nella interazione sociale (HARAWAY D. J. 1991 [1988]). La conoscenza è nelle attività, negli strumenti e nelle procedure. Gli oggetti non vanno dunque pensati come "dati", ma come "prodotti" nelle pratiche. In tale prospettiva i corpi sono fonti di conoscenze situate che producono a loro volta corporeità e pertanto essi vanno costantemente ricollocati in processi trasformativi. In questa direzione le differenze tra gli agenti nel laboratorio sono situazionali e non intrinseche e «ciò che i confini contengono, in prospettiva rimane generativo, produttivo di significati e di corpi» (HARAWAY D. J. 1991 [1988]: 201).

<sup>(9)</sup> Il carattere storico, negoziale e processuale della conoscenza rende di solito inaccessibili i processi di costruzione della realtà, almeno sino a quando non sorgono particolari contenziosi, o non si intraprende un'indagine comparativa o storiografica. Al fine di capire le azioni concrete nei laboratori e le procedure di iscrizione (cui le stesse etnografie sulla scienza partecipano), Bruno Latour ha usato il termine "strumento" come un sinonimo di "dispositivo di registrazione", ovvero l'insieme di tracce che guidano il ricercatore dall'articolo scientifico alle sue fonti (LATOUR B. 1998 [1987]: 88-90). A riguardo tuttavia, va rammentato che vi è il rischio – in qualche modo connesso alla scelta di concentrare prevalentemente l'attenzione degli etnologi sulle iscrizioni, cioè sull'interfaccia tra "tecnologia" e "mondo" da parte degli scienziati alle prese con la scrittura di *reports, papers* e articoli scientifici – di far progressivamente "aderire" le strategie testuali alle pratiche di laboratorio.

<sup>(10)</sup> Sul ruolo decisivo del ragionamento retroduttivo e analogico nella spiegazione delle procedure degli psichiatri statunitensi alle prese con la diagnosi di *Post-traumatic stress disorder* (PTSD) vedi YOUNG A. 1995.

<sup>(11)</sup> In questa prospettiva, per noi rilevante, la stabilità dei sistemi di pensiero, che pone dei vincoli estetici e giuridici alla stessa percezione/cognizione, ha il potere di risultare "reale", ma si impone per la sua dinamicità e flessibilità. Essa infatti è il risultato della interazione continua di azioni, oggetti e discorsi situati. «Un pensiero collettivo esiste ogni volta che due o più persone scambiano effettivamente pensieri. Questo tipo di pensiero collettivo è fugace e accidentale, si forma e si dissolve in ogni momento. Ma esso induce un particolare stato d'animo che altrimenti nessuno dei membri sentirebbe e che spesso ricorre ogni volta che tali membri si incontrano di nuovo» (FLECK L. 1979 [1935]: 102-103). L'approccio di Fleck è ancora oggi un punto di riferimento per delineare un'antropologia della conoscenza, piuttosto che un'epistemologia della scienza. In proposito vedi anche DOUGLAS M. 1990 [1986].

<sup>(12)</sup> Sui sistemi di ragionamento connessi alle pratiche cfr. LATOUR B. 1998 [1987], in particolare il capitolo V. *I tribunali della ragione*, pp. 241-288. Nell'attività degli scienziati di laboratorio, analogamente ad altri attori sociali alle prese con tecniche che prevedono competenza e destrezza, bisogna fare riferimento a una *embedded knowledge*, una conoscenza incorporata nelle procedure e imbricata negli schemi non verbali. Va inoltre sottolineato che un attore produce più tipi di conoscenza e non è impegnato solo in iscrizioni (*literary inscription*), ma cerca di definire gli elementi da raccogliere e considerare (*literary collation*) entro specifiche aree d'interesse (YOUNG A. 1981: 381).

<sup>(13)</sup> In particolare, è entrato in polemica con quello che può essere considerato il testo capostipite di quella corrente di studi: *Laboratory life* di Bruno Latour e Steve Woolgar (LATOUR B. - WOOLGAR S. 1979).

<sup>(14)</sup> Nella visione di Pierre Bourdieu il laboratorio è un campo di gioco specifico all'interno del campo pratico e disciplinare della scienza (BOURDIEU P. 2003 [2001]: 51). Il campo scientifico si configura con un doppio carattere, relazionale e strutturale (in polemica con le letture interazioniste e fenomenologiche), come la combinazione di un "campo di forze" e di un "campo di lotte" in cui agenti individuali e collettivi si confrontano, spesso si scontrano (mettendo in gioco diverse forme di capitale sociale, simbolico, scientifico) per volgere a proprio favore le condizioni di accesso alle risorse, alla conoscenza e alle politiche di "riconoscimento".

<sup>(15)</sup> In effetti, osserva Emily Martin, solo di recente le attività dei ricercatori sono state riconsiderate come azioni concertate di gruppi di ricerca impegnati a costruire alleanze all'esterno dei siti spe-

rimentali, cercando cioè di andare oltre l'idea di individuo, sul modello del "businessman" occidentale, impegnato a trovare finanziamenti per la ricerca e a fabbricare iscrizioni e pubblicazioni (MARTIN E. 1997: 135). Le reti di relazioni che dal laboratorio proliferano nel campo scientifico sono molto ramificate e richiedono capacità cooperative e complessi giochi di squadra. Un esempio di etnografia che considera gli attori sociali nel vivo dei loro scontri, a fronte della scelta decisiva se lavorare in centri di ricerca privati o pubblici, nella competizione per la mappatura del genoma, è il testo di Paul Rabinow sull'invenzione della *polymerase chain reaction* (PCR) (RABINOW P. 1999 [1996]).

<sup>(16)</sup> Cfr. SCHMITT J. C. 1984, 1988, CHARUTY G. 1995a, CATEDRA M. 1995.

<sup>(17)</sup> Il saggio di Robert Hertz dedicato al culto di San Besso è un caso emblematico degli approcci precursori. In quello studio, com'è noto, Hertz cercò di interrogare le pratiche devozionali e le rappresentazioni del santo locale in un santuario alpino, collocando il pellegrinaggio entro i conflitti e le negoziazioni fra comunità locali e potere ecclesiastico centrale (HERTZ R. (1994 [1913])). In tal senso, quando Hertz invitava a combinare agiografia, ricostruzione delle contese fra comunità contermini ed egemonia religiosa, munendosi di "piccozza e scarponi" per seguire in prima persona le azioni di un'intera comunità mobilitata in un culto alpestre, contribuiva a chiarire l'importanza delle relazioni fra organizzazione dello spazio e articolazione dei poteri centrali e locali, nell'analisi ravvicinata delle rappresentazioni e delle pratiche della santità.

<sup>(18)</sup> SCHMITT J. C. 1984, 1988, PETRANGELI E. 2003, VAUCHEZ A. 2000 [1999], in particolare cap. III. *Santi mirabili e santi imitabili: le nuove funzioni dell'agiografia negli ultimi secoli del medioevo*, pp. 39-55.

<sup>(19)</sup> Nella proposta di Charuty è fondamentale osservare da un lato il ruolo svolto dal culto del santo patrono e dalle reliquie nel processo rituale, dall'altro le rappresentazioni cristiane della persona, del corpo, dell'anima, nel quadro delle azioni liturgiche e paraliturgiche (CHARUTY G. 1995a, cur. 1995b). Charuty inizia dal rituale al fine di interrogare le pratiche sociali e torna ad esso dopo un complesso itinerario di ricostruzione delle tecniche e dei gesti nei mestieri e nelle pratiche quotidiane. Il metodo adottato per cogliere la valenza simbolica degli atti e delle parole consisterebbe nell'operare un distacco dalle interpretazioni diffuse nel corpo sociale e nel «ritornare alla descrizione del "macchinario" dei riti, cioè alle operazioni eseguite e ai gesti effettuati, alle parole pronunciate, per leggervi come viene messo in atto un pensiero» (CHARUTY G. cur. 1995b: 5). Su questo approccio, che cerca nelle pratiche gli elementi generativi del simbolismo e gli elementi minimi dell'efficacia simbolica, vedi soprattutto il testo di Yvonne Verdier sulla produzione sociale della femminilità in una società contadina (VERDIER Y. 1979). Cfr. anche FABRE - VASSAS C. - FABRE D. 1995 [1987].

<sup>(20)</sup> Considerare la santità come un importante terreno di ricerca storica sul corpo, ad esempio, ha permesso di aprire una via di accesso allo studio dei processi di incorporazione, mettendo in luce una possibile strategia per "denaturalizzare" i fatti sociali. A questo proposito Carolyn W. Bynum ha mostrato come il misticismo femminile medievale sia stato storicamente un campo di pratiche e un'area di confine cruciale negli scontri per l'egemonia sul corpo femminile (BYNUM C. W. 1987, 1989). Sul ruolo del misticismo, del culto dei santi e delle confraternite nella ridefinizione delle forme storiche d'incorporazione in Europa, in una tensione tra "volatilità dei corpi" e legami degli individui nelle comunità consacrate, vedi anche MELLOR P. A. - SHILLING C. 1997: 64-97.

<sup>(21)</sup> "Località" intesa, nei termini di Arjun Appadurai, come «una struttura di sentimento prodotta da particolari forme di attività intenzionale e che produce tipi particolari di effetti materiali» (APPADURAI A. 2001 [1996]: 237). Struttura di sentimento che penetra nell'intimità dei soggetti coinvolti, incide sulle loro stesse trasformazioni corporee e si distribuisce capillarmente nei "contesti effettivi" dove si produce e riproduce la vita sociale. Nello specifico caso della santità nell'occidente cristiano, ad esempio, la tomba del santo trasforma orizzontalmente il rapporto tra città dei vivi e città dei morti e verticalmente gli scambi tra mondo visibile e mondo invisibile (BROWN P. 1983 [1981]).

<sup>(22)</sup> Nei protocolli del servizio psichiatrico, l'approccio complesso alla psicosi prevede - dopo la ricostruzione della storia personale e un primo sostegno alla famiglia - un piano di azione integrato che coinvolge diverse competenze professionali in progetti terapeutico-riabilitativi complessi.

si. Progetti complessi che richiedono azioni in vari campi e collaborazioni con altre istituzioni, mettendo in primo piano le contraddizioni e i problemi di cui la comunità deve discutere: abitare, lavorare, avere relazioni sociali ricche e significative, esprimere in modo pieno affettività e creatività personale. In situazioni come queste, la psichiatria può avere ancora un significativo ruolo di cambiamento nella stessa pratica della medicina generale (MINELLI M. 2001: 361).

<sup>(23)</sup> Mi sembra che il modo più adeguato per osservare queste dinamiche sia rappresentato dal carattere disperso e capillarmente distribuito delle azioni che consentono il funzionamento dei dispositivi. I dispositivi psichiatrici, basati essenzialmente su atti ripetuti che seguono il corso di vita del paziente, agiscono direttamente sulla memoria individuale e collettiva, consentendo di innescare trasformazioni in chi li attraversa. Nel nostro caso, con “dispositivi di iscrizione” intendiamo riferirci, in senso ampio, a tutte quelle tecnologie di descrizione grafica che consentono di registrare le tracce delle pratiche di laboratorio, i loro sviluppi, i loro esiti.

<sup>(24)</sup> Il riferimento alla nozione di campo è cruciale allo scopo di mettere in luce il ruolo delle politiche della ricerca e delle logiche attive in un determinato contesto. Vorrei precisare tuttavia che possibili sviluppi in questa direzione possono consistere nella ricerca etnografica che si concentri sui limiti del “campo scientifico”, nello specifico del “campo psichiatrico”, soggetti a continua ridefinizione dalle pratiche considerate come esterne, ibride ed eterogenee. Se la psichiatria antistituzionale è considerata come periferica rispetto a un certo modello egemone della psichiatria (classificatoria, descrittiva e di impronta bio-molecolare), ciò è forse accaduto a causa del suo inevitabile carattere complesso. Le logiche *altre* di riconoscimento e la produzione di oggetti ibridi che tendono a sottrarsi alle forme rigide di definizione “rischiano” infatti di portare il sociale nel dispositivo clinico e di rendere pubblico e politico quanto, in una prospettiva medicalizzante, “dovrebbe” rimanere privato e individuale.

<sup>(25)</sup> Il Centro di salute mentale di Gubbio – che è parte del Dipartimento di salute mentale della USL 1 della Regione dell’Umbria (Città di Castello, provincia di Perugia) – programma e coordina il funzionamento della rete di strutture psichiatriche intermedie nel territorio. Nell’epoca della mia ricerca sul campo, la rete delle strutture di salute mentale prevedeva: due gruppi appartamento maschili, uno ad alta protezione (espressione che sta ad indicare la presenza continua durante le 24 ore, di un operatore sociale) con tre utenti, e uno a bassa protezione (in cui la presenza di operatori psichiatrici e sociali è limitata ad alcune ore della giornata) con quattro ospiti; e un Centro accoglienza diurno – struttura intermedia riabilitativa, aperta alcune ore della giornata, finalizzata all’attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi – frequentato da circa 60 utenti. Nell’estate dell’anno 2000 è stato inoltre aperto un nuovo gruppo appartamento femminile, con quattro ospiti. Era infine in fase di completamento una struttura per ospitare una comunità terapeutico-riabilitativa, per circa 20 pazienti, in un’area collinare (voc. Fornacette) in prossimità della città di Gubbio.

Lo staff sanitario del Centro di salute mentale ha avuto alcune variazioni durante il periodo della mia ricerca, pur mantenendosi grosso modo nelle proporzioni seguenti: 5 medici psichiatri, 3 psicologi, 9 infermieri di ruolo. Le attività delle strutture intermedie coinvolgevano anche 18 operatori sociali che lavoravano nei vari punti della rete psichiatrica: attività del CAD, gestione dei gruppi appartamento, e un certo numero di assistenze domiciliari (mediamente circa 20 utenti).

<sup>(26)</sup> Nei fatti, la ripartizione delle diverse attività del CAD sembra collocare in diversi livelli gerarchici la partecipazione corporea alle pratiche sociali. Se lo sport è il regno del corpo in movimento, il bricolage del gesto e del lavoro costruttivo, la cucina della gestione delle abilità domestiche, la scrittura di un libro potrebbe apparire come dedicata allo sviluppo del pensiero, dunque rispetto alle altre la più distante dal corpo.

<sup>(27)</sup> I pazienti che frequentano il CAD sono in maggioranza di sesso maschile, di età tra i trenta e i quaranta anni. La prevalenza maschile, nella composizione dei gruppi di lavoro del CAD, è stato notato da alcuni pazienti e operatori, sembra essere complementare e simmetrica rispetto alla composizione prevalentemente femminile che caratterizza invece il “personale psichiatrico” (gruppo identificato attraverso l’espressione “il servizio” con il luogo in cui sono collocati gli ambulatori e le azioni esplicitamente finalizzate alla “terapia”). La presenza maschile e femminile sembra essere più equamente distribuita tra gli operatori sociali che agiscono nei progetti di riabilitazione.

<sup>(28)</sup> La «comunità di pratiche è un insieme di relazioni tra persone, attività e mondo, nel corso del tempo e in relazione ad altre comunità di pratiche tangenti o in sovrapposizione» (LAVE J. - WENGER E. 1991: 98) che viene a costituirsi in situazioni di apprendimento e sviluppo di specifiche attività. Jean LAVE ed Etienne WENGER sostengono che in questi contesti è fondamentale distinguere tra *teaching curriculum* e *learning curriculum*. Il *teaching curriculum* indica le istruzioni date ai nuovi arrivati. Con *learning curriculum*, si intende invece «un campo di risorse di apprendimento nella pratica quotidiana dalla prospettiva degli apprendisti» (LAVE J. - WENGER E. 1991: 97). Il *learning curriculum* è essenzialmente e costitutivamente situato e prevede una serie successiva di spostamenti in un campo di pratiche.

<sup>(29)</sup> Le diagnosi relative ai partecipanti al laboratorio non sono centrali in questa ricostruzione etnografica che cerca d'explorare i modi in cui le narrazioni biografiche costruiscono trame collettive, ai margini della definizione di biografie modellate sullo "studio di caso" clinico. In tal senso, questo testo cerca di sperimentare anche una forma di scrittura che possa trovare "vie di fuga", che elabori cioè iscrizioni dell'azione sociale (attingendo anche a forme narrative localmente elaborate) senza proporre "storie di vita". In senso proprio, si tratta di ricostruire i complessi processi collettivi che portano a delineare specifiche costruzioni soggettive e peculiari traiettorie biografiche in quadri clinici problematici che possono essere fatti rientrare nell'area ampia delle "psicosi". Impiego il termine "psicosi" in modo analogo a quanto fanno gli attori sociali che hanno partecipato alla ricerca. Si tratta di usi locali di una terminologia psichiatrica rivolta anche a "non iniziati", che gli operatori adottano per fare ordine nell'andamento complessivo dell'attività del Centro, riservando una certa attenzione a tenere lontano questo ordine del discorso dai dialoghi che affrontano direttamente le situazioni di sofferenza di singoli pazienti. Qui gli usi del termine "psicosi" variano al variare dei contesti. In alcuni casi, "psicosi" sta ad indicare situazioni complesse che richiedono un lavoro diversificato e attento a vari aspetti della realtà sociale; in altri, un'area della "malattia mentale" grave, "dura", che porta generalmente a forme di cronicità. Per quel che concerne la sintomatologia, il riferimento alla psicosi porta spesso a parlare di "esperienze straordinarie", vissute dai pazienti, come il delirio o l'allucinazione. Nei contesti terapeutici, la "psicosi" si accompagna a un impiego significativo dei farmaci per abbattere alcuni sintomi; essa è spesso associata a quelle difficoltà di "accesso" a forme di espressione verbale che possono rendere difficile o sconsigliabile, per il paziente, un protocollo di vera e propria psicoterapia. Al di fuori del campo semantico della "psicosi" ritroviamo situazioni più specifiche e quadri clinici più precisi e articolati. In questo caso si farà preferibilmente riferimento a diagnosi definite (per esempio: disturbo di attacco di panico, depressione reattiva, ecc.) e a forme di relazione localizzate nell'ambulatorio, con trattamenti farmacologici di sostegno alla psicoterapia, che non prevedono necessariamente l'interazione con l'intero gruppo familiare del paziente. Alcuni pazienti, che attraversano giornalmente i luoghi della rete psichiatrica territoriale e che agiscono nel Centro accoglienza diurno, possono avere alcune delle precedenti caratteristiche.

<sup>(30)</sup> La responsabile dell'attività riabilitativa del CAD, che generalmente è una psicologa, o comunque un terapeuta, se nelle discussioni collettive emerge la questione personale del rapporto salute/malattia, di solito restituisce la domanda del paziente allo spazio dell'ambulatorio e al medico di riferimento. I casi in cui la questione della sintomatologia è posta esplicitamente assumono quindi una particolare importanza, in una struttura come il CAD, dove le attività sono collettive e soprattutto dove la relazione diadica medico-paziente non viene considerata come prioritaria.

<sup>(31)</sup> Nei primi anni '90 si tengono tre Conferenze permanenti sulla salute mentale (1990, 1991, 1992), con una larga partecipazione delle famiglie dei pazienti, di cittadini e associazioni della città. La ripresa del confronto sociale sui temi della psichiatria può essere fatto corrispondere alla nascita dell'*Associazione per l'attuazione della riforma psichiatrica* (Ass. A.R.P.). L'Ass. A.R.P. - una presenza importante in Umbria - si presenta come un gruppo di cittadini che lotta per l'attuazione della riforma psichiatrica. Negli incontri pubblici si ripropone spesso una parziale sovrapposizione di differenti strategie d'azione che tendono in alcune circostanze a far aderire l'identità dell'associazione con quella dei familiari degli utenti, in altre ad allargare la sua funzione di rappresentanza a tutti i cittadini interessati ai temi della salute mentale.

<sup>(32)</sup> L'iniziativa ha coinvolto complessivamente diciotto utenti, tre operatori sociali, una psicologa, una psichiatra. Si è inoltre cercato di aprire un dialogo significativo con diverse agenzie e istituzioni presenti nella città: la Diocesi di Gubbio, consulenti nelle parrocchie circostanti, l'emittente radiotelevisiva locale, la Biblioteca e altre strutture comunali, la Regione dell'Umbria.

<sup>(33)</sup> La riabilitazione psichiatrica, pur nella sua contraddittorietà, appare come un terreno sociale di negoziazioni, di conflitti e di iniziative che investono differenti campi del sapere e della pratica medica. Mentre generalmente si cerca di formalizzare le procedure e si danno indicazioni sulla separazione dei gruppi, sulle diagnosi e sulle terapie, nella pratica riabilitativa sperimentale talvolta ciò non può essere fatto.

<sup>(34)</sup> Nel modello di riabilitazione elaborato dalla équipe del servizio psichiatrico, il CAD rappresenta soprattutto la cornice di iniziative socio-culturali parallele agli itinerari terapeutici. Gli psichiatri e gli psicologi dovrebbero limitarsi a essere "committenti", "facilitatori" delle iniziative, fornitori di mezzi e opportunità di lavoro, lasciando largo spazio ad azioni "profane" e mantenendosi a una certa distanza. In questi casi tuttavia emerge spesso il problema di come valutare le attività svolte nei laboratori, operazione particolarmente complessa, se ci si tiene distanti dal pensare i contenuti e le procedure specificamente messe in atto nel flusso delle pratiche collettive. La "metariflessione" sui processi, da parte di terapeuta e paziente, che per gli operatori è un tratto peculiare della psicoterapia sembra così essere piuttosto difficoltosa nel caso della riabilitazione.

<sup>(35)</sup> Il termine *soggettivazione* è riferibile a quei processi sociali, definiti e studiati da Michel Foucault, in cui un individuo viene trasformato in soggetto attraverso un modo di assoggettamento alle regole e un lavoro etico per «trasformare se stessi in soggetto morale della propria condotta» (FOUCAULT M. 1991 [1984]: 32). È importante chiarire che tali processi non sono esclusivamente riconducibili ad azioni disciplinari e restrittive, ma appartengono a quelle pratiche di conoscenza di sé che consentono l'introspezione e la narrazione, la costruzione delle proprie azioni da parte del "cittadino consapevole" e della "persona responsabile". In tal modo le istanze sociali e storiche di controllo del comportamento e i processi di costruzione dei soggetti attraverso la "pratica di sé" non sono dissociabili (FOUCAULT M. 1991 [1984], 1992 [1988]). Le costruzioni situate della "soggettività" dei pazienti vanno inquadrare in tutta la loro problematicità quando si agisce in contesti psichiatrici. Alcuni aspetti delle forme di soggettivazione nel campo psichiatrico possono essere individuati nei contesti esplicitamente rivolti alla terapia (in ambulatorio); altri appaiono invece con più evidenza nei modi di costruzione identitaria che prevedono affiliazioni ai gruppi di lavoro nella riabilitazione e nelle più ampie iniziative sociali in città. Si può infatti porre la questione della soggettività del paziente favorendo un progetto in cui a prevalere è l'individuo isolato, portatore di un'intenzionalità profonda che dovrebbe trovare un'adeguata modalità di espressione, oppure facendo riferimento, a forme di intenzionalità distribuita in una serie di oggetti-indici prodotti collettivamente, proiettando le trasformazioni su processi sociali allargati. Per quel che concerne la costruzione di oggetti come *agency* progressivamente disseminata nei contesti umani cfr. GELL A. 1995.

<sup>(36)</sup> Sulla Corsa dei Ceri vedi almeno: BOWER H. 1897, DEL NINNO M. 1976, 1983, SEPPILLI A. 1972. La configurazione locale di pratiche e "credenze" da mostrare a un "estraneo" ha favorito il proliferare di discorsi sulle appartenenze e sulle pratiche rituali.

<sup>(37)</sup> In questo articolo vengono riportati in corpo minore, oltre alle citazioni da altri testi, i brani estratti dal diario di campo (giustezza normale) e gli stralci dalle interviste (margini rientrati).

<sup>(38)</sup> Il carattere di molte azioni riabilitative rientrerebbe nella sfera *liminoide* (TURNER V. W. 1986 [1982]), si tratta però di capire in quali modi specifici venga costituito attivamente il flusso emotivo e volzionale che contraddistingue la sperimentazione attraverso gli atti corporei.

<sup>(39)</sup> L'importanza della tecnica e della politica della presenza verso se stessa, una tecnica che va intesa come lotta contro il naturalizzarsi della presenza, è stata suggerita da Ernesto de Martino, ad esempio, in *Fenomenologia religiosa e storicismo assoluto*: «Questa tecnica (o, se si vuole, questa "politica") della presenza verso se stessa, questo dramma vitale-esistenziale, non va inteso affatto come vicenda *precategoriale*, dalla quale le distinte potenze del fare avrebbero nascento: al contrario tutte le categorie della vita spirituale, la totalità dei valori o delle forme della cultura, condizionano questa vicenda e la rendono possibile e pensabile come dramma umano [...] La presen-

za pertanto è spinta a cercare la forza che la minaccia, a isolarla e a formarla nella figura, e quindi a recuperarla, a reinserirla mediatamente nel piano della storia umana, ad assumersi coraggiosamente il rischio e a riplasmarlo nei modi del riscatto mitico e rituale, ridischiudendo così alle potenze del fare la possibilità di dispiegarsi per entro questa accorta “politica” o “diplomazia” vitale» (DE MARTINO 1995 [1953- 1954]: 60-61).

<sup>(40)</sup> In questo mio tentativo di scrittura allora il problema della presenza e della coevità (FABIAN J. 2000 [1983]) dei partecipanti diviene una questione cruciale per proporre un’etnografia dei processi di incorporazione negli spazi intersoggettivi: si tratta di entrare nelle reti, saggiare i rapporti di forza, cogliere le “volontà collettive” in formazione.

<sup>(41)</sup> Sembra che nel laboratorio creativo qui in esame siano stati utilizzati strumenti tendenzialmente non performativi e quindi apparentemente separati dalla azione corporea. In realtà le tecniche del corpo hanno avuto un ruolo importante al fine di cogliere gesti che risultano in genere invisibili. La pratica porta ad acquisire abilità motorie e percettive (*skill*) che poi divengono inconsapevoli. Il fatto che siano agite inconsapevolmente ha un correlato corporeo nel potenziamento e nello sviluppo di alcune tecniche, posizioni e azioni corporee. L’insieme delle tecniche diviene quello che Hubert L. Dreyfus considera l’equivalente di una “*gestalt* muscolare” «che conferisce una nuova flessibilità e fluidità ai nostri comportamenti. [...] per imparare a sentire la seta dobbiamo imparare a muovere la mano – o essere pronti a muovere la mano – in un certo modo e con certe attese. Prima di acquisire questa *skill* le uniche sensazioni che percepiamo sono confuse» (DREYFUS H. L. 1988 [1972, 1979]: 341). Nella pratica quotidiana che si ripete in situazioni differenti tendiamo a ridurre il senso di disequilibrio tra *gestalt* corporee e *skills* acquisiti nel flusso delle azioni. In tal senso, un gesto compiuto con abilità, che riduce la dissonanza tra *gestalt* e *skill* tende ad avere massima presa (“*grip*”) sul mondo (DREYFUS H. L. - DREYFUS S. E. 1999: 110-113).

<sup>(42)</sup> Le azioni cooperative di iscrizione compiute nel laboratorio vanno a costituire quelli che appaiono come complessi prodotti sociali. Sulle strategie cooperative tra autore e lettore, sulla fenomenologia della ricezione e sulla lettura come tattica di appropriazione del testo vedi almeno BROOKS P. 1995 [1984], de CERTEAU M. 2001 [1990], ECO U. 1979, FISH S. 1987 [1980], HOLUB R. C. cur. 1989, ISER W. 1987 [1976]. Sulle pratiche della scrittura come forma diffusa e soggetta alle trasformazioni individuali cfr. FABRE D. cur. 1998 [1997].

<sup>(43)</sup> Il legame organico fra tecniche di controllo del sé e politiche della carne nella confessione cattolica, per Michel Foucault, è un nodo nevralgico dei “centri locali” di potere-sapere: «i rapporti che si stabiliscono fra penitente e confessore, o fedele e direttore di coscienza: dove sotto il segno della “carne” da dominare, diverse forme di discorso – esame di se stesso, interrogatori, confessioni, interpretazioni, colloqui – trasmettono, in una serie di va e vieni incessante, forme d’assoggettamento e schemi di conoscenza» (FOUCAULT M. 1978 [1976]: 87-88).

<sup>(44)</sup> Si tratta di tecniche che combinano un controllo del corpo, un regime di visibilità e un uso parsimonioso dei tempi. Sul rapporto tra tecniche di addestramento, regimi disciplinari e gestione del tempo cfr. FOUCAULT M. 1976 [1975]. In particolare la *Parte terza. Disciplina*, pp.147-247 [*I. I corpi docili; II. i mezzi del buon addestramento; III. Il panoptismo*].

<sup>(45)</sup> Questo ritorno sul flusso della scrittura ha avuto un impatto significativo sulla pratica etnografica quotidiana. Sono stato uno dei pochi a dedicare tempo alla scrittura durante il laboratorio, ma nel corso delle riunioni, le mie note erano interamente dedicate alla santità, alle dispute teologiche, alla organizzazione dei sopralluoghi. Solo la sera, a casa avrei steso il diario etnografico centrato anche sulle interazioni. Con un effetto ironico imprevisto, mi sono trovato ad annotare considerazioni sugli avvenimenti del laboratorio solo come contrappunti alle esegesi, tentate in gruppo, dei miracoli delle sante. Così alla fine le azioni, le procedure, le tecniche erano la “parte concava” messa in luce dalle trascrizioni delle estasi religiose di Beata Colomba da Rieti, delle azioni pie di Santa Sperandia da Gubbio, o delle tristi vicende della bambina cieca e deforme dalla nascita che diverrà Beata Margherita della Metola (Città di Castello).

<sup>(46)</sup> Gli attraversamenti di spazi interni e gli itinerari che accedono a luoghi collocati l’uno all’interno dell’altro costruiscono progressivamente forme-di-vita in cui gli oggetti complessi e articolati sembrano condividere con le persone una capacità di agire e di orientare l’azione (*agency*) (GELL A. 1995: 126-154).

<sup>(47)</sup> Nei processi che riguardano la malattia e la cura, è opportuno considerare il corpo, i suoi confini e le dinamiche di incorporazione-apprensione del mondo (*embodiment*) come costruzioni intersoggettive nella prassi sociale, in processi egemonici che combinano «una forza in apparenza meramente strumentale con idee in apparenza meramente espressive» (FRANKENBERG R. 1988: 328).

<sup>(48)</sup> Rendersi vulnerabile è una strategia per accedere ad alcune pratiche sociali. Ciò porta a fare i conti direttamente con i processi di iscrizione, inseriti in quelli che Pierre Bourdieu chiama istituzioni di totalizzazione e unificazione dell'io, che esprimono la complicità tra campi di pratiche e la "illusione biografica" nella *storia di vita* (BOURDIEU P. 1995 [1994]). Nella direzione che qui cerco di mettere alla prova, la vulnerabilità e la fluidità della *presenza* dell'etnografo che agisce sul terreno non può essere separata da un gioco riflessivo, eminentemente ironico, che torni criticamente sulla dispersione e irreversibilità delle azioni compiute.

<sup>(49)</sup> Scopo della etnografia è allora inscrivere l' "oggettivazione del sacro" (cfr. CSORDAS T. 1990) nei processi sociali, storicamente situati, di produzione del significato. Sulla oggettivazione come espressione - proiezione e esternalizzazione - di emozioni private in un linguaggio pubblico, in riferimento alle dinamiche dei culti estatici e della possessione nello Sri Lanka, cfr. OBEYESEKERE G. 1981: 77-78.

<sup>(50)</sup> Sul pellegrinaggio cristiano come viaggio vita-morte in cui sono continuamente articolati e ridefiniti i codici simbolici e le componenti della "persona cristiana" si può vedere CHARUTY G. 1997. Nel caso qui esaminato è bene ricordare che il rapporto tra religione e malattia non è meccanico, né diretto, ma va di volta in volta attivamente costruito dai pazienti e dagli operatori. Per questo motivo, si tratta allora di cogliere i processi di trasformazione che vedono nel pellegrinaggio un dramma sociale nel quale è direttamente preso il corpo e le sue contraddittorie trasformazioni (TURNER V. W. - TURNER E. 1997 [1978], FRANKENBERG R. 1986).

<sup>(51)</sup> La continua interazione tra racconti, immagini e pratiche di devozione evidenzia come la produzione agiografica sia una forma di prassi corporea. Le narrazioni agiografiche infatti attivano continuamente rapporti di reciprocità fra "luoghi sacri" e "presenza incarnata" dei pellegrini che li attraversano. In questa prospettiva può essere considerato con rinnovato interesse da un lato l'intreccio di trame narrative e pratiche di costruzione d'oggetti, secondo le intuizioni di Benjamin sul rapporto tra narrazione e lavoro artigianale (BENJAMIN W. 1962 [1936, 1955]: 256), dall'altro i "gesti di lavoro" incastonati in micronarrazioni come i proverbi, che sono modi attraverso i quali il linguaggio cerca di catturare l'irreversibilità del flusso temporale nella pratica (de CERTEAU M. 2001 [1990]). In entrambi i casi si tratta di far emergere modalità locali e specifiche di articolare i tratti sfuggenti della *agency* individuale e collettiva.

<sup>(52)</sup> Sulle forme storiche d'incorporazione in Europa cfr. MELLOR P. A. - SHILLING C. 1997, PIZZA G. cur. 1998. Nel caso specifico, si tratta di evidenziare nella produzione discorsiva attivata dal laboratorio, ove possibile, i richiami iconici tra luoghi e agenti sociali e di capire quali attributi indicamente siano trasferiti dagli uni agli altri. Il modello interpretativo che richiama il trasferimento di tipo indicale tra energie e oggetti (TAMBIAH S. J. 1985, 1993 [1990]), nella produzione simbolica alimentata dalla presenza di un *attante* non visibile (postulata dai partecipanti a un'interazione), mi sembra particolarmente adatto a raccogliere gli spunti emersi nelle attività del laboratorio.

<sup>(53)</sup> Paradossalmente è la presenza passiva del corpo, davanti allo schermo, ad intensificare i sensi. L'attivazione sensoriale è il risultato della interruzione dei legami tra percezione e innervazione muscolare. Walter Benjamin ha esplorato per primo questa specificità dell'immagine in movimento e la possibilità di penetrazione del cinema, attraverso la tecnica dell'inquadratura, dell'ingrandimento e del montaggio. La macchina da presa penetra chirurgicamente nel materiale-microscopico esplorando quello che egli chiama "inconscio ottico": «Se di solito ci si rende conto, sia pure approssimativamente, dell'andatura della gente, certamente non si sa nulla del suo comportamento nel frammento di secondo in cui affretta il passo. Se siamo più o meno abituati al gesto di afferrare l'accendisigari o il cucchiaino, non sappiamo pressoché nulla di ciò che effettivamente avviene tra la mano e il metallo, per non dire poi del modo in cui ciò varia in relazione agli stati d'animo in cui noi ci troviamo. Qui interviene la cinepresa coi suoi mezzi ausiliari, col suo scendere e salire, col suo interrompere e isolare, col suo ingrandire e ridurre. Dell'inconscio ottico sappiamo qualche cosa



soltanto grazie ad essa, come dell'inconscio istintivo grazie alla psicanalisi» (BENJAMIN Walter 1966 [1936]: 41-42). Sulla materialità della costruzione cinematografica e la penetrazione delle immagini nella sensibilità quotidiana e profana vedi BUCK-MORSS S. 1994, TAUSSIG M. 1993. cfr. anche JAMESON F. 2003 [1992]. Per una lettura che faccia del montaggio una strategia di avvicinamento etnografico ad alcuni processi della contemporaneità vedi MÜLDER-BACH I. 1997.

<sup>(54)</sup> Ciò permette di seguire gli usi personali di simboli collettivi attivati all'interno dei dispositivi e di cogliere in azione il "lavoro della cultura" (OBEYESEKERE G. 1990) di fronte all'esperienza della sofferenza e alla richiesta di guarigione. Il problema, più specificamente, come proponeva Ernesto de Martino, è esplorare i modi in cui i soggetti agiscono costantemente per farsi sani. Tali modi possono essere colti nel costante lavoro, fatto di gesti quotidiani e di elementi transitivi nell'azione concreta, "prodotti" e "coperti" nel momento stesso della loro produzione (DE MARTINO E. 2002 [1977]).

<sup>(55)</sup> L'espressione "trasformazione molecolare" ricorre più volte negli scritti della prigionia di Antonio Gramsci (GRAMSCI A. 1975). Vedi GERRATANA V. 1987. Sull'importanza dei processi di "trasformazione molecolare", e in senso ampio sulla necessità di una lettura ravvicinata delle opere di Antonio Gramsci, per affrontare questioni centrali dell'antropologia medica, quali l'*agency*, i processi di egemonia e di azione politica, vedi PIZZA G. 2003. In particolare ove egli suggerisce di far emergere i luoghi in cui Gramsci usa l'espressione "molecolare" per riferirsi «all'unità minima dell'esperienza vitale, al particolare immediato, attinto dalla vita quotidiana» (PIZZA G. 2003: 39), allo scopo di esplorare le trasformazioni della società e della persona. L'etnografia del laboratorio di cui ci occupiamo mostra come sia possibile descrivere un processo di trasformazione collettiva che pone i presupposti per un disvelamento di alcuni rapporti di potere che regolano campo psichiatrico e campo religioso. Mettere in gioco queste forme di disvelamento rende ogni processo di trasformazione (che nello specifico investe direttamente le relazioni e le pratiche della cura) un atto politico rischioso e dagli esiti incerti. Nel campo psichiatrico, le trasformazioni molecolari portano a considerare come inscindibili il cambiamento e le costituzioni della soggettività, in situazioni collettive. Per questo, riguardo ai processi politici costituenti, andrebbe colta l'occasione di congiungere le differenti visioni situate con le molteplici possibilità di partecipazione corporea, che sono a loro volta molecolari, locali e disperse. Su questa linea considero il molecolare come una declinazione specifica della pluralità e della dispersione dei gesti e delle azioni corporee e non come un attributo della "persona" (DELEUZE G. - GUATTARI F. 2003 [1980]).

<sup>(56)</sup> Un modo di interrogare il potere è rappresentato dalla ricostruzione dei rapporti di forza immanenti a un dato campo di pratiche sociali. A fini analitici è importante ricordare quanto Antonio Gramsci ha proposto di evidenziare come "momenti" o "gradi" di specifici rapporti di forza: 1) i rapporti che tendono a imporsi alla volontà degli agenti perché dati da dinamiche strutturali; 2) i rapporti che si delineano nella valutazione del grado di organicità e omogeneità delle componenti sociali in un'azione politica (in questo senso l'unificazione di forze disperse è un esito finale di azioni di organizzazione); 3) i rapporti determinanti per un'azione diretta di cambiamento (quello che Gramsci chiama rapporto politico-militare). La distinzione di Gramsci è importante per comprendere come le analisi dei rapporti di forza in un dato momento storico-sociale richiedano una prospettiva costituente su di un determinato campo sociale e non possano essere considerate fine a se stesse. Esse «acquistano un significato solo se servono a giustificare una attività pratica, una iniziativa di volontà» (GRAMSCI A. 1975: 1588). Per quel che concerne il potere nel campo psichiatrico ho provato a riflettere su questo punto in MINELLI M. 2003.

<sup>(57)</sup> Considero importante quanto Paul Willis ha efficacemente chiamato "politica del fieldwork": lo "scontro" con una molteplicità di fonti e di voci; la possibilità di venire sorpresi dalle interpretazioni proposte dagli interlocutori; la consapevolezza che è ciò che non viene "condiviso" a creare il problema. Ha scritto a riguardo Willis: «Nei termini della generazione di "nuova" conoscenza, veniamo a sapere precisamente che cosa essa sia non perché l'abbiamo condivisa – la nozione usuale di empatia – ma perché non abbiamo una tale condivisione. [...] Sostengo che, nel contesto delle metodologie 'qualitative', i dati significativi sono messi in relazione reciproca non attraverso la purezza o la scientificità del metodo, ma attraverso lo status del metodo in quanto relazione sociale, e specificamente attraverso i momenti di crisi in tale relazione e nel modello – che rimane da scoprire – di ciò che è/non è condiviso: la contraddizione entro e tra queste cose» (WILLIS P. 1977: 92, 93-94).

<sup>(58)</sup> Nel Medioevo l'*exemplum* «non più imperniato sull'imitazione di una persona (Cristo era l'*exemplum* per eccellenza), consiste piuttosto in un racconto, in una *storia* da cogliere *nel suo insieme* come un *oggetto*, uno *strumento di insegnamento e/o di edificazione*» (LE GOFF J. 1988 [1985]: 117). Jacques Le Goff fa riferimento alla dialettica che si instaura fra tempo storico e tempo escatologico: «Il tempo storico dell'*exemplum* tende verso un presente di conversione che deve innescare il futuro accesso alla felicità eterna. L'*exemplum* ha perciò la funzione di stabilire un collegamento fra la realtà storica e l'avventura escatologica». (LE GOFF J. 1988 [1985]: 121).

<sup>(59)</sup> In de Martino l'*historiola* si delinea come una breve narrazione in cui il mito è direttamente agito con il gesto. Se gli scongiuri contro la fascinazione si configurano come monadi narrative, ove il gesto e la parola ripetono un modello metastorico di azione sul negativo, accade che talvolta tali monadi si dispieghino in «esplicita *historiola* che attraverso la parola e il gesto rituali riassorbe nel suo *exemplum* il negativo attuale del sentirsi affascinato» (DE MARTINO E. 1989 [1959]: 20).

<sup>(60)</sup> Sulla scelta di osservare i processi corporei e la fluidità degli scambi tra il corpo e il mondo come una pluralità di pratiche in situazioni di conflitto e trasformazione storica vedi COMAROFF J. L. - COMAROFF J. 1992, in particolare: *Bodily reform as historical practice*, pp. 69-91.

<sup>(61)</sup> Sull'importanza delle cerimonie di commemorazione vedi CONNERTON P. 1999 [1989].

<sup>(62)</sup> Sulle gesta di Santa Rita e le interpretazioni del "volo magico" cfr. SCARAFFIA L. 1990, GIACALONE F. 1996.

<sup>(63)</sup> Il culto di Montelovesco ha interessanti risvolti terapeutici descritti già da Zeno Zanetti alla fine del sec. XIX (ZANETTI Z. 1978 [1982]). Cfr. ALIMENTI A. 1992.

<sup>(64)</sup> Il periodo della occupazione tedesca, in cui la città è stata investita dalla morte e dalla minaccia della completa distruzione è narrato da alcuni ripensando il ruolo del clero locale, del vescovo e del santo patrono. Nei due giorni che precedettero la strage, il vescovo assunse il ruolo di mediatore per riscattare la vita delle persone in ostaggio. Durante l'occupazione tedesca alcuni eugubini rimasero vicini al corpo del santo, temporaneamente collocato per precauzione nel muro della basilica (SPAZIANI C. 1994 [1947]).

<sup>(65)</sup> Per un quadro storico delle relazioni tra questi eventi (il movimento degli spirituali e il Grande Scisma) e l'agiografia umbra cfr. SENSI M. 1991.

<sup>(66)</sup> I Ceri mezzani sono ceri di medie dimensioni portati dai giovani della città, la domenica seguente la festa del santo patrono. Si tratta di una corsa che ha le stesse caratteristiche distintive di quella ufficiale, con un valore particolare per l'apprendistato dei "ceraioli".

<sup>(67)</sup> Nel nostro caso, possiamo vedere concretamente come una logica sociale specifica permetta di cambiare il livello della contraddizione attraverso un collaudato dispositivo, pubblico e sociale, rappresentato dal rito. Il rito mostra, dà a vedere l'azione sociale, ponendo paradossi che non producono mai doppi vincoli (HOUSEMAN M. - SEVERI C. 1994). Questo è un vantaggio per gli agenti che si muovono nel campo rituale e cercano sia di definire le rispettive posizioni sociali sia di regolare politicamente i conflitti manipolando la storia (PALUMBO B. 2003).

<sup>(68)</sup> Se il processo del riemergere viene continuamente rinnovato, un compito necessario è studiare la condizione di preemersione, in forme non articolate dell'emergente. A questo riguardo Raymond Williams ha proposto di affrontare criticamente i possibili legami tra le forme di incorporazione e le dinamiche emergenti nella pratica sociale, mettendo al centro della riflessione i processi di egemonia. A rigore, ciò che dovremmo studiare è una *presenza* vivente all'interno di un flusso sociale, anche se nel campo socio-antropologico quelle che tendono ad imporsi sono letture delle forme oggettivate. «Stiamo parlando di elementi caratteristici di impulso, ritegno e tono; elementi specificamente emotivi di coscienza e rapporto: non il sentire contrapposto al pensiero, ma il pensiero come è sentito e il sentire come è pensato; coscienza pratica d'un tipo attuale, in una continuità vivente e interagente. Stiamo dunque definendo questi elementi come una «struttura»: un insieme complesso con rapporti interni di tipo specifico, e al tempo stesso interdipendenti e in costante tensione. Ma stiamo anche definendo un'esperienza sociale che è ancora *in atto*, spesso anzi non ancora riconosciuta come sociale, ma piuttosto, considerata come privata, eccentrica, se non addirittura emarginante, ma che nell'analisi (e raramente in altri modi) possiede le proprie caratteristiche emergenti, relazionali e dominanti, anzi le proprie gerarchie

specifiche. Gerarchie che spesso è più facile cogliere a uno stadio successivo, una volta formalizzate; classificate e – in molti casi – trasformate in istituzioni e formazioni. A quel punto, la situazione è diversa, poiché, nella realtà sociale presente, avrà già cominciato a prender forma una nuova struttura del sentire» (WILLIAMS R. 1979 [1977]: 175). Sulle strutture del sentire vedi WILLIAMS R. 1979 [1977]: 169-178 / 13. *Strutture del sentire*.

<sup>(69)</sup> Un intrattenere che, suggerisce Benedetto Saraceno, talvolta è un tenere dentro la psichiatria (SARACENO B. 1995).

## Riferimenti bibliografici

- ALBERT Jean-Pierre (1995), *Hagio-graphies. L'écriture qui sanctifie*, "Terrain", 26, marzo 1995, pp.75-82.
- ALIMENTI Alessandro (1990), *La figura di S. Ubaldo nella ritualità della Festa dei Ceri e nella cultura popolare contemporanea: identità urbana e funzioni protettive*, pp. 367-393, in BRUFANI S. - MENESTÒ E. (curatori), *Nel segno del santo protettore: Ubaldo vescovo, taumaturgo, santo. Atti del Convegno internazionale di studi, Gubbio, 15-19 dicembre 1986, Regione dell'Umbria - La Nuova Italia Editrice, Perugia-Firenze*.
- ALIMENTI Alessandro (1992), *Regione "segnata dal sacro"?*, pp. 116-135, in ALIMENTI Alessandro - GENTILI Lamberto - GIACCHÈ Luciano - MELELLI Alberto - TOSCANO Bruno, *Per l'Umbria: itinerari di ricerca*, Amilcare Pizzi Editore, Milano.
- APPADURAI Arjun (2001 [1996]), *Modernità in polvere*, traduz. dall'inglese di Piero VERENI, Meltemi, Roma [ediz. orig.: *Modernity at large: cultural dimensions of globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis-London, 1996].
- ATTIVITÀ LIBRI - ATTIVITÀ CIAK, CENTRO DI ACCOGLIENZA DIURNO, DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE MENTALE - USL n. 1 DELLA REGIONE DELL'UMBRIA (2000), *Fiori di cielo. Viaggio nella spiritualità femminile umbra*, GESF, Gubbio.
- BENJAMIN Walter (1962 [1936, 1955]), *Il narratore. Considerazioni sull'opera di Nicola Leskov*, pp. 247-274, in *Angelus novus. Saggi e frammenti*, traduz. dal tedesco e introduzione di Renato SOLMI, Torino, Einaudi [ediz. orig.: 1936, poi in *Schriften*, a cura di T. W. ADORNO - G. ADORNO con la collaborazione di F. PODZUS, 2 voll., Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1955].
- BENJAMIN Walter (1966 [1936]), *L'opera d'arte nell'epoca della sua riproducibilità tecnica*, pp. 16-56, in *L'opera d'arte nell'epoca della sua riproducibilità tecnica*, traduz. dal tedesco di Enrico FILIPPINI, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Das Kunstwerk im Zeitalter seiner technischen Reproduzierbarkeit*, "Zeitschrift für Sozialforschung", Paris, 1936].
- BERG Marc - MOL Annemarie (curatori) (1998), *Differences in medicine. Unraveling practices, techniques, and bodies*, Duke University Press, Durham-London.
- BOURDIEU Pierre (1971), *Genèse et structure du champ religieux*, "Revue Française de Sociologie", vol. XII, 1971, pp. 295-334.
- BOURDIEU Pierre (1980), *Le sens pratique*, Les Éditions de Minuit, Paris.
- BOURDIEU Pierre (1988 [1982]), *La parola e il potere. L'economia degli scambi linguistici*, traduz. dal francese di Silvana MASSARI, Guida, Napoli [ediz. orig.: *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Librairie Arthème Fayard, Paris, 1982].
- BOURDIEU Pierre (1995 [1994]), *L'illusione biografica*, pp. 71-79, in *Ragioni pratiche*, traduz. dal francese di Roberta FERRARA, Il Mulino, Bologna [ediz. orig. del volume: *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Éditions du Seuil, Paris, 1994].
- BOURDIEU Pierre (2003 [2001]), *Il mestiere di scienziato. Corso al Collège de France 2000-2001*, traduz. dal francese di Alessandro SERRA, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Science de la science et réflexivité. Cours du Collège de France 2000-2001*, Éditions Raison d'Agir, Paris, 2001].
- BOWER Herbert (1897), *The elevation and procession of the Ceri at Gubbio*, The Folk Lore Society (Nutt D. Publisher), London.

- BROOKS Peter (1995 [1984]), *Trame. Intenzionalità e progetto nel discorso narrativo*, traduz. dall'inglese di Daniela FINK, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Reading for the plot. Design and intention in narrative*, Vintage Books, New York, 1984].
- BROWN Peter (1983 [1981]), *Il culto dei santi. L'origine e la diffusione di una nuova religiosità*, traduz. dall'inglese di Luciana REPICI CAMBIANO, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *The cult of the saints*, University of Chicago, Chicago, 1981].
- BUCK-MORSS Susan (1994), *The cinema screen as prosthesis of perception: a historical account*, pp. 45-62, in SEREMETAKIS C. Nadia (curatore), *The senses still. Perception and memory as material culture in modernity*, University of Chicago Press, Chicago.
- BYNUM Carolyn W. (1987), *Holy feast and holy fast. The religious significance of food in medieval women*, University of California Press, Berkeley.
- BYNUM Carolyn W. (1989), *The female body and religious practice in the later middle ages*, pp. 166-219, in FEHER Michel - NADDAFF Ramona - TAZI Nadia (curatori), *Fragments for a history of the human body: part one*, 3 voll., Urzone, Zone series nn. 3, 4, 5, The MIT Press, New York.
- CAMPORRESI Piero (1992), *La carne impassibile. Salvezza e salute fra Medioevo e Controriforma*, Garzanti, Milano.
- CARDAMONE Giuseppe - ZORZETTO Sergio (2000), *Salute mentale di comunità. Elementi di teoria e pratica*, Franco Angeli, Milano.
- CASTELLI Patrizia (1990), *Daemones in corpore: ossessione e demonologia nel culto di S. Ubaldo*, pp. 323-366, in BRUFANI S. - MENESTO E. (curatori), *Nel segno del santo protettore: Ubaldo vescovo, taumaturgo, santo. Atti del Convegno internazionale di studi, Gubbio, 15-19 dicembre 1986*, Regione dell'Umbria - La Nuova Italia Editrice, Perugia-Firenze.
- CATEDRA Maria (1995), *Symbolisme et pouvoir en Castille*, "Terrain", 26, marzo 1995, pp. 15-32.
- CENTRO DI SALUTE MENTALE DI GUBBIO (1998), *Centro accoglienza diurno: progetto Giubileo*, documento non pubblicato, Gubbio.
- CHARUTY Giordana (1995a), *Logiques sociales, savoirs techniques, logiques rituelles*, "Terrain", 26, marzo 1995, pp. 5-18.
- CHARUTY Giordana (curatore) (1995b), *Nel paese del tempo. Antropologia dell'Europa cristiana*, traduz. dal francese di Adelina TALAMONTI, Liguori, Napoli.
- CHARUTY Giordana (1997), *Folie, mariage et mort. Pratiques chrétiennes de la folie en Europe occidentale*, Éditions du Seuil, Paris.
- COMAROFF John L. - COMAROFF Jean (1992), *Ethnography and the historical imagination*, Westview Press, Boulder - San Francisco - Oxford.
- CONNERTON Paul (1999 [1989]), *Come le società ricordano*, traduz. dall'inglese di Giuseppe BERNO, Armando Editore, Roma [ediz. orig.: *How societies remember*, Cambridge University Press, Cambridge, 1989].
- CSORDAS Thomas J. (1990), *Embodiment as a paradigm for anthropology*, "Ethos", vol. 18, 1990, pp. 5-47.
- CSORDAS Thomas J. (1994), *The sacred self. A cultural phenomenology of charismatic healing*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London.
- DANZIGER Kurt (1995 [1990]), *La costruzione del soggetto. Le origini storiche della ricerca psicologica*, traduz. dall'inglese di Maria Pia VIAGGIANO, Laterza, Roma-Bari [ediz. orig.: *Constructing the subject. Historical origins of psychological research*, Cambridge University Press, Cambridge, 1990].
- DE CERTEAU Michel (2001 [1990]), *L'invenzione del quotidiano*, traduz. dal francese di Mario BACCIANINI, Edizioni Lavoro, Roma [ediz. orig.: *L'Invention du Quotidien. 1. Arts de faire*, 2e ed., Paris, 1990].
- DELEUZE Gilles - GUATTARI Félix (2003 [1980]), *Millepiani. Capitalismo e schizofrenia*, traduz. dal francese di Giorgio PASSERONE, Castelvecchi, Roma [ediz. orig.: *Mille plateaux. Capitalisme et schizophrénie*, Éditions de Minuit, Paris, 1980].
- DEL NINNO Maurizio (1976), *Un rito e i suoi segni: la Corsa dei ceri a Gubbio*, Argalia, Urbino.
- DEL NINNO Maurizio (1983), *La 'Corsa dei Ceri' a Gubbio. Stato di una ricerca*, International Center for Cultural Studies, Urbino ["Quaderni di Antropologia e Semiotica", n. 1, a cura di Maurizio DEL NINNO].

- DE MARTINO Ernesto (1995 [1953-1954]), *Fenomenologia religiosa e storicismo assoluto*, pp. 47-74, in *Storia e metastoria. I fondamenti di una teoria del sacro*, introduzione e cura di Marcello MASSENZIO, Argo, Lecce [ediz. orig.: *Fenomenologia religiosa e storicismo assoluto*, "Studi e Materiali di Storia delle Religioni", vol. XXIV-XXV, 1953- 1954, pp. 1-25].
- DE MARTINO Ernesto (1989 [1959]), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: 1959].
- DE MARTINO Ernesto, GALLINI Clara (curatore) (2002 [1977]), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: 1977].
- DOUGLAS Mary (1990 [1986]), *Come pensano le istituzioni*, traduz. dall'inglese di Pier Paolo GIGLIOLI e Carla CAPRIOLI, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *How institutions think*, Syracuse University Press, Syracuse (New York), 1986].
- DREYFUS Hubert L. (1988 [1972, 1979]), *Che cosa non possono fare i computer: i limiti dell'intelligenza artificiale*, presentazione e traduz. dall'inglese di Giuditta ALESSANDRINI, Armando, Roma [What computers can't do. *The limits of artificial intelligence*, Harpers and Row Publishers, New York, 1972, revised edition 1979].
- DREYFUS Hubert L. - DREYFUS Stuart E. (1999), *The challenge of Merleau-Ponty's phenomenology of embodiment for cognitive sciences*, pp. 103-120, in WEISS Gail - HABER Honi Fern (curatori), *Perspectives on embodiment. The intersections of nature and culture*, Routledge, New York - London.
- ECO Umberto (1979), *Lector in fabula*, Bompiani, Milano.
- ECO Umberto (1980), *Il nome della rosa*, Bompiani, Milano.
- ELKANA Yehuda (1989 [1981]), *Antropologia della conoscenza*, traduz. dall'inglese di Rodolfo RINI, Laterza, Roma-Bari [ediz. orig.: *A programmatic attempt at an anthropology of knowledge*, 1981, 1987].
- FABIAN Johannes (2000 [1983]), *Il tempo e gli altri. La politica del tempo in antropologia*, traduz. dall'inglese di Lucia RODEGHIERO, L'Ancora del Mediterraneo, Napoli [ediz. orig.: *Time and the Other. How anthropology makes its object*, Columbia University Press, New York, 1983].
- FABRE Daniel (curatore) (1998 [1997]), *Per iscritto. Antropologia delle scritture quotidiane*, traduz. dal francese, Argo, Lecce [ediz. orig.: MINISTERE DE LA CULTURE, MISSION DU PATRIMOINE ETHNOLOGIQUE (curatore), *Par écrit. Ethnologie des écritures quotidiennes*, Ministère de la Culture - Maison des Sciences de l'Homme, Paris, 1997].
- FABRE-VASSAS Claudine (1995), *Parashiva-Vendredi: la sainte des femmes, des travaux, des jours*, "Terrain", 26, marzo 1995, pp. 57-74.
- FABRE-VASSAS Claudine - FABRE Daniel (1995 [1987]), *L'etnologia del simbolico in Francia: situazione e prospettive*, pp. 217-236, in CHARUTY Giordana (curatore), *Nel paese del tempo. Antropologia dell'Europa cristiana*, traduz. dal francese di Adelina TALAMONTI, Liguori, Napoli [ediz. orig.: *L'ethnologie du symbolique en France: situation et perspectives*, pp. 123-138, in CHIVA, J. - JEGGLE, V. (curatori), *Ethnologies en miroir. la France et les pays de langue allemande*, M.H.S., Paris, 1987].
- FISH Stanley (1987 [1980]), *C'è un testo in questa classe? L'interpretazione nella critica letteraria e nell'insegnamento*, traduz. dall'inglese di Mario BARENGHI, Franco BRIOSCHI, Costanza DI GIROLAMO e Stefano MANFERLOTTI, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Is there a text in this class? The Authority of Interpretive Communities*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.), 1980].
- FLECK Ludwick (1979 [1935]), *Genesis and development of a scientific fact*, traduz. dal tedesco di Fred BRADLEY e Thaddeus J. TRENN, a cura di Thaddeus J. TRENN e Robert K. MERTON, prefazione di Thomas KUHN, The University of Chicago Press, Chicago - London [ediz. orig.: *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*, Brenno Schwabe & Co., Basel, 1935].
- FOUCAULT Michel (1976 [1975]), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, traduz. dal francese di Alcesti TARCHETTI, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris, 1975].
- FOUCAULT Michel (1978 [1976]), *La volontà di sapere*, traduz. dal francese di Pasquale PASQUINO e Giovanna PROCACCI, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *La volonté de savoir*, Éditions Gallimard, Paris, 1976].
- FOUCAULT Michel (1991 [1984]), *L'uso dei piaceri. Storia della sessualità 2*, traduz. dal francese di Laura Guarino, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *L'usage des plaisirs*, Éditions Gallimard, Paris, 1984].

- FOUCAULT Michel (1992 [1988]), *Tecnologie del sé*, pp. 11-47, in MARTIN Luther H. - GUTMAN Huck - HUTTON Patrick H. (curatori), *Tecnologie del sé: un seminario con Michel Foucault*, traduz. dall'inglese di Saverio MARCHIGNOLI, Bollati Boringhieri, Torino, 1992 [ediz. orig.: *Technologies of the Self*, in MARTIN Luther H. - GUTMAN Huck - HUTTON Patrick H. (curatori), *Technologies of the Self: A Seminar with Michel Foucault*, University of Massachusetts Press, Amherst, 1988].
- FRANKENBERG Ronald (1986), *Sickness as cultural performance: drama, trajectory and pilgrimage; root metaphors and the making social of disease*, "International Journal of Health Services", vol. 16, n. 4, 1986, pp. 603-626.
- 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.
- FRANKLIN Sarah (1995), *Science as culture, cultures of science*, "Annual Review of Anthropology", n. 24, 1995, pp. 163-184.
- GALLINI Clara (1997), *La mobilitazione magica del pantheon cattolico*, pp. 183- 192, in GALLINI Clara - MASSENZIO Marcello (curatori), *Ernesto de Martino nella cultura europea*, Liguori, Napoli.
- GELL Alfred (1998), *Art and agency. An anthropological theory*, Clarendon Press, Oxford.
- GERRATANA Valentino (1987), *Contro la dissoluzione del soggetto*, "Critica Marxista", n. 2-3, 1987, pp. 113-127.
- GIACALONE Fiorella (1996), *Il corpo e la roccia. Storia e simboli nel culto di Santa Rita*, Meltemi, Roma.
- GILBERT G. Nigel - MULKAY Michael (1984), *Opening Pandora's box*, Cambridge University Press, Cambridge.
- GRAMSCI Antonio (1975), *Quaderni del carcere*, 4 voll., a cura di Valentino GERRATANA, Torino, Einaudi.
- HACKING Ian (1987 [1983]), *Conoscere e sperimentare*, traduz. dall'inglese, Laterza, Roma-Bari [ediz. orig.: *Representing and intervening*, Cambridge University Press, Cambridge, 1983].
- HACKING Ian (2000 [1999]), *La natura della scienza. Riflessioni sul costruzionismo*, traduz. dall'inglese di Sergio LEVI, McGraw-Hill, Milano [ediz. orig.: *The social construction of what?*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.) - London, 1999].
- HACKING Ian (2001 [1992]), *L'autogiustificazione nelle scienze di laboratorio*, pp. 33-75, in PICKERING Andrew (curatore), *La scienza come pratica e cultura*, traduz. dall'inglese di Luca PAGLIERI, Edizioni di Comunità, Torino [ediz. orig.: *Science as practice and culture*, University of Chicago Press, Chicago, 1992].
- HARAWAY Donna J. (1991 [1988]), *Situated knowledges: the science questioning feminism and the privilege of partial perspective*, pp. 183-201, in HARAWAY Donna J., *Simians, cyborgs and women: the reinvention of nature*, Free Association Books, London [ediz. orig. del saggio: *Situated knowledges. The science question in feminism as a site of discourse on the privilege of partial perspective*, "Feminist Studies", vol. 14, n. 3, 1988, pp. 575-599].
- HARAWAY Donna J. (2000 [1997]), *Testimone\_modesta@FemaleMan@\_incontra\_OncoTopo™. Femminismo e tecnoscienza*, traduz. dall'inglese di Maurizio MORGANTI, cura, revisione e introduzione di Liana BORGHI, Feltrinelli, Milano [ediz.orig.: Routledge, New York, 1997].
- HERTZ Robert (1994 [1913]), *San Besso. Studio di un culto alpestre*, pp. 165-216, in HERTZ Robert, *La preminenza della destra e altri saggi*, traduz. dal francese di Silvia VACCA, Einaudi, Torino, 1994 [ediz. francese: *Saint Bessé. Étude d'un culte alpestre*, pp. 110-160, in HERTZ Robert, *Sociologie religieuse et folklore*, Puf, Paris, 1970, ediz. orig.: 1913].
- HOLUB Robert C. (curatore) (1989), *Teoria della ricezione*, traduz. di Costanzo DI GIROLAMO, Costantino MARMO, Roberto LAMBERTINI, Roberta MALAGOLI e Carlo GENTILI, Einaudi, Torino.
- HOUSEMAN Michael - SEVERI Carlo (1994), *Naven ou le donner à voir. Essai d'interprétation de l'action rituelle*, CNRS Edition, Paris.
- IACOBILLI Ludovico (1971 [1647-1662]), *Vite de' Santi e Beati dell'Umbria e di quelli, i corpi dei quali riposano in essa provincia*, 3 voll., Agostino Alterij, Foligno.
- ISER Wolfgang (1987 [1976]), *L'atto della lettura. Una teoria della risposta estetica*, traduz. dall'inglese di Rodolfo GRANAFEI, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *Der Akt des Lesens. Theorie ästhetischer Wirkung*, München, 1976 / traduz. in inglese dell'autore: *The act of reading: a theory of aesthetic response*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1978].

JAMESON Fredric (2003 [1992]), *Firme del visibile. Hitchcock, Kubrick, Antonioni*, traduz. dall'inglese di Daniela TURCO, a cura di Gabriele PEDULLA, Donzelli Editore, Roma [ediz. orig.: *Signatures of visible* Routledge, New York-London, 1992].

KNORR CETINA Karin (2001 [1992]), *Il lettino, la cattedrale e il laboratorio: sulla relazione tra esperimento e laboratorio nella scienza*, pp. 77-106, in PICKERING Andrew (curatore), *La scienza come pratica e cultura*, traduz. dall'inglese di Luca PAGLIERI, Edizioni di Comunità, Torino [ediz. orig.: *Science as practice and culture*, University of Chicago Press, Chicago, 1992].

KUHN Thomas S. (1978 [1962]), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, traduz. dall'inglese di Adriano CARUGO, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *The structure of scientific revolutions*, The University of Chicago Press, Chicago, 1962, 1970].

LATOUR Bruno (1991 [1984]), *I microbi. Trattato scientifico politico*, traduz. dal francese di Aurelio NOTARIANNI, Editori Riuniti, Roma [ediz. orig.: *Les microbes: guerre et paix*, A. M. Métaillié, Paris, 1984].

LATOUR Bruno (1995 [1991]), *Non siamo mai stati moderni. Saggio di antropologia simmetrica*, traduz. dal francese di Guido LAGOMARSINO, Elèuthera, Milano [ediz. orig.: *Nous n'avons jamais été modernes*, Éditions La Découverte, Paris, 1991].

LATOUR Bruno (1998 [1987]), *La scienza in azione. Introduzione alla sociologia della scienza*, traduz. dall'inglese di Silvio FERRARESI, Edizioni di Comunità, Torino [ediz. orig.: *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*, Harvard University Press, Cambridge].

LATOUR Bruno - WOOLGAR Steve (1979), *Laboratory life. The social construction of scientific facts*, Sage, Beverly Hills Ca.

LAVE Jean - WENGER Etienne (1991), *Situated learning. Legitimate peripheral participation*, Cambridge University Press, Cambridge.

LE GOFF Jacques (1988 [1985]), *L'immaginario medievale*, traduz. dal francese di Anna SALMON VIVANTI, Laterza, Roma-Bari [ediz. orig.: *L'imaginaire médiéval*, Editions Gallimard, Paris, 1985].

LE GOFF Jacques (1996 [1981]), *La nascita del Purgatorio*, traduz. dal francese, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *La naissance du Purgatoire*, Editions Gallimard, Paris, 1981].

LOCK Margaret - YOUNG Allan - CAMBROSIO Alberto (curatori) (2000), *Living and working with new medical technologies. Interactions of inquiry*, Cambridge University Press, Cambridge.

MARTIN Emily (1997), *Anthropology and the cultural study of science: from citadels to string figures*, pp. 131-146, in GUPTA Akhil - FERGUSON James (curatori), *Anthropological locations. Boundaries and grounds of a field science*, University of California Press Berkeley - Los Angeles.

MELLOR Philip - SCHILLING Chris (1997), *Re-forming the body. Religion, community and modernity*, Sage Publications, London.

MERLEAU-PONTY Maurice (2003 [1945]), *Fenomenologia della percezione*, traduz. dal francese di Andrea BONOMI, Bompiani, Milano [ediz. orig.: *Phénoménologie de la perception*, Librairie Gallimard, Paris, 1945].

MINELLI Massimiliano (2001), *Rhetorics of madness and practices of healing. An ethnography in the field of mental health*, pp. 353-379, in VAN DONGEN Els - COMELLES Josep Maria (curatori), *Medical anthropology and anthropology. Contributions of medical anthropology at home to anthropological theories and health debates*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 11-12, ottobre 2001, pp. 353-379.

MINELLI Massimiliano (2003), *Saints, demons, and footballers: playing (with) power in a psychiatric field*, paper presentato al Convegno della rete europea "Medical Anthropology at Home": *Medical anthropology at home 3. Medical anthropology, welfare state and political engagement*, Perugia, 24-27 settembre 2003 / in corso di pubblicazione in "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 17-18, ottobre 2004.

MÜLDER-BACH Inka (1997), *Cinematic Ethnology: Siegfried Kracauer's The white collar masses*, "New Left Review", n. 226, novembre-dicembre 1997, pp. 41-56.

OBEYSEKERE Gananath (1981), *Medusa's hair: an essay on personal symbols and religious experience*, University of Chicago Press, Chicago.

- OBEYESEKERE Gananath (1990), *The work of culture: symbolic transformation in psychoanalysis and anthropology*, University of Chicago press, Chicago.
- PALUMBO Berardino (2000), 'Fuoco di devozione e politiche inquietudini'. Cerimonialità, potere e politica in un centro della Sicilia orientale, pp. 237-281, in BUTTITTA I. E. - PERTICONE R. (curatori), *La forza dei simboli. Studi sulla religiosità popolare*, Folkstudio, Palermo.
- PALUMBO Berardino (2003), *L'Unesco e il campanile. Antropologia, politica e beni culturali in Sicilia orientale*, Meltemi, Roma.
- PERNOUD Règine (1986 [1980]), *La donna al tempo delle cattedrali*, traduz. dal francese, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, 1986 [ediz. orig.: *La femme au temps des cathédrales*, Editions Stock, Paris, 1980].
- PETRANGELI Enrico (2003), *I poteri del taumaturgo. Antropologia del corpus agiografico di una comunità medievale (Orvieto, secc. XII-XIV)*, Argo Editore, Lecce.
- PICKERING Andrew (curatore) (2001 [1992]), *La scienza come pratica e cultura*, traduz. dall'inglese di Luca PAGLIERI, Edizioni di Comunità, Torino [ediz. orig.: *Science as practice and culture*, University of Chicago Press, Chicago, 1992].
- PIZZA Giovanni (curatore) (1998), *Figure della corporeità in Europa*, "Etnosistemi. Processi e dinamiche culturali", numero monografico, anno V, n. 5, gennaio 1998.
- PIZZA Giovanni (2003), *Antonio Gramsci e l'Antropologia medica ora. Egemonia, agentività e trasformazioni della persona*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 15-16, ottobre 2003, pp. 33-49.
- RABINOW Paul (1999 [1996]), *Fare scienza oggi. Pcr: un caso esemplare di industria biotecnologia*, traduz. dall'inglese di Giancarlo CARLOTTI, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Making Pcr: a story of biotechnology*, University of Chicago Press, Chicago, 1996].
- SARACENO Benedetto (1995), *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Etaslibri - RCS, Milano.
- SCARAFFIA Lucetta (1990), *La santa degli impossibili*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- SCHEPER-HUGHES Nancy (2000 [1994]), *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, traduz. dall'inglese di Gianfranco D'ERAMO, pp. 281-292, in BOROFKY Robert (curatore), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma [ediz. orig.: *Embodied knowledge: thinking with the body in critical medical anthropology*, pp. 229-239, in BOROFKY Robert (curatore), *Assessing cultural anthropology*, McGraw-Hill, New York, 1994].
- SCHMITT Jean Claude (1984), *La fabrique des saints (Note critique)*, "Annales ESC", vol. 39, n. 2, 1984, pp. 286-300.
- SCHMITT Jean Claude (1988), *Religione, folklore e società nell'Occidente medievale*, traduz. dal francese di Lucia CARLE, Laterza, Roma-Bari.
- SENSI Mario (1991), *Agiografia umbra tra Medioevo ed età moderna*, pp. 175-198, in GORDINI Gian Domenico (curatore), *Santità e agiografia. Atti dell'VIII Congresso di Terni [dell'Associazione Italiana dei Professori di Storia della Chiesa, 12-15 settembre 1988]*, Marietti, Genova.
- SEPELLI Anita (1972), *I Ceri di Gubbio. Saggio storico-culturale su una festa folclorica*, documenti di archivio a cura di Fernando COSTANTINI, "Università degli Studi di Perugia. Annali della Facoltà di Lettere e Filosofia", vol. VIII, 1970-1971 [1972], 518 pp.
- SHAPIN Steven (2003 [1996]), *La rivoluzione scientifica*, traduz. dall'inglese di Michele VISENTIN, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *The scientific revolution*, University of Chicago Press, Chicago, 1996].
- SHAPIN Steven - SCHAFFER Simon (1994 [1985]), *Il Leviatano e la pompa ad aria. Hobbes, Boyle e la cultura dell'esperimento*, traduz. dall'inglese, La Nuova Italia, Firenze [ediz. orig.: *Leviathan and the Air-Pump. Hobbes, Boyle and the experimental life*, Princeton University Press, Princeton, 1985].
- SPAZIANI Carlo (1994 [1947]), *Orrori e stragi di guerra nel territorio di Gubbio*, Associazione Quartiere San Pietro, Gubbio [ediz. orig.: Edizioni Melos, Gubbio, 1947].
- STENGERS Isabelle (1993), *Le politiche della ragione*, traduz. dal francese di Cristina BIASINI e Federica GIARDINI, Laterza, Roma-Bari.



- TAMBIAH Stanley Jeyaraja (1985), *Culture, thought and social action. An anthropological perspective*, Harvard University Press, Cambridge.
- TAMBIAH Stanley Jeyaraja (1993 [1990]), *Magia scienza religione*, traduz. dall'inglese di Flora DE GIOVANNI, Guida, Napoli [ediz. orig.: *Magic, science, religion, and the scope of rationality*, Cambridge University Press, Cambridge, 1990].
- TAUSSIG Michael (1993), *Mimesis and Alterity. A particular history of the senses*, Routledge, New York-London.
- TURNER Victor W. (1986 [1982]), *Dal rito al teatro*, traduz. dall'inglese di Paola CAPRIOLO, a cura di Stefano DE MATTEIS, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *From ritual to theatre. The human seriousness of play*, Performing Arts Journal Publications, New York, 1982].
- TURNER Victor W. - TURNER Edith (1997 [1978]), *Il pellegrinaggio*, traduz. dall'inglese di Maria Elena PINTO, Argo, Lecce [ediz. orig.: *Image and pilgrimage in Christian culture*, Columbia University Press, New York, 1978].
- VAUCHEZ André (2000 [1999]), *Santi, profeti e visionari. Il soprannaturale nel medioevo*, traduz. dal francese di Roberta FERRARA, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *Saints, prophètes et visionnaires. Le pouvoir surnaturel au Moyen Age*, Éditions Albin Michel, Paris, 1999].
- VERDIER Yvonne (1979), *Façon de dire, façon de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard.
- WILLIAMS Raymond (1979 [1977]), *Marxismo e letteratura*, traduz. dall'inglese di Mario STETREMA, Laterza, Bari [ediz. orig.: *Marxism and literature*, Oxford University Press, Oxford].
- WILLIS Paul (1980 [1976]), *Notes on method*, pp. 88-95, in HALL Stuart - HOBSON Dorothy - LOWE Andrew - WILLIS Paul (curatori), *Culture, media, language [Working Papers in Cultural Studies, 1972-1979]*, Centre for Contemporary Cultural Studies, Unwin Hyman, London - Boston - Sydney - Wellington, 1980.
- YOUNG Allan (1981), *The creation of medical knowledge. Some problems of interpretation*, "Social Science and Medicine", vol. 15 B, 1981, pp. 379-386.
- YOUNG Allan (1995), *The harmony of illusions. Inventing Post-traumatic stress disorder*, Princeton University Press, Princeton (New Jersey).
- ZANETTI Zeno, TRABALZA Maria Raffaella (curatore) (1978 [1892]), *La medicina delle nostre donne. Studio folk-lorico, con una lettera di Paolo MANTEGAZZA, con un saggio di Alberto M. CIRESE*, Ediclio, Foligno [I ediz.: Saverio Lapi Tipografo-Editore, Città di Castello, 1892].

## Scheda sull'Autore

Massimiliano Minelli è nato a Perugia il 24 maggio 1966. Nel 1995 si è laureato in lettere con una tesi in antropologia culturale dal titolo *Segni, significati e pratiche concernenti la salute mentale nella città di Perugia. Stati ansiosi, depressioni, alterazioni dell'approccio al cibo nelle interviste a informatori-chiave appartenenti a differenti strati sociali. Un contributo empirico italiano al Progetto internazionale INECOM (The International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health)*, relatore: Tullio Seppilli. Nel 2001 ha conseguito il dottorato di ricerca in "Metodologie della ricerca etnoantropologica" (Università degli studi di Siena, Perugia e Cagliari) presentando una tesi dal titolo: *Retoriche della follia e pratiche della guarigione in una comunità urbana dell'Italia centrale. Tre fuochi di una ricerca etnografica*, tutor: Tullio Seppilli.

È attualmente assegnista di ricerca presso la Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia e, per l'anno accademico 2003/2004, docente a contratto di antropologia culturale presso l'Università degli studi di Macerata. Dall'anno 1996, è socio della Società italiana di antropologia medica (SIAM) e membro del Comitato di redazione di "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica". Il suo percorso di studio in "antropologia medica" si è principalmente incentrato sul rapporto fra dinamiche culturali, forme di disturbo psichico e strategie comunitarie di presa in carico e intervento sui problemi di salute mentale. Lavora ormai da alcuni anni a una ricerca etnografica sui processi sociali che investono le politiche nel campo della salute mentale, l'attivazione di risorse comunitarie e le pratiche di trasformazione dei contesti in cui si manifestano diverse forme di sofferenza. La sua attività di ricerca concerne principalmente l'antropologia medica, l'etnopsichiatria, la salute mentale comunitaria, l'antropologia del corpo e dei processi di incorporazione.

Tra le sue pubblicazioni: (in collaborazione con Laura Lepore), *Il contributo italiano al progetto di ricerca internazionale della rete Inecom "Signs, meanings and practices related to mental health"*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 5-6, ottobre 1998, pp. 337-345 / *Rhetorics of madness and practices of healing. An ethnography in the field of mental health*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 11-12, ottobre 2001, *Medical anthropology and anthropology. Contributions of medical anthropology at home to anthropological theories and health debates*, numero monografico a cura di Els VAN DONGEN - Josep Maria COMELLES, pp. 353-379 / *Saints, demons, and footballers: playing (with) power in a psychiatric field*, di prossima pubblicazione in questa stessa rivista negli atti del Convegno della rete europea "Medical Anthropology at Home": *Medical anthropology at home 3. Medical anthropology, welfare state and political engagement*, Perugia, 24-27 settembre 2003.

## Riassunto

### *Santi in laboratorio. Pratiche collettive di trasformazione e politiche della santità in un Centro di salute mentale*

Questo articolo propone un'etnografia delle pratiche quotidiane in un "laboratorio" di "riabilitazione psico-sociale", conseguenti alla scelta degli operatori psichiatrici di un Centro di salute mentale in Italia (Gubbio, provincia di Perugia) di combinare una ricerca sulla santità femminile medievale con la costruzione collettiva di un testo storico-agiografico. Nel campo della salute mentale, i processi di produzione di oggetti collocati in un problematico intreccio fra agiografia, storia locale e fabbricazione della santità, sono rilevanti per cogliere la pluralità e la dispersione di azioni significative: leggere, scrivere, attraversare spazi consacrati, guardare un'immagine sacra, raccontare un sogno. La ricerca etnografica apre spazi di riflessione su quei processi sociali di trasformazione (individuale e/o collettiva), in larga parte invisibili nel corso delle attività laboratoriali,

che hanno un impatto decisivo sia sulla salute dei partecipanti sia sulla possibilità di aprire spazi di confronto politico nella comunità locale. Riconoscere la specificità delle “pratiche collettive” nel laboratorio ha due rilevanti conseguenze: in primo luogo, rende necessario un lavoro critico sulla prassi sociale, nei contesti cooperativi in cui viene messa direttamente in gioco la capacità di agire di ogni partecipante; in secondo luogo, rende urgente considerare il ruolo dei rapporti di forza nelle trasformazioni storiche e sociali di collettivi che tendono a coagularsi attorno a specifiche pratiche.

## Résumé

*Des saints en laboratoire. Pratiques collectives de transformation et politiques de la sainteté dans un Centre de santé mentale*

Cet article propose une ethnographie des pratiques quotidiennes d'un “atelier” de “réhabilitation psychosociale”, suite au choix des opérateurs d'un Centre de santé mentale (Gubbio, province de Pérouse) d'associer une recherche sur les saints locaux à la construction collective d'un texte historico-hagiographique sur la sainteté féminine au moyen-âge. Dans le domaine de la santé mentale, les processus de production d'objets inscrits dans un enchevêtrement problématique entre l'hagiographie, l'histoire locale et la fabrication de la sainteté, sont importants pour appréhender la pluralité et la dispersion d'actions significatives : lire, écrire, traverser des espaces sacrés, regarder une image sacrée, raconter un rêve. La recherche ethnographique ouvre des espaces de réflexion sur ces processus sociaux de transformation (individuelle et/ou collective), pour la plupart invisibles au cours des activités en atelier mais qui ont un impact déterminant à la fois sur la santé des participants et sur la possibilité d'ouvrir des espaces de confrontation politique dans la communauté locale. Reconnaître la spécificité des “pratiques collectives” de l'atelier aboutit à deux conséquences notables: tout d'abord, cela rend nécessaire un travail critique sur la pratique sociale, dans les contextes coopératifs où la capacité d'agir de chaque participant est directement mise en jeu; ensuite, cela révèle qu'il est urgent de considérer le rôle des rapports de force dans les transformations historiques et sociales de groupes qui ont tendance à se coaguler autour de pratiques spécifiques.

## Resumen

*Santos en el laboratorio. Prácticas colectivas de transformación y políticas de la santidad en un centro de salud mental*

Este artículo propone una etnografía de las prácticas cotidianas en un «laboratorio» de «rehabilitación psico-social», tras la elección de los operadores psiquiátricos de un cen-

tro de salud mental en Italia (Gubbio, provincia de Perugia) de combinar una investigación sobre los santos locales con la construcción colectiva de un texto histórico-hagiográfico sobre la santidad femenina medieval. En el campo de la salud mental, los procesos de producción de objetos colocados en un problemático cruce entre hagiografía, historia local y fabricación de la santidad son relevantes para entender la pluralidad y la dispersión de acciones significativas: leer, escribir, atravesar espacios consagrados, observar una imagen sagrada, contar un sueño. La investigación etnográfica abre espacios de reflexión sobre aquellos procesos sociales de transformación (individual o colectiva), en gran medida invisibles en el transcurso de las actividades de laboratorio, que tienen un impacto decisivo tanto sobre la salud de los participantes como sobre la posibilidad de abrir espacios de diálogo político en la comunidad local. Reconocer la especificidad de las «prácticas colectivas» en el laboratorio tiene dos consecuencias relevantes: en primer lugar hace necesario un trabajo crítico sobre la praxis social, en los contextos cooperativos en los que se pone en juego directamente la capacidad de actuar de cada participante; en segundo lugar crea la urgencia de considerar el papel de las relaciones de fuerza en las transformaciones históricas y sociales de colectivos que tienden a coagularse en torno a prácticas específicas.

## Abstract

### *Saints in laboratory. Collective transformation practices and sanctity policies in a mental health Centre*

This article proposes the ethnography of daily practices in a “psycho-social rehabilitation laboratory” following the choice made by the psychiatric workers of an Italian mental health Centre (located in Gubbio, in the province of Perugia) to combine research work on local saints with the creation of a historical-hagiographic text on female sanctity in the Middle Ages. In the field of mental health, the production processes concerning objects located in a complex plot of hagiography, local history and the fabrication of sanctity are significant in order to understand the plurality and the dispersion of significant actions: reading, writing, crossing consecrated spaces, looking at sacred images, talking about a dream. Ethnographic research reveals new prospects on a number of social transformation processes (both individual and collective) for the most part invisible in laboratory work, which have a decisive impact on the health of participants and on the possibility of opening up new horizons of political debate in the local community. Being acquainted with the specificities of “collective practises” in the laboratory has two significant consequences: in the first place, it is necessary a critique on the social practices which bring into play individual and collective agency; secondly, it is important to consider the role of the relations of force in historical and social transformations of groups which tend to coagulate round specific practices.

*Retoriche dell'incontro fra medici di base e loro pazienti.*

*Strategie identitarie e uso del camice e di altri dispositivi nella costruzione dello spazio terapeutico\**

## Maya Pellicciari

dottore di ricerca in "Metodologie della ricerca etnoantropologica", Università degli studi Siena (sede amministrativa) - Università degli studi di Cagliari e Università degli studi di Perugia (sedi consorziate) / ricercatrice presso la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia).

Nonostante i diffusi stereotipi veicolati a livello di senso comune da una vasta ed eterogenea letteratura sull'argomento, l'antropologia medica dispone ormai della consapevolezza teorico-critica per affermare che il rapporto fra medico e paziente non è mai un semplice rapporto a due e non si svolge mai su un terreno puramente tecnico.

Anche quando lo spazio ambulatoriale è condiviso da un singolo medico e dal suo paziente, si tratta di qualcosa di ben più complesso che del semplice incontro fra due individui. Attraverso la voce di entrambi si esprime in realtà un vasto coro: lo spazio terapeutico è infatti vitalizzato da dinamiche che riflettono la complessità degli universi culturali che trasversalmente ogni medico e ogni paziente porta con sé, e che in tale spazio interagiscono. E non si tratta tanto di rappresentazioni che – elaborate all'interno di specifici e differenti contesti – possono dare corpo a differenti modi di concepire la malattia e ogni sua singola storia. Si tratta altresì di un più generalizzato e costante dialogo, spesso implicito, che i due attori intrattengono, a vari livelli, con il contesto sociale, le sue forme, i suoi soggetti e le sue istituzioni. Le connotazioni sociali di salute e malattia proiettano infatti l'interazione fra medico e paziente sullo sfondo di una sorta di dramma collettivo, una performance i cui singoli attori – sia il medico che il paziente, sebbene in maniera diversa – esprimono ora adesione e appartenenza, ora rifiuto, disagio, alienazione: «queste due forme di espressione corporea esistono in relazione dialettica, esprimendo le tensioni tra appartenenza ed alienazione che esistono ovunque nella vita sociale» (SCHEPER-HUGHES

N. 2000 [1994]: 285). Come tutti gli ambiti sociali in cui gli individui concreti *agiscono*, anche l'incontro terapeutico può essere cioè letto come luogo di produzione di senso o dissenso, o – per dirla con Gramsci – come uno dei luoghi in cui le dinamiche per l'egemonia prendono forma.

La pressione dell'egemonia istituzionale si esercita infatti tanto sui corpi dei pazienti quanto su quelli dei medici, attraverso processi apparentemente opposti ma che di fatto sembrano volti, in entrambi i casi, ad assicurare conformità e consenso. Già negli anni '50 Parsons aveva individuato l'importanza strategica che aveva per la continuità del sistema sociale l'istituzionalizzazione dei ruoli di medico e di paziente: elaborare strutture comportamentali dotate di intensa carica positiva di valore significava regolamentare e coordinare la risposta degli individui a problemi essenziali di vita, potenzialmente minacciosi per la stabilità dell'ordine costituito (PARSONS T. 1965 [1951], SEPELLI T. - GUAITINI ABBOZZO G. 2002 [1973]). Tuttavia la banalizzazione del discorso parsonsiano (in realtà carico di elementi critici) sul rapporto che lega medici e pazienti ha contribuito ad alimentare e rafforzare l'immagine dei medici come esclusivamente detentori di "potere", contrapposta a quella dei pazienti come esclusivamente vittime di tale potere. Gli stessi toni di certa antropologia medica contemporanea a tutt'oggi così definiscono la relazione medico-paziente: «the physician today is an essentially new breed of professional whose scientific body of knowledge and professional freedom place him in a class of his own: he has obtained unrivalled power to control his own practice and the affaire which impinge upon it and the patient, depersonalised by medical technology is increasingly being reduced to a mere raw material» (SENAH K.A. 2002: 45).

Le recenti riflessioni dell'antropologia medica critica sul corpo come metonimia, sulla malattia come resistenza e quindi sui comportamenti di malattia come gesti di critica sociale, fanno saltare questo stereotipo e lasciano intravedere una differente lettura dello stesso messaggio parsonsiano. Da una parte, infatti, se tanto per il medico che per il paziente parliamo di "ruoli", dobbiamo necessariamente parlare, almeno in qualche misura, di un medesimo – sebbene bifronte – dispositivo di controllo sociale, il cui esito finale resta in entrambi i casi la conformità. Dall'altra parte, l'osservazione della pratica clinica e lo studio degli itinerari terapeutici hanno messo in evidenza l'enorme capacità di azione e libertà espressiva di cui di fatto lo stesso paziente dispone (AINSWORTH-VAUGHN N. 1998).

Anche la "posizione" occupata dal medico è dunque una posizione ambigua, in cui il gioco fra potere subito e potere esercitato segue dinamiche

molto simili a quelle fra cui si destreggia ogni paziente. Seppure attraverso modalità differenti, in entrambi i casi ciò che viene messo in scena è il dramma dell'affermazione autonoma del soggetto e della resistenza alle forme egemoniche, in particolare dell'istituzione medica. Ognuno degli attori utilizza a tale scopo gli strumenti che ha disposizione e che, paradossalmente, spesso sono i medesimi – sebbene utilizzati talora in chiave “soversiva” – che l'egemonia fornisce loro a fini di controllo, per sancire e delimitare la propria posizione sulla scena sociale. Se in qualche misura lo spazio dell'incontro terapeutico costituisce per il paziente un'opportunità per riaffermare – anche nei confronti del medico stesso, identificato con l'autorità medica *tout court* – il diritto all'autogestione del proprio corpo, per il medico <sup>(1)</sup> esso costituisce il luogo in cui mettere in campo un continuo confronto-scontro con l'istituzione medica e l'“identità” professionale che essa ha cucito per lui. In breve, il luogo in cui diventa concretamente possibile rivendicare un *proprio* modo di essere medico. Ecco perché risulta riduttivo rappresentare in senso esclusivamente oppositivo il rapporto fra medico e paziente: talora alleati, talora avversari, la sfida di ognuno è lanciata ben oltre i confini dell'ambulatorio. La strategia retorica che li identifica, mettendoli l'uno *contro* l'altro, come ruoli in contrapposizione, sembra dunque rispondere alla volontà di annullare e rendere innocua la carica dirompente di tale sfida.

Anche il concetto di “negoziazione”, letto in quest'ottica, assume connotazioni più ampie e complesse: non si tratta infatti di una sorta di braccio di ferro fra due individui portatori di differenti valori culturali, ma di un'arena in cui ognuno dei due utilizza la presenza dell'altro per affermare la propria soggettività sulla scena sociale, nei modi che via via gli si offrono e che ritiene più idonei.

Gli strumenti retorici e performativi con cui è giocata questa partita sono molteplici e vorrei qui soffermarmi su alcuni di quelli messi in campo dai medici, e in particolare dai medici di medicina generale con cui ho avuto modo di lavorare durante il periodo della mia ricerca di dottorato (2000-2003).

Esistono una serie di oggetti, una serie di modi di manipolare tali oggetti, di occupare gli spazi, retoriche della comunicazione verbale e non verbale, e via dicendo, che costituiscono – pur con infinite variabili – il bagaglio con cui ogni singolo medico costruisce il proprio spazio terapeutico e in esso il proprio rapporto con ogni singolo paziente. Tutti elementi per lo più acquisiti durante il percorso formativo, ovvero incorporati attraverso l'esposizione degli aspiranti medici all'egemonia dell'istituzione medica.

Cito qui di nuovo Nancy Scheper-Hughes e il modo in cui ha criticamente rivisto il concetto di *embodiment*, ovvero stemperando le connotazioni di passività del soggetto rispetto alla struttura sociale che tale termine implicava per l'antropologia sociale e simbolica fino agli anni '80. Non più, cioè, solo la violenza delle istituzioni sul corpo individuale, ma una lotta continua fra l'egemonia, appunto, e la capacità sovversiva dei "corpi" di rimanipolarne i significati in chiave critica rispetto al sistema dominante<sup>(2)</sup>.

Gli strumenti più potenti in questo senso – e perciò stesso più "ambigui", quindi paradossalmente più "manipolabili" dal soggetto – sono quelli a matrice identitaria. Fra questi il più "visibile" nell'ambito professionale medico è proprio il camice bianco: «les formes d'identités qui sont marquées ou portées sur le corps [...] semblent plus faciles à maintenir que les autres formes d'identité, parce qu'elles sont définies comme internes à la personne et donc plus stables» (GAGNÉ N. 2001: 105). La funzione pratica del camice (peraltro dubbia, in un ambiente non sterile) appare infatti chiaramente secondaria a tutta una serie di funzioni di natura "semantica", che lo caratterizzano come una sorta di "marcatore di posizione". La principale funzione simbolica che sembra essere ufficialmente affidata al camice è cioè quella di costruire per i nuovi medici una identità funzionale a quello specifico modo di occuparsi della salute e della malattia che è della biomedicina, e che si fonda epistemologicamente su opposizioni e dualismi, ovvero in sostanza sulla *separazione*: fra tecnica ed emozione, fra norma e creatività, fra rigore scientifico e umanizzazione, fra ciò che può essere dominato e ciò che è incerto. Infine, fra obbedienza e resistenza. Il camice è dunque uno degli elementi a cui è assegnato il compito di salvaguardare tali confini: tuttavia, ciò che vi è di incontrollabile è l'utilizzo che ne faranno i singoli soggetti una volta che lo avranno, appunto, "incorporato". L'ambiguità che connota ogni forma simbolica – proprio per la fragilità del legame che unisce significante e significato – rende infatti il camice un elemento dalle vaste potenzialità semantiche e quindi un oggetto privilegiato proprio nel dialogo con l'ordine sociale. Si può scegliere di indossarlo o meno: il messaggio di conformità o di critica sociale non è necessariamente comunicato dall'una o dall'altra azione, quanto dal significato che di volta in volta si attribuisce ad entrambe le scelte.

«Il fatto stesso di mettere il camice ti fa sentire un altro! Ci sono dei rituali, no? Il camice, la misurazione della pressione, il fatto di andare con il fonendoscopio attaccato al collo, il primo prelievo, la prima somministrazione endovenosa, il primo striscio di sangue la prima volta che lo guardi al microscopio: ti senti dottore! Smetti di sentirti studente e ti senti un dottore!» [dottor D., 48 anni].



Il camice identifica, certifica, espone, nasconde, protegge, rassicura: da strumento di addomesticamento e conformità esso diviene materiale grezzo impiegato nel processo di attribuzione di senso, nella determinazione dei rapporti di forza, nella connotazione dei diversi spazi relazionali, sia fisici che metaforici. In breve, nella costruzione dei rapporti sociali. A tale scopo, come un bricoleur, ogni medico utilizza gli strumenti retorici e performativi che ha a disposizione per connotare, significare, marcare, differenziare il proprio modo di “fare” medicina: «il bricoleur, di fronte a un compito, utilizza i materiali alla sua portata per donar loro un altro significato, se così posso dire, di quello che avevano nella loro prima destinazione» (LÉVI-STRAUSS C. 1990: 155). Il repertorio è circoscritto, fortemente marcato in chiave egemonica (la pressione egemonica è già insita nel camice di per sé, non solo nel modo in cui il medico ne fa uso), ma vi è sempre un certo margine di manovra in cui ogni medico può muoversi in maniera autonoma. Si tratta peraltro di scelte che si determinano e acquisiscono un significato proprio nel rapporto dialettico con gli individui che si presentano in ambulatorio nel ruolo di pazienti, e che a loro volta “agiscono” tale ruolo in maniera altrettanto creativa e strategica:

«[Io non lo indosso] mai! [...] Quelli che vengono da me [lo vedono come un fatto] positivo, perché se no non ci verrebbero, questo è ovvio, no? Cioè, c'è una scelta reciproca... il dottor D., che porta sempre il camice, probabilmente ha un tipo di pazienti che come tipologia è diversa dalla mia, perché questa si seleziona nel tempo, capito?» [dottor F., 48 anni].

Si tratta talora di *strategie*, talora di *tattiche* (DE CERTEAU M. 2001 [1990]), che animano quel complesso campo di forze che è l'incontro terapeutico. Un campo in cui differenti “saperi” e dunque differenti “poteri” si affrontano, si confrontano, subiscono continui processi di decodifica e ricodifica al fine di stabilire le coordinate della posizione di ognuno dei soggetti presenti in quel determinato terreno di azione. Ogni medico sembra cioè manipolare a suo piacimento l'area semantica di un oggetto che in tal modo assume una chiara funzione di mediatore interfacciale su più livelli: tra l'individuo e la sua percezione del proprio essere medico; tra il “medico” e i suoi “pazienti”; tra il medico in quanto “professionista” e l'istituzione medica cui appartiene. Occorre cioè di volta in volta individuare l'ambito discorsivo che l'atto di indossarlo apre in quel momento e in quella specifica situazione, per poi riconnetterlo al più ampio discorso egemonico della biomedicina con il quale è comunque in costante relazione dialettica.

È interessante notare ad esempio come anche chi era solito ricevere i pazienti in ambulatorio in “abiti civili”, si riservava la possibilità di indossare il camice là dove il tipo di intervento richiesto poteva essere interpretato

come più “invasivo” da un punto di vista relazionale: ad esempio durante un’ispezione del condotto uditivo o una auscultazione del petto e delle spalle. In pratica, nelle occasioni in cui si richiedeva una ancorché minima compromissione corporea e dunque una “violazione” dell’intimità fisica altrui, che è poi anche una messa in gioco della propria intimità fisica. Perché venga attutito l’impatto destabilizzante che provoca il contatto fisico tra estranei, infatti, sembra necessaria da una parte una sorta di “legittimazione a procedere”, che viene di fatto affidata alla capacità del camice di evidenziare l’“identità” medica, e contemporaneamente, dall’altra, una vera e propria azione difensiva, supportata dalle proprietà “estranianti” del camice.

D’altro canto, è proprio questo carattere estraniante a spingere alcuni medici a non indossarlo affatto, convinti che fare medicina sia inevitabilmente connesso – pur nei limiti di una corretta profilassi igienica – ad un contatto fisico diretto con il paziente:

«normalmente non lo metto, perché secondo me crea distanza il camice. Allora, se devo fare una medicazione vado di là e metto il camice, se no se devo stare qui a misurare la pressione, a sentire un torace, a palpare un addome, non mi sporco mica se sto così! [...] il camice serve per non sporcarsi, non per far vedere che quello è il medico, ché lo sanno che io sono il medico, quindi non ho bisogno del camice per farmi riconoscere!» [dottor D., 48 anni].

Ma in molti casi il modo in cui viene utilizzato il camice sembra comunicare che mentre per accogliere il paziente in ambulatorio, farlo sentire a proprio agio e instaurare una relazione di tipo informale ed empatica, l’assenza del camice (simbolo di “ufficialità” professionale, quindi di distacco e differenziazione) è fondamentale, quando si tratta di “agire” sul corpo del paziente devono entrare in gioco competenze tecniche specifiche per l’esercizio delle quali la componente emotiva è di grande disturbo, poiché crea uno spazio di condivisione con il paziente che indebolisce il “potere” – ovvero l’ “identità” – del medico.

Il camice, meglio di altri oggetti dell’inventario medico, sembra in grado di veicolare quello che potremmo definire il cuore epistemologico del sapere biomedico, l’elemento che fonda e legittima il potere di chi esercita tale sapere: l’opposizione gerarchica fra tecnica ed emozione. Forzando la separazione fra razionalità e sensibilità, fra “mente” e “corpo”, tale assunto si pone come uno dei più violenti della formazione medica: riconoscendo come proprio ambito specifico esclusivamente il primo dei due corni del dilemma, esso viola la consustanziale unità del corpo umano e sancisce tale scissione con il marchio indiscutibile della scienza. Ma la pratica clinica costituisce

per ogni singolo medico l'occasione non proprio per annientare, ma quanto meno per ridiscutere tali confini: in un continuum che va dall'esclusiva e rigida selezione dell'elemento tecnico al suo rifiuto totale nell'ottica di una totale empatia emotiva, il camice viene spesso utilizzato come marcatore di posizione e modella di volta in volta i contorni dello spazio terapeutico.

Nei medici che hanno vissuto una drammatica esperienza di malattia sulla propria pelle è frequente, ad esempio, la scelta di indossare il camice il meno possibile, e in particolare con i pazienti dalle storie di malattia più compromesse ed emotivamente coinvolgenti. In molti casi esso rimane tuttavia in bella mostra, appeso sull'appendiabiti, a ricordare che non è la sua assenza ma il suo essere stato dismesso l'elemento a cui si affida il proprio messaggio. E si tratta sempre di un duplice messaggio: di intima condivisione nei confronti del paziente, e di forte critica nei confronti dell'ideologia medica, un modo per denunciare il conflitto che un certo modo di gestire l'emotività, trasmesso durante la formazione medica, ingenera in chi la medicina la *pratica* applicandola a corpi "reali", a quelli che qualcuno definirebbe *mindful bodies* (SCHEPER-HUGHES N. - LOCK M. 1987). Sembra infatti che la sofferenza vissuta in prima persona o attraverso l'esperienza dei propri cari sia uno degli elementi che con più forza fanno saltare il dispositivo di oggettivazione su cui si incardina il sapere biomedico, quel dispositivo cui la biomedicina affida il controllo dei rischi destabilizzanti – poiché difficilmente controllabili – introdotti dall'elemento emotivo. La scelta di riporre il camice, in questi casi, è dunque la dichiarazione di un tentativo in atto di reintegro e riappropriazione di quanto indebitamente "sottratto".

Le recenti spinte alla aziendalizzazione delle istituzioni sanitarie e la conseguente tendenza a trasformare la salute in un bene commerciale e commerciabile, tuttavia, hanno introdotto in proposito – e non solo in Italia – elementi di ulteriore complessità.

Nella prospettiva di una più generale calibratura in chiave neoliberista delle politiche di gran parte dei paesi altamente industrializzati, infatti, il ruolo di paziente tende ad essere sempre più equiparato a quello di cliente consumatore; la competitività diventa la moneta di scambio per la gestione delle risorse e dei capitali, anche in campo sanitario; ogni elemento "debole" finisce per rendere meno spendibile – in quanto a "gradimento" degli utenti – il proprio "prodotto".

Le stesse pressioni che dall' "alto" sembrano voler promuovere una maggiore "umanizzazione" della medicina e del "rapporto medico-paziente",

pertanto, non possono che risultare profondamente e strategicamente marcate in questo senso. Detto in parole povere, si diventa più competitivi se si trova la formula del corretto rapporto medico-paziente, e fatti i dovuti calcoli rispetto a costi e benefici, la strategia migliore sembra essere quella della rivitalizzazione della medicina generale, cui viene delegata ogni responsabilità in materia di “umanizzazione” dei rapporti. Ecco dunque fiorire corsi di formazione, seminari e stage per “insegnare” ai medici (generalisti) a “comprendere” i propri pazienti. Ma per molti di loro la strategia è smascherata:

«Hanno “tecnicizzato” anche l’elemento umano... ora *dobbiamo* essere “umani”, pretendono di insegnarci anche quello! È diventata una buffonata...» [dottoressa M., 51 anni, durante un corso di formazione sul rapporto medico-paziente].

Se la spinta egemonica va verso la costruzione tecnica di medici non tecnici, verso la produzione di medici “umanizzati” e perciò più gradevoli al pubblico dei propri utenti, non è raro cogliere in alcuni medici atteggiamenti più o meno consapevoli di profonda critica e rifiuto a tale manipolazione. Anche in questi casi, il messaggio è affidato ad un certo modo di organizzare gli spazi e gli strumenti tecnici di cui si dispone. Un messaggio che prende forma nel campo delle relazioni e dei rapporti di forza e che pertanto non è mai univoco. Se ad esempio l’istanza “umanizzante” viene letta come un tentativo di “abbassare” il ruolo del medico di base a semplice intrattenitore e accompagnatore dei pazienti nei luoghi in cui si esercita la “medicina vera”, quella specialistica e ipertecnologica, il camice ed altri strumenti diagnostici quali il misuratore elettronico del diabete e di altri valori sanguigni vengono esposti e manipolati in modo da ricordare che il medico di medicina generale è comunque sempre uno “scienziato” autorevole e un medico altamente competente.

Il medesimo messaggio sembra anche affidato alle rivendicazioni identitarie o “di categoria” messe in campo per la costruzione di uno specifico ruolo istituzionale per il medico di medicina generale. Paradossalmente, infatti, si tenta di esprimere una certa istanza di autonomia anche quando ci si appropria delle banalizzazioni (medico generalista = medico amico). Herzfeld sottolinea come lo stereotipo non è mai un semplice “pregiudizio”, quanto piuttosto una vera e propria arma di potere, uno strumento destinato a mascherare specifici interessi e specifiche strategie: la produzione di stereotipi è infatti imprescindibilmente connessa a situazioni in cui sono in gioco delle “identità”, in quanto permette ai soggetti che se ne fanno promotori di sviluppare strategie di auto-giustificazione (HERZFELD M. 1992: 67, HERZFELD M. 2003 [1997]). È un fatto, ad esempio, che gli organismi di rappresentanza dei medici

di medicina generale stiano tentando – giocando in parte con questo stesso stereotipo – di intraprendere, in Italia, la strada della riappropriazione di spazi e modalità della cura che i processi di aziendalizzazione hanno in qualche misura contribuito ad impoverire e dequalificare:

«lo sforzo che stiamo facendo noi in questi anni è stato proprio quello di dare una connotazione e un'immagine e un ruolo, dei compiti, delle funzioni, al medico generale codificati, riconosciuti, anche, no? Perché poi noi intendiamo questo, quello che è importante è che ci venga riconosciuto anche dall'università» [dottor G., 52 anni].

In conclusione, potremmo dire che il sapere biomedico fonda la propria egemonia *anche* sulla costruzione di alcuni dispositivi nei quali condensa i suoi tratti più salienti, affinché si riproducano e si rafforzino attraverso la loro inoculazione nei corpi dei futuri medici e – secondo altre modalità che qui non è stato possibile affrontare – in quelli dei pazienti. Sembra anche, però, che entrambi, medici e pazienti, apprendano altrettanto bene ad utilizzare “scappatoie”, ovverosia tattiche di manipolazione alternativa degli strumenti acquisiti che consentono loro di “agire” in maniera dialettica un proprio dialogo autonomo con l'istituzione medica e, più in generale, con l'ordine sociale.

Un'organizzazione sociale – e quindi anche la biomedicina – ha sempre la necessità, per conservare il proprio assetto e il proprio ordine interno, di prevedere protocolli di comportamento relativamente rigidi e di controllare le potenziali “spinte centrifughe”: è anche a tale scopo che vengono messi in campo dispositivi di contenimento che, sebbene potenti ed efficaci (il camice ne è un esempio), acquisiscono – proprio perché agiti ed utilizzati da *esseri umani* – contorni ambigui e indefiniti, e possono essere costantemente ribaltati ed utilizzati in chiave critica anche contro la stessa organizzazione sociale che li ha prodotti (soprattutto laddove, nel caso della biomedicina, le tattiche adottate dai medici si combinano con quelle attuate dai pazienti). L'etnografia mostra come questo sia concretamente messo in campo proprio nell'ambito dell'incontro terapeutico, che si configura così come lo spazio privilegiato in cui la medicina, in quanto *pratica medica*, si mostra realmente “creativa”, “vitale” e quindi “umana”.

## Note

(<sup>1</sup>) Il testo che qui si presenta, inedito in italiano, costituisce una versione rivista del paper (*Rhetorics of encounter between general practitioners and patients. Identity strategies and use of coat and other devices in therapeutic space construction*) presentato il 24 settembre 2003 al III Convegno internazionale

“Medical anthropology at home”, sul tema “Medical anthropology, welfare state and political engagement”, svoltosi a Perugia (Italia) nei giorni 24-27 settembre 2003 (per il quale si può vedere una più precisa informazione in questo stesso volume 15-16 di *AM* nella sezione *Resoconti dell’Osservatorio* alle pp. 549-553). La versione originale, in inglese, di questo testo comparirà fra gli atti del Convegno in pubblicazione nel prossimo numero di questa stessa rivista.

<sup>(1)</sup> Qui in particolare il riferimento va soprattutto ai medici di medicina generale, che più di altri fondano la propria specificità professionale su una profonda, ampia e duratura relazione con i propri pazienti.

<sup>(2)</sup> Occorre sottolineare che alla base di un certo tipo di rilettura critica su concetti quali “embodiment”, “agency”, e via dicendo, è evidente come anche l’antropologia statunitense abbia in certa misura proficuamente, sebbene tardivamente, recepito l’insegnamento gramsciano.

## Bibliografia

AINSWORTH-VAUGHN Nancy (1998), *Claiming power in doctor-patient talk*, Oxford University Press, New York - Oxford, XII+ 212 pp.

DE CERTEAU Michel (2001), *L’invenzione del quotidiano*, traduz. dal francese di Mario BACCIANINI, prefazione di Alberto ABRUZZESE, postfazione di Davide BORRELLI [ediz. orig.: *L’invention du quotidien. 1. Arts de faire*, Éditions Gallimard, 1990], Edizioni Lavoro, Roma, XLIV+ 317 pp.

GAGNÉ Natacha (2001), *Théorisation et importance du terrain en anthropologie. Etude de la construction des notions d’ “identité” et de “mondialisation”*, “*Anthropologie et Sociétés*”, vol. 25, n. 3, 2001, pp. 103-122.

HERZFELD Michael (1992), *La pratique des stéréotypes*, “*L’Homme*”, anno XXXII, n. 121, gennaio-marzo 1992, pp. 68-77.

HERZFELD Michael (2003), *Intimità culturale. Antropologia e nazionalismo*, traduz. dall’inglese di E. NICOLCENCOV [ediz. orig.: *Cultural intimacy. Social poetics in the Nation-State*, Routledge, New York - London, 1997, XIV+ 226 pp.], L’Ancora del Mediterraneo, Napoli, 240 pp.

LÉVI-STRAUSS Claude (1990), *De près et de loin*, nuova edizione, Odile Jacob, Paris.

PARSONS Talcott (1965), *Il sistema sociale*, traduz. dall’inglese di A. COTTINO [ediz. orig.: *The social system*, The Free Press, Glencoe (Illinois), 1951], Edizioni di Comunità, Milano, 620 pp.

SCHEPER-HUGHES Nancy (2000), *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un’antropologia medica critica*, pp. 281-295, in BOROFKY Robert (curatore), *L’antropologia culturale oggi*, traduz. dall’inglese [ediz. orig.: *Assessing cultural anthropology*, McGraw-Hill, 1994], Meltemi, Roma, 667 pp.

SCHEPER-HUGHES Nancy - LOCK Margareth (1987), *The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology*, “*Medical Anthropology Quarterly*”, vol. 1, n. 6, 1987, pp. 41-83.

SENAH Kodjo A. (2002), “*Doctor-talk*” and “*patient-talk*”. *Power and ethnocentrism in Ghana*, pp. 43-66, in VAN DER GEEST Sjaak - REIS Ria (curatori), *Ethnocentrism. Reflections on medical anthropology*, Aksant, Amsterdam.

SEPPILLI Tullio - GUAITINI ABBOZZO Grazietta (1974 [1973]), *Schema concettuale di una teoria della cultura*, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale della Università degli Studi di Perugia, Perugia, 89 pp.

## Scheda sull’Autore

Maya Pellicciari è nata a Milano il 13 giugno 1974. Si è laureata in lettere nel febbraio del 1999 presso l’Università degli studi di Perugia, con una tesi di Antropologia medica

**dal titolo:** *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 e malattia, con la quale ha ottenuto il Premio "Alessandro Seppilli" (edizione 1999) indetto dalla Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute per tesi di laurea sul tema: La calibrazione culturale delle politiche sanitarie. Nell'aprile del 2003 ha conseguito il Dottorato di ricerca in Metodologie della ricerca etnoantropologica (Università di Siena [sede amministrativa], Perugia e Cagliari [sedi consorziate]), con una tesi dal titolo: La questione del "rapporto medico-paziente". Uno sguardo critico sulla letteratura e una ricerca etnografica in ambulatori di medicina generale nel Distretto n. 1 della AsL n. 2 (Perugia) della Regione dell'Umbria. Dal 1999 lavora come ricercatrice presso la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, per conto della quale tiene corsi di formazione presso varie Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere e altri enti pubblici e privati. A partire dallo stesso periodo collabora inoltre alle attività didattiche della Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia. I suoi interessi scientifici vertono attorno ai temi dell'antropologia medica e in particolare del rapporto fra operatori, servizi sanitari e utenti, alla questione delle medicine "non convenzionali", al tema della migrazione e del suo rapporto con i servizi sanitari. Fra le principali pubblicazioni in proposito: *Health policies and practices of the Italian services toward immigrant beneficiaries: response typologies*, pp. 174-194, in VULPIANI Pietro - COMELLES Josep Maria - VAN DONGEN Els (curatori), *Health for all, all in health. European experiences oh health care for migrants*, CIDIS/Alisei, Perugia, 2000, 221 pp. / con SEPPILLI Tullio (curatori), *Repertorio bibliografico delle pubblicazioni scientifiche sui problemi di salute/malattia concernenti i nuovi immigrati nel territorio italiano*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 9-10, ottobre 2000, pp. 223-310 / *Ethnography in the consulting room. General practitioners' attitudes towards Italian and Immigrant patients in Perugia (Umbria)*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 11-12, ottobre 2001, pp. 273-287 [volume monografico dedicato a *Medical Anthropology and Anthropology. Contributions of Medical Anthropology at Home to anthropological theories and health debates*, a cura di VAN DONGEN Els e COMELLES Josep Maria].*

## Riassunto

*Retoriche dell'incontro fra medici di base e loro pazienti. Strategie identitarie e uso del camice e di altri dispositivi nella costruzione dello spazio terapeutico*

Uno dei modi in cui viene espressa, riprodotta e rafforzata l'egemonia del sapere biomedico è la costruzione di dispositivi nei quali si condensano i suoi tratti più salienti e la loro incorporazione nei corpi dei futuri medici e, seppure secondo modalità apparentemente differenti, in quelli dei pazienti. Sembra anche, però, che entrambi, medici

e pazienti, apprendano altrettanto bene ad utilizzare “scappatoie” o tattiche di manipolazione alternativa degli strumenti acquisiti che consentono loro di dialogare in maniera dialettica con l’istituzione medica e, di riflesso, con il proprio contesto sociale. La funzione pratica del camice, ad esempio – peraltro dubbia, in un ambiente non sterile – appare chiaramente secondaria a tutta una serie di funzioni di natura “semantica” che lo caratterizzano come una sorta di “marcatore di posizione” all’interno dell’arena sociale. L’incontro terapeutico si configura così come lo spazio privilegiato in cui la medicina diviene realmente “creativa”, “vitale” e quindi “umana”.

## Résumé

*Rhétoriques de la rencontre entre médecins généralistes et leurs patients. Stratégies identitaires et utilisation de la blouse et d’autres dispositifs dans la construction de l’espace thérapeutique*

Un des modes par lesquels est exprimée, reproduite et renforcée l’hégémonie du savoir biomédical est la construction de dispositifs où se condensent ses traits les plus marquants et leur incorporation dans le corps des futurs médecins et, bien que sous des modalités apparemment différentes, dans celui des patients. Pourtant, il semblerait que médecins et patients aient appris, aussi bien les uns que les autres, à utiliser des “échappatoires” ou des tactiques de manipulation alternative des instruments acquis leur permettant de dialoguer d’une manière dialectique avec l’institution médicale et, indirectement, avec leur contexte social. La fonction pratique de la blouse, par exemple – au demeurant douteuse dans un milieu non stérile – apparaît clairement secondaire à toute une série de fonctions de nature “sémantique” qui la caractérisent comme une sorte de marqueur de “position” dans l’arène sociale. La rencontre thérapeutique apparaît ainsi comme l’espace privilégié où la médecine devient réellement “créative”, “vitale” et donc “humaine”.

## Resumen

*Retóricas del encuentro entre médicos de cabecera y sus pacientes. Estrategias identitaria y utilización de la bata u otros dispositivos en la construcción del espacio terapéutico*

Una de las formas en las que se expresa, reproduce y refuerza la hegemonía del saber biomédico es la construcción de dispositivos en los que se condensan sus rasgos más característicos y su incorporación a los cuerpos de los futuros médicos y, aunque con modalidades aparentemente diferentes, en los de los pacientes. Sin embargo, parece



que tanto los médicos como los pacientes aprenden a su vez muy bien a utilizar “escapatorias” o tácticas de manipulación alternativa de los instrumentos adquiridos que les permiten dialogar de manera dialéctica con la institución médica y, como reflejo, con su propio contexto social. Por ejemplo, la función práctica de la bata – por otra parte dudosa en un entorno no estéril – aparece claramente secundaria a toda una serie de funciones de naturaleza “semántica” que la caracterizan como una especie de “marcador de posición” dentro de la arena social. El encuentro terapéutico se configura así como el espacio privilegiado en el que la medicina se convierte realmente en algo “creativo”, “vital” y por tanto “humano”.

## Abstract

### *Rhetorics of encounter between general practitioners and their patients. Identity strategies and use of coat and other devices in therapeutic space construction*

One of the ways in which the hegemonic power of biomedical knowledge is expressed, reproduced and strengthened is the construction of devices in which its salient features are condensed, and then their inoculation in the bodies of the coming doctors as well as in those of the patients. Nevertheless, both patients and physicians learn equally well to make good use of “ways out” or tactics of alternative manipulation of the acquired tools, thanks to which they can “perform”, in a dialectical way, a proper autonomous dialogue with medical institutions and, in general, with the social order. The white coat is a good example because although its “official” and declared function, it is also a very powerful semantic tool that can be overturned and used in specific and critical ways as “position marker” in social scene. The therapeutic encounter therefore assumes the shape of a privileged space in which medicine expresses its actual “creativity”, “vitality” and then “humanity”.



## *Il corpo mediato. Una ricerca etnografica sul problema della corporeità nelle trasmissioni di tele-magia nella regione Lazio \**

**Federico Badaloni**

giornalista, laureato in lettere (indirizzo demo-etno-antropologico) presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza"

Il primo ingresso della magia in televisione avviene verso la fine degli anni settanta del Novecento. Non essendoci ancora il telefono a mediare in diretta fra il consultante e il mago, quest'ultimo doveva limitarsi a rispondere a lettere ricevute via posta. Il consulto era dunque reso pubblico soltanto per metà, dato che la gran parte degli spettatori non poteva avere accesso ai contenuti presenti nella lettera che il consultante aveva spedito e non poteva comprendere appieno i riferimenti che vi venivano fatti nel corso del consulto. Paolo Apolito, comprendendo la novità del fenomeno, in *Lettere al mago* (APOLITO P. 1980) studiò il particolare tipo di consulto che si svolgeva nel corso di queste trasmissioni. Possiamo definire il modello dialogico instaurato dal mago con il consultante all'inizio degli anni Ottanta come una "prima forma" di "telemagia" poiché, nel volgere di qualche anno, la possibilità tecnologica di inviare il segnale telefonico "in onda" in diretta TV e la possibilità di applicare una tariffa maggiorata al chiamante (a beneficio del mago), determinò il nuovo modello di trasmissione che dura ancor oggi. Con l'avvento del telefono, le richieste del consultante sono divenute pubbliche e costituiscono al contempo un *business*. Fabio Dei dedicò nel 1986 alcuni lavori all'analisi antropologica di questa nuova forma di magia, analizzandone in particolare il modello comunicativo rispetto a quello della magia "tradizionale" operata senza il *medium* televisivo. Dei evidenziò come i metodi dei maghi "televisivi" dovessero essere considerati come una *synthesi* delle tecniche della magia tradizionale, le quali potevano essere utilizzate eventualmente in un secondo momento, in un consulto privato "dopo la diretta", per la soluzione dei problemi (DEI F. 1986).

L'analisi che ho potuto compiere sul fenomeno a partire dal 1994, registrando i consulti operati in trentasei ore di trasmissioni in diretta diffuse da varie emittenti laziali, ha messo in luce come in questo lasso di tempo il

processo di sintesi operato dai maghi televisivi si fosse esteso anche all'interno di quello che de Martino (DE MARTINO E. 1962: 285) definisce come "orizzonte mitico". Si veda in proposito la trascrizione seguente:

«M- allora scusa, sei de cocchio! Allora ti do un consiglio: guarda, se tu acquisti questa cassetta, questo è il mio primo corso di cartomanzia, dove potete "giocarci", tra virgolette perché è una cosa seria, con tutte queste domande dove guardate che il destino, tesoro ascoltami non ti voglio brontolare, per carità, non sta a me fare i sermoni e non ci penso minimamente, il destino è qualcosa di stabilito dal più grande, quello per cui io tifo che è quello lassù, che ci da una certa data di nascita proveniente però da altre due date di nascita: i genitori, dai nonni, da tutta una progenie dove poi noi, con l'educazione, con la predisposizione, con i geni, con ciò che ereditiamo, andiamo avanti. Tutto il resto che combiniamo si chiama libero arbitrio, però il destino in alcuni punti si combacia, ci da delle linee. Altrimenti non ti potrei dire guardando dei pianeti: "tu hai avuto questa situazione, quest'altra e quest'altra". Lo faccio per fare la bravina, per ricostruire il vostro libero arbitrio, perché sai trentuno anni di questa professione ti fanno diventare anche una psicologa, ma non perché voi dovete dirmi le cose, a me non importa. A me importa aiutarvi, no aiutarvi... consigliarvi! Io non è esatto, non sono né una missionaria, io mi arrabbio quando mi dicono: "la tua è una missione", no. La mia è una professione!» (577-578 b).

Oppure:

«Ognuna di queste persone ha bisogno di qualcosa in cui credere e a cui affidarsi. [...] Io sono una persona che dà amore [...] mi sento un consulente, psicologo, più che mago [...] ciò che piace fare a me è riportare la serenità nelle famiglie. [...] Io ho persone che vengono da me da dieci, vent'anni, che ogni mese magari hanno bisogno di vedermi, vengono, mi toccano e: "ah, sto bene!". Allora il talismano sono io»<sup>(1)</sup>.

La sintesi operata dal mago televisivo sembrerebbe spingersi di fatto fino ad una nullificazione dello stesso orizzonte mitico e rituale. Per questa ragione, venendo meno da parte del mago la possibilità di riattualizzare «l'orizzonte mitico e i valori che esso dischiude e attraverso la parola e il gesto» (DE MARTINO E. cur. 1962: 285), la telemagia dovrebbe apparire "inefficace" al confronto con la magia tradizionale. In realtà questo paradosso è soltanto apparente, poiché, come si chiarirà nel corso di questo articolo, la presenza del *medium* televisivo, il problema del suo dominio e del suo predominio da parte del mago, spostano la questione dell'efficacia del consulto su un piano totalmente differente rispetto alla magia tradizionale.

### *La potenza del medium*

Una trasmissione di magia in diretta si può descrivere come la continua ricerca di un accentramento della potenza-presenza da parte del mago

nella propria persona. In quest'ottica il mago può arrivare anche alla negazione di altri "principi" (piano mitico) o "oggetti" (piano delle tecniche) dotati di una potenza-presenza che è percepita come altro-da-sé. Le stesse caratteristiche del mezzo televisivo sembrano suggerire questo percorso di accentrimento del potere: Clara Gallini afferma infatti che il mago «appa-rendo in televisione, offrendo la propria immagine allo sguardo di tutti, si presenta come invulnerabile e assieme come fonte di ogni possibile positività» (GALLINI C. 1989: 113); analogamente Fabio Dei sostiene che «passare in televisione rende i maghi autorevoli, li legittima socialmente» (DEI F. 1995: 28). In questa ottica si può ritrovare un primo importante elemento in comune fra la magia televisiva e quella tradizionale: appare infatti evidente che proprio procedendo attraverso un peculiare processo di accentrimento e sintesi della potenza-presenza, la televisione favorisce quel bisogno di «straripamento da sé stesso» che connota anche l'attività sciamanica secondo Lévi-Strauss (LÉVI-STRAUSS C. 1966 [1958]: 207).

Come reagiscono i consultanti, cioè i tele-spettatori, di fronte a questo accentrimento del potere magico? Fabio Dei (DEI F. 1996) ha riscontrato che (in naturale accordo con la soppressione dell'universo mitico operata dal mago) il consultante medio delle trasmissioni di telemagia non intende aderire ad una rappresentazione magica del mondo, ma vuole soltanto avere una "mezza credenza" (termine preso in prestito da Adorno). Infatti

«È una caratteristica della contemporaneità impegnarsi sottogamba in pratiche che non si prendono interamente sul serio, che non coinvolgono e condizionano la personalità nel suo complesso, ma rappresentano solo una sua particolare maschera fra le molte possibili e coesistenti e che non sono connesse a dogmi, credenze, ideologie consapevolmente e razionalmente sostenute. Tale è la superficialità del postmoderno» (DEI F. 1995: 36-37).

Freud poneva in relazione questa idea di "mezza credenza" e l'analisi fenomenologica della percezione affermando:

«Il pensare per immagini è dunque un modo assai incompleto di divenire cosciente. Un tale pensare è inoltre in un certo modo più vicino ai processi inconsci di quanto lo sia il pensiero in parole, e risale indubbiamente, sia sotto l'aspetto ontogenetico che filogenetico, ad un'epoca più antica rispetto a quest'ultimo» (FREUD S. 1994 [1922]: 31-32).

Particolarmente interessanti sono in proposito le considerazioni di Jader Jacobelli (JACOBELLI J. 1996):

«la simulazione è implicita nell'immagine, la cui esaltazione è quella del "doppio", quella del caleidoscopico. L'occhio, che è stato definito il più stupido dei sensi, il meno intellettualmente dotato perché il meno bisognoso di una mediazione critica, si è preso la sua rivincita sull'orecchio, ma la "cultura dell'immagine" a cui ha dato vita, rischia di essere un'incultura.

Conoscere per immagini, secondo le ricerche didattiche più recenti, è un conoscere che, nel tempo breve, appare più incisivo, ma che nel medio termine si rivela di più vaga memorizzazione e di spessore cognitivo ridotto. Fortuna vuole che le immagini possono essere registrate. Se non lo fossero, si scioglierebbero come cera e il nostro sapere visivo sarebbe come una lavagna non scritta».

### *Immagini e apparizioni*

L'antropologia ci ha abituato ormai ad includere nell'universo semantico del termine *immagine* anche il fenomeno delle *apparizioni*. Esse instaurano con i soggetti osservanti un rapporto particolare: sono percepite solo da alcuni individui, indipendentemente dalla loro capacità visiva e presentano aspetti diversi nella percezione che ogni individuo ne ha. Ad esse si affiancano le immagini più comuni, che sono esperite quotidianamente da tutti gli uomini che non abbiano impedimenti nell'esercizio dell'organo visivo, immagini connotate quindi da un forte grado di "oggettività". Per esigenze di chiarezza indicherò nel corso di questo lavoro le immagini di questo tipo con il termine "*figure*".

Si può affermare che le *figure* sono connotate per il soggetto osservante da una maggiore consapevolezza del meccanismo di funzionamento del *medium* attraverso il quale sono veicolate; le *apparizioni*, invece, si presentano sovente in un contesto "misterioso", attraverso un *medium* insolito, che normalmente accoglie immagini di tipo diverso. Il soggetto non comprende come sia potuta apparire quella immagine in quel certo luogo. L'*apparizione* stupisce (cfr. APOLITO P. 1992: 63 e segg.).

A questo proposito, prima di calare queste considerazioni nell'ambito dell'analisi sulle immagini televisive, deve essere tenuto presente quanto la tecnologia abbia in sé un forte potere di stupire: essa rende possibili fenomeni e situazioni altrimenti inimmaginabili e ci ha abituati ad uno sviluppo continuo dello stupore, che, più che comportare una sorta di assuefazione alla novità, determina il convincimento latente che attraverso il progresso tecnologico ogni cosa sia possibile, ogni barriera possa essere infranta, ogni immagine possa essere "rivelata".

È bene sottolineare la natura *inconscia* del convincimento riguardo alla "potenza tecnologica", poiché essa fa sì che anche da mezzi tecnologici apparentemente familiari<sup>(2)</sup> gli individui si aspettino prestazioni insolite. "Insolitamente" il telefono ha cominciato a poter veicolare degli scritti, con l'avvento dei fax, oppure ha collegato fra loro dei calcolatori grazie

all'ausilio dei modem. L'analogia fra lo *stupore dell'apparizione* e lo *stupore per le possibilità tecnologiche* è alla base del noto fenomeno delle apparizioni che si sono rivelate "grazie" all'utilizzo di videocamere e macchine fotografiche, laddove l'occhio nudo non riusciva a scorgere nulla (APOLITO P. 1992).

L'*osservazione* e la *visione* non solo si riferiscono ad "oggetti" diversi, ma instaurano anche un differente rapporto con il soggetto che le percepisce. Infatti, mentre nella *osservazione* il soggetto può interagire attivamente con l'oggetto osservato, al fine di comprenderne la natura e il "funzionamento" (ad esempio può manipolare la figura osservata), nella *visione* è l'*apparizione* ad agire su un soggetto caratterizzato da un forte stato di "passività". Oltre a ciò non deve essere dimenticato che il *veggente* non è tanto orientato, come si è detto, a comprendere la natura e la possibilità della apparizione, quanto a "lasciarsi agire" da essa.

Il desiderio di catturare una iero-fania con l'ausilio di una telecamera, come riferisce Apolito a proposito delle apparizioni mariane ad Oliveto Citra, mette pertanto in evidenza un paradosso: che si voglia dominare una *apparizione* (cioè un fenomeno da percepire come una *visione*) attraverso uno strumento dedicato invece alla *osservazione*; un po' come se si volesse vedere Dio con un cannocchiale. La Madonna *appare* per stabilire una comunicazione *attiva*, per rivelar-si. Di conseguenza la "cattura del sacro" attraverso le macchine fotografiche o le telecamere, può apparire come una battaglia positivista per la rivendicazione della autonomia dell'uomo come *soggetto* osservante. Il sacro è "neutralizzato" proprio attraverso la *osservazione* potenziata grazie all'utilizzo dei binocoli, delle macchine fotografiche e delle videocamere, che riducono l'*apparizione* della Madonna ad essere una *figura* inerte fra le altre. Si instaura così un apparente paradosso: la tecnologia scientifica è usata come mezzo volto a *provare* l'evento miracoloso<sup>(3)</sup>.

La magia televisiva, scegliendo come veicolo la televisione, utilizza dunque un mezzo di comunicazione altamente tecnologico, che in quanto tale ha in sé una forte suggestione allo stupore, che viene vissuto come un "non-luogo", in quanto spazio destinato sia all'universo della osservazione che della visione.

### *Una tele-visione*

La magia televisiva instaura un rapporto nuovo fra il mago e il suo cliente, rispetto alla magia tradizionale extra-televisiva, proprio perché elimina la

presenza *concreta* dei corpi del mago e del consultante, dei quali rimane la sola immagine e la sola voce. Questo processo di eliminazione della corporeità, tuttavia, si accompagna all'invio di *alcuni* tratti identificanti del corpo scomparso (immagine e voce) a distanze prima inimmaginabili. McLuhan (McLUHAN M. 1976 [1962]), analizzando questi aspetti dal punto di vista dell'utente televisivo, ha affermato che i *media* elettronici hanno abituato l'uomo ad un *prolungamento* dei propri sensi e c'è chi è giunto addirittura ad ipotizzare una vera e propria assuefazione a questo prolungamento artificiale dei sensi, tanto forte da permanere anche a televisione spenta, spingendo gli individui a ricercare in maniera sempre maggiore delle droghe capaci di "espandere" artificialmente le capacità percettive (CAZENEUVE J. 1972).

La televisione crea un insolito abbinamento vista-udito che trova, ci sembra, un unico paragone nel mondo pre-tecnologico: il teatro tradizionale delle marionette o delle cosiddette "ombre cinesi". In questo tipo di teatro però la narrazione e la finzione sono esplicitamente dichiarati, laddove l'immagine televisiva pretende di ritrarre il *reale*. La televisione enfatizza il ruolo degli organi di senso chiamati in causa nella percezione: come per un tacito accordo, i telespettatori decretano che la realtà sia rappresentabile *solo* attraverso la vista e l'udito. Gli altri organi di senso perdono il loro potere evocativo, possono solo (eventualmente) *rafforzare* un segnale uditivo o visivo.

Un altro processo fondamentale messo in atto dalla televisione è quello di *moltiplicazione*. L'immagine ed il suono di uno stesso fenomeno, ripreso da una telecamera, possono comparire infatti ovunque ci sia un televisore sintonizzato. Questa moltiplicazione, avvertita come dato di fatto dagli spettatori, comporta una sospensione inconscia della attività critica per cui si innesca una attribuzione inconscia di fiducia sulla *verità* della realtà moltiplicata. Scrive infatti René Berger:

«Sapendo, magari inconsciamente, che la trasmissione da essi seguita, è vista contemporaneamente da un pubblico di milioni di individui, i telespettatori affascinati sono incapaci di mettere in dubbio il contenuto o la forma della trasmissione stessa, così come è quasi impossibile mettere in discussione il carattere fiduciario delle monete» (BERGER R. 1996 [1991]: 26).

In questo modo il "carattere fiduciario" dell'immagine televisiva determina una vera e propria *sostituzione della realtà con la sua rappresentazione*. Questo processo di sostituzione non è certamente peculiare del mondo televisivizzato, ma appare piuttosto connesso all'avvento della più antica rappresentazione fotografica. La possibilità di una sostituzione della *presenza* è infatti attestata, ad esempio nell'ambito religioso, da Clara Gallini, che evidenzia



come “il momento rituale del pellegrinaggio, pur continuando ad essere considerato fondamentale, può essere sostituito, tramite terzi, dalla propria immagine” (GALLINI C. 1990: 26). La sostituzione del mago con la propria immagine dunque non pone un problema relativo alla “efficacia” del consulto.

L'identificazione della realtà nella rappresentazione televisiva determina un processo per cui la televisione, come un parassita, si innesta nelle varie realtà da cui trae linfa vitale per decretarne la *realtà*. Tutto ciò che non è “televisivizzabile” è osteggiato e, alla fine, dimenticato dalla massa telespettatrice, diventando irreali. Per questa ragione Apolito ha osservato che «la realtà televisiva sbiadisce quella quotidiana perché si presenta come più forte, superiore, una *iperrealtà*, mentre l'altra appare esile, amorfa, insensata» (APOLITO P. 1990: 220). Anche Fabio Dei sostiene che «non è la realtà che dà senso alla televisione [...], ciò che è reale si mostra nel senso che la televisione ha» e che «la televisione è di per sé un amplificatore di presenza», per cui un passaggio televisivo è per i maghi una legittimazione sociale (DEI F. 1995: *passim*)<sup>(4)</sup>.

Apolito afferma che “l'osservatore identifica la sua realtà con quella della visione oltre lo schermo” (APOLITO P. 1990: 258). Questo significa che il rapporto con le immagini televisive predispone naturalmente ad una percezione di esse come *apparizioni*. Lo spettatore è portato ad averne una *visione*. L'identificazione della realtà vissuta con quella “visionata” in tv conduce quindi il telespettatore a modellare i suoi stati emotivi in maniera conforme alle situazioni che le immagini proiettate sullo schermo rappresentano, favorendo una forma di dipendenza emotiva in cui ci si abitua ad accendere la tv per provare rapidamente e facilmente delle emozioni.

Al mago i telespettatori pongono questioni su problemi *realmente* vissuti e da lui si aspettano rivelazioni e previsioni *concrete*, cioè *risposte possibili, dotate di realtà*. In questo senso un consulto che “diagnostichi” una fattura è considerato *realmente* preoccupante, così come una previsione di amore eterno o di fortuna economica suscita nel cliente una felicità ed un sollievo *reali*, nel senso di “*realmente provate*”. Inutile dire che è in buona parte sulle conseguenze emotive di questa disposizione a dipendere dalla realtà “visionata” da parte dei telespettatori che i maghi imperniano la loro fortuna economica<sup>(5)</sup>.

Questo rapporto particolare fra il telespettatore e l'immagine televisiva che si è tentato di illustrare sin qui, comporta anche il fatto che le immagini televisive possano assumere

«le possibilità di effetti miracolistici o taumaturgici tipici degli interventi celesti o delle loro immagini. Un terreno caratterizzato dall'assottigliamento definitivo di ogni scarto fra immagine elettronica e realtà, tra segno e referente, in cui il piano generale delle "guarigioni televisive" degli operatori magici si articola con il piano specifico delle guarigioni "visionario mediatiche". [...] Allora il piano delle guarigioni prodigiose conferma ancora la contiguità delle immagini *apparse* con le immagini *elettroniche*» (APOLITO P. 1992: 257-258).

Clara Gallini, proprio partendo da una analoga considerazione sull' "uso crescente della televisione per finalità taumaturgiche", ha sostenuto infatti che «con esse siamo in presenza di complesse interazioni con un' *immagine* comunque concepita come "reale"» (GALLINI C. 1990b, 3, cit. in APOLITO P. 1992: 58, corsivo mio). A questo proposito si tenga anche presente che il noto mago Otelma, alla fine di una puntata di *Unomattina*, in un rito officiato da lui in diretta, chiese ai telespettatori di far combaciare le loro mani con le proprie, toccando lo schermo del televisore. L'invito di Otelma è l'invito a considerare il suo corpo, che i telespettatori vedono come immagine, proprio come un corpo "vero", dotato di consistenza reale.

Immagine di questo tipo, cioè immagini che vengono percepite come reali, possono a buon diritto essere denominate esplicitamente *apparizioni*.

La possibilità che la televisione ha di costruire delle *apparizioni* dotate di una "iperrealtà", come la definisce Apolito, apre il problema di una televisione come luogo possibile del sacro. Il mago televisivo, in particolare, agisce all'interno della iperrealtà televisiva, cercando di instaurare delle relazioni con la realtà dei telespettatori al di qua dello schermo. Si potrebbe affermare che il mago abbia proprio teso i suoi sforzi a specializzarsi in ruolo di mediatore fra le due realtà.

Il mago quindi, come afferma Apolito, si pone come manipolatore della sacralità televisiva, come colui che vi attinge per dotare di significato la realtà quotidiana priva di senso. In base a questa considerazione si deve rendere ragione a de Martino, nel momento in cui denunciava che «l'alternativa occidentale magia-religione ha lasciato in eredità alla etnologia e alla storia delle religioni il falso problema della "pura magia" contrapposta alla "pura religione"» (DE MARTINO E. cur. 1962: 283-284). Il sacro, come luogo di "origine del senso", è una realtà a cui attingono entrambe, dando luogo ad una serie di zone di confine in cui non è possibile individuare la "purezza" dell'una o dell'altra, ma anzi, dove risaltano gli elementi in comune <sup>(6)</sup>.

Questo è confermato dal modo particolare con cui viene allestita l'immagine che i maghi scelgono per andare in onda, cioè giungere nelle case dei

telespettatori. Dall'analisi dell'aspetto con cui i maghi intendono proporsi ai telespettatori emerge costantemente il riferimento più o meno esplicito alla iconografia religiosa tradizionale. Questo è operato attraverso gli abiti, gli sfondi oppure l'atteggiamento del corpo. In questo modo i maghi possono presentarsi attraverso un complesso di elementi già noti e per questo rassicuranti, acquisendo allo stesso tempo una caratteristica di ieraticità che prelude all'essere autorevoli.

È suggestiva a questo proposito la similitudine con il santino religioso. Un oggetto che ritrae l'immagine spesso "a mezzo busto", con una scritta posta alla base dell'immagine (ad esempio il nome del santo, oppure una preghiera, ed uno sfondo che determina una aureola posta in corrispondenza del capo della persona rappresentata. Tutti questi riferimenti vengono accuratamente realizzati nelle trasmissioni di telemagia attraverso tecniche di post-produzione (come le scritte in sovrimpressione, ad esempio) oppure attraverso elementi della scenografia. Si potrebbe anche osservare che sia le trasmissioni di telemagia che i santini sono destinati ad uno scambio economico e potrebbero essere entrambi annoverati in un quadro generale di "consumismo del sacro". Le caratteristiche dell'*homo emens* sembrano risiedere soprattutto nel considerare "i beni" come qualcosa di cui si è privi, come qualcosa che deve essere preso, dietro compenso, in un luogo che è un *altrove*. Questa logica, continuamente rinforzata dall'utilizzo del *medium*, tende ad estendersi anche sui "beni" di natura morale o spirituale. In questa dimensione del commercio del sacro, il cliente del mago deve risparmiare per poter accedere ad una risposta sui problemi che lo tormentano: il sacro, una volta raggiunto, non è infatti conquistato. Esso può essere attinto, ma proporzionalmente alla cifra spesa:

«Vf- senta e sul lavoro che me pò ddi quarcosa?

M- mhm... dovresti cercare di riprendere la linea.

Vf- va bene. La ringrazio.

M- Va bene? D'accordo, ciao» (699b).

### *Un nuovo mezzo di comunicazione*

In una trasmissione di magia televisiva il telefono svolge un ruolo fondamentale. Esso è il *medium* che rende possibile il consulto ed il "consumo" della divinazione, poiché, come si è detto, è attraverso il telefono che avviene il conteggio dei minuti e dei secondi, per la successiva fatturazione in bolletta. Il telefono è dunque un *medium* che viene inserito nel *medium*

televisivo. La differenza più evidente fra i due è sostanzialmente nella direzione della comunicazione: l'utente invia la propria voce al mago attraverso il telefono, il mago diffonde la voce del consultante e la propria attraverso il mezzo televisivo. È molto importante sottolineare come le condizioni tecniche peculiari di questa comunicazione, e il controllo che su di esse esercita il mago, condizionano lo scambio linguistico dell'intero consulto. È il telefono il mezzo di comunicazione che "buca" lo schermo e rende possibile un accesso diretto al "sacro". La *realtà* dell'operazione magica sta proprio nel fatto che l'utente televisivo può instaurare una comunicazione linguistica con il mago *apparso*.

Il mago non tocca quasi mai il telefono sulla scrivania del suo studio televisivo né per "rispondere" e aprire la comunicazione, né per chiuderla. Demanda queste funzioni ad un collaboratore che opera attraverso un centralino telefonico nascosto agli "occhi della telecamera", cioè agli occhi degli spettatori (i quali, sia detto qui per inciso, alle varie rinunce della propria corporeità, aggiungono anche quella di non poter dirigere lo sguardo a piacimento). Il centralinista decide inoltre chi può accedere al mago e quindi alla trasmissione in diretta, stabilisce il volume con cui la voce arriverà al mago e ha il potere di far cadere la telefonata in qualsiasi momento. Per tutte queste facoltà di controllo sul "canale" della comunicazione, il centralinista deve essere considerato a tutti gli effetti come un terzo interlocutore che agisce nel consulto.

Ad operare sul centralino può essere più di una persona contemporaneamente. È possibile infatti in questo modo far scattare molte fatturazioni contemporaneamente sebbene una sola chiamata alla volta venga poi inviata in diretta televisiva. Ripercorriamo dunque le fasi della conquista del consulto da parte dell'utente: chi desidera parlare col mago deve innanzitutto essere già uno spettatore della trasmissione televisiva per ricavare il numero (o i numeri) di telefono dalle scritte che appaiono in sovrimpressione. A questo punto può comporre il numero ed entrare così in contatto acustico con gli operatori del centralino. Accade nella maggior parte dei casi che gli operatori tentino di convincere il consultante a rivolgersi a collaboratori del mago per poter moltiplicare le opportunità di guadagno. Il consultante è in genere riluttante di fronte a queste proposte, poiché un mago che non "va in onda" è probabilmente percepito come "di seconda categoria", rispetto al mago della trasmissione.

«M-[...] non tutti... non chiedete... voi state chiedendo in moltissimi di andare in onda e parlare con me. Io vi ringrazio... anche perché dall'altra parte del telefono trovate dei professionisti preparatissimi, ma non possono andare tutti in onda, è al caso [...]» (325b).

Il centralino, questo passaggio obbligato per l'utente che voglia parlare con il mago, si deve considerare in analogia con la funzione assolta dallo schermo-barriera del televisore, *limen* fra la realtà quotidiana e la iper-realtà: una barriera fra sacro e profano, fra il certo e l'incerto, fra la sicurezza del responso sugli avvenimenti futuri e la preoccupazione per gli avvenimenti del presente<sup>(7)</sup>.

Il centralino, in quanto *barriera*, potrebbe quindi essere considerato come una sorta di *prova* da superare, in cambio della quale c'è in premio il consulto agognato. Il superamento di questa prova è infatti sottolineato spesso nelle prime frasi del colloquio col mago da parte del consultante. I modelli che sono usati più di frequente sono due: la "lamentela" per ciò che si è subito o la esclamazione di gioia per ciò che si è raggiunto.

Le esclamazioni di gioia si esprimono attraverso l'elogio della propria fortuna, della propria tenacia o della bravura della maga. Anche la lamentazione può essere intesa dal cliente, non come una polemica con l'esiguità delle linee a disposizione o la funzione di barriera del centralino, quanto piuttosto come una testimonianza di tenacia che mira a sottolineare una abilità o una fortuna particolari, che si sono impiegate per riuscire a parlare con il mago di fronte a tutti gli altri telespettatori. L'utente però deve muoversi sul filo di un rasoio, poiché una lamentela eccessiva potrebbe comportare il forzato scollegamento ad opera del centralino che rimane, per dir così, in agguato, sempre pronto a rispedire il consultante fuori dalla iper-realtà televisiva, facendo cadere la linea che è una sorta di ponte levatoio che conduce al mago.

Il mago non si trova evidentemente nella condizione di precarietà comunicativa in cui è posto il cliente dalla azione del centralino. Egli è il padrone dei *media*: può continuare a parlare con il cliente anche quando la comunicazione telefonica con lui è stata interrotta, attraverso la propria immagine e la propria voce amplificate dal televisore. In questo modo può anche rimproverarlo per la sua impudenza, o spiegare una certa interpretazione senza essere contraddetto pubblicamente. Il mago trae molta della sua "potenza" da questo tipo di utilizzo del telefono: il centralino e l'invisibilità del consultante (ma non quella del mago!) riducono la *persona* che telefona ad essere una mera *voce* senza il sostegno di nessun corpo, di modo che gli strumenti della comunicazione appaiono essere fortemente sbilanciati in favore del mago. Egli può decidere la durata della conversazione, operare un filtro delle telefonate attraverso l'opera del centralino (scegliendo, fra l'altro, il tipo di clientela che desidera) può parlare a volume più alto con poco sforzo, per sovrastare la voce di chi chiama.

Questo complesso di relazioni che i maghi instaurano fra il *medium* telefonico e quello televisivo, comporta che essi non possano essere considerati singolarmente, ma quasi come un *nuovo mezzo di comunicazione*. La combinazione e l'uso simultaneo dei telefono e della tv sono oggetto di continui riferimenti nel corso del consulto: «*vedi? C'è l'impiccato, non ci sono dubbi...*» (23b), afferma il mago. D'altro canto i clienti utilizzano i due *media* contemporaneamente anche senza esplicito invito da parte del mago, tanto è vero che sono frequenti gli inviti ad abbassare il volume del televisore che i maghi fanno ai loro clienti, in quanto se il microfono del telefono è troppo vicino all'altoparlante della tv, entra in risonanza. Centralino, telefono e televisione determinano dunque uno stato di sbilanciamento dei canali comunicativi che si potrebbe addirittura definire come uno stato di "sudditanza mediatica" in cui è posto il consultante. Egli è sottoposto ad una fruizione passiva di un *input* audio-visivo, mentre la sua unica possibilità di *output* (cioè il telefono) deve essere acquistata e comunque sottoposta ad una eventuale censura da parte del centralino.

Questa condizione di quasi totale ricettività nei confronti degli stimoli cognitivi si può considerare come l'*humus* ideale per disporre il cliente del mago alla *visione*, cioè alla attitudine percettiva connessa al fenomeno della *apparizione*. Infatti anche nella *visione* religiosa tradizionale la comunicazione è fortemente sbilanciata a favore del locutore "apparso", rispetto al quale il veggente si pone più che altro, come un ricettacolo, in una condizione di pressoché totale *input*, in rafforzamento del quale possono essere considerati anche gli sporadici *output*. Il mago si pone dunque nella realtà televisiva ed extra-televisiva come Signore della Visione, che al di là del gioco di parole, sarebbe meglio definire come Tele-Visione:

«Mio parto sempre da un presupposto che, siccome *voi siete dalla parte di là*, per me è più facile dirvi anche una cavolata. Che me ne frega, tanto tiro alla giornata, l'importante è quello e se non vi do una risposta al cento per cento, o vedi delle cose, siccome io non so mai il soggetto perché al telefono siamo tutti uguali, ma quando avete tirato giù la cornetta, sotto certi aspetti, ... ma sei sempre lì? ... Pronto!

Vf- ... pronto ... lei è quello della televisione?

M-sì, dimmi!» (699-670b).

### *Il mago e la scienza*

Il mago della cultura folklorica tradizionale è indubbiamente uno specialista delle *visioni*, così come lo sono anche gli sciamani. Questi soggetti sono

deputati, dalle comunità cui appartengono, a muoversi con competenza nel mondo dei sogni, delle allucinazioni indotte dalla *trance*, delle manifestazioni degli spiriti. Nel caso dei maghi televisivi si presenta però un fatto nuovo. Infatti, da un lato il mago, dimostrando implicitamente il suo “essere esperto” in materia di visioni, imposta il complesso dei *media* in maniera tale da sottolineare la condizione di “veggenza” del cliente; dall’altro intende dotarsi di un’aria di “professionalità”<sup>(8)</sup> e di “scientificità” frutto del mondo della *osservazione*.

È proprio attraverso questa sintesi dell’orizzonte tecnico-rituale e allo “strappamento della propria presenza” anche nell’universo simbolico scientifico che il mago circoscrive il “campo d’azione” del cliente, confinandolo al mondo delle *apparizioni*. Questo rientra coerentemente nella logica della “costruzione del *personaggio*”, connaturata alla iper-realtà televisiva. Il mago televisivo evita di contrapporsi alla scienza medica, ma cerca di sfruttarne il linguaggio, per poter sfruttare ed appropriarsi della fiducia che il consultante ripone in essa. Scrive giustamente Apolito:

«[...] quella del mago diviene una delle professioni liberali e tende a modellare tutta la sua sfera d’azione secondo la tradizione di queste, in particolare della professione medica. La scansione del rapporto mago-cliente ripete le modalità del rapporto medico-cliente» (APOLITO P. 1980: 23).

A titolo di esempio, si consideri il brano riportato integralmente di seguito, nel quale emerge anche la grande componente di ignoranza delle cognizioni di medicina (e fisiologia) da parte del mago. La telefonata rende bene l’idea di come, per il mago che si sbilanci troppo, l’avventurarsi nel terreno della medicina comporti dei rischi notevoli:

Vf- Pronto? io sono Fernanda da Firenze.

M- Dimmi Fernanda.

Vf- Volevo sapere sulla salute.

M- Quanti anni hai, Fernanda?

Vf- Sessantasette.

M- Sessantasette. Senti Fernanda, tu sei stata operata, per caso?

Vf- No.

M- Chi ha subito un intervento in casa tua?

Vf- nessuno.

M- Nessuno eh? è perché sei amareggiata che ti ho detto questa cosa?

Vf- no, non sono amareggiata.

M- senti Fernanda, tu hai detto che hai sessantasette anni. Senti un pochino...ma ti stai facendo degli accertamenti tu per caso?

Vf- eh... da un po' che fò gli accertamenti.

M- è già un po' eh? Perché qui mi dice che c'hai problemi di osteoporosi se non sbaglio. C'hai un'artrosi cervicale e in passato hai avuto anche giramenti di testa e roba varia.

Vf- Eh... a volte ce l'ho avuto sì.

M- perché c'è anche un po' di virintite<sup>(9)</sup>, capito? Stai attenta perché ti potrebbe riacutizzare questo male di passato.

Vf- Che sarebbe questa roba?

M- Beh, la virintite sono questi giramenti però potrebbe essere anche causati da questa artrosi cervicale, hai capito? Comunque, vedo che sei una donna abbastanza attiva.

Vf- Ah, sì... per ora!

M- Eh oh, che ti vuoi vedè morta?

Vf- Senti... ma io più che altro c'ho le gambe che...

M- Eh... aspetta, ora piano piano te lo dicevo no? Ora mi hai interrotto. cattiva circolazione, pesantezza di gambe, cattiva circolazione a meno che anche te non hai qualche piccola venuzza che ti dà fastidio... però più che altro è la circolazione. E va be', t'ho detto che sei una giovanotta... piano piano con cure appropriate.

Vf- E tutte quell'altre, non mi vedi più nulla?

M- E va bene ! Che ti devo fare un check-up completo? T'ho detto "sei stata operata?", mi dici di no, "chi è stato operato in casa tua?", "nessuno", e poi mi vieni a di' "mi guardi un po' se c'ho un tu..."<sup>(10)</sup>. Eh scusa cocca mia, io ti ho già fatto una piccola infarinatura e abbastanza, poi se sei già stata operata un anno fa non ci posso mica fare nulla.

Vf- Mio marito è stato operato che se fece le emorroidi.

M- Ascolta, tu mi hai chiesto di te, non m'hai chiesto del tu' marito, io t'ho detto all'inizio se hai avuto qualcuno all'ospedale, te m'hai detto di no e ora mi vieni fuori che c'hai il figliolo, la zia o il nipote che stanno... scusa! Abbi pazienza!

Vf- Io più che altro l'avevo chiamata perché ho problemi di diabete.

M- Senti, il diabete, problemi di circolazione per me la circolazione, quando c'è problemi di circolazione è connessa anche al diabete, perché sono dispensi di sangue e roba del genere. Io non sono un medico, ti dico quello che sento sotto certi aspetti. Ma! Io non capisco che cosa. A voi dirvi una cosa... c'è gente che a volte per la salute tira giù anche il telefono perché non risponde... da me pretendete che io vi faccia anche le analisi del sangue e non c'ho la provetta. Mah! Io non capisco!

[la linea cade, presumibilmente ad opera del centralino]» (505b).

**Bisogna dire però, che è abbastanza raro che un mago "si metta in trappola" da solo come nel caso riportato. Normalmente i maghi sono più cauti, di fronte alle domande sulla salute:**



«Vf- Io volevo sapere invece qualcosa che riguarda mia madre ... ecco, mia mamma è dello Scorpione, è nata il 27 novembre, ha un po' di problemi di salute, ecco ... vorrei sapere cosa mi dicono le carte, come andrà.

M- Dunque per quanto riguarda problemi di salute ...

Vf- Pronto?

M- Sì, sì... adesso sto leggendo le carte, è un problema che in effetti c'è però tua madre potrebbe anche affrontarlo con molta più tranquillità di quanto sta facendo adesso, perché il problema non mi pare molto serio, mi pare un problema reale, da non sottovalutare naturalmente, ma di non farsi coinvolgere troppo dal problema della salute.

Vf- Sì, io mi preoccupo perché lei è molto agitata, molto preoccupata.

M- Deve essere un tipo ansioso infatti, ecco io credo che in questo la cosa migliore che tu possa fare è starle vicina, perché dalle carte io vedo che tu sei dotata di una grossa carica di saggezza, di equilibrio. Sono quasi tutti arcani maggiori<sup>(11)</sup> e per di più simmetrici, quindi l'equilibrio tu ce l'hai. Potresti comunicare a tua madre questa energia positiva di modo che anche tua madre ne venga direttamente o indirettamente tranquillizzata. Il vivere in questo momento con più tranquillità è molto importante per superare il problema.

Vf- Ti ringrazio moltissimo, cercherò di tranquillizzarla, insomma, dire a lei quel che tu hai detto a me.

M- Ti ringrazio io e richiamaci ancora, quando vuoi. Ciao.

Vf- D'accordo, arrivederci» (136-137b).

### *Diagnosi e previsioni*

È da notare come il mago di cui è stato riportato il dialogo nell'ultima trascrizione del paragrafo precedente preferisca fornire una "rilettura" sociale della malattia piuttosto che una diagnosi. Una strategia che risulta infatti vincente, capace di soddisfare il cliente e quindi la più adottata da tutti i maghi presi in esame nel corso del presente studio. Il mago innanzitutto ridefinisce il grado di coinvolgimento emotivo che spetta alla malattia in questione dicendo che il problema, seppure "reale", non merita una preoccupazione eccessiva. A questo punto si dirige direttamente a quello che sarà il nocciolo del suo responso: la riorganizzazione dei rapporti fra madre e figlia in funzione della malattia. Dice infatti alla ragazza che deve stare più vicina alla madre, la tranquillizza e le infonde coraggio attribuendole una particolare saggezza e una "energia positiva".

Come ha osservato Susan Sontag: «poiché esige un'interpretazione, la malattia diventa dunque un supporto del senso, significante il cui significato è il rapporto dell'individuo con l'ordine sociale»<sup>(12)</sup>.

Questa interpretazione semantica avviene nella quasi totalità dei casi con l'ausilio dei tarocchi, sebbene i maghi televisivi parlino spesso di altri metodi divinatori per occupare i "tempi morti" fra una telefonata e l'altra. In un solo caso in tutto il *corpus* videoregistrato una maga ha illustrato un metodo divinatorio consistente nel far cadere delle gocce d'olio nell'acqua, per interpretare poi le forme che si determinano, metodo di divinazione tradizionale assai diffuso in Italia fino ai nostri giorni.

Per quanto riguarda i tarocchi, innanzitutto c'è da dire che essi sono costituiti da 56 carte a semi italiani e 22 figure simboliche dette "arcani" o "trionfi", la simbologia, la grafica e la colorazione dei trionfi si ricollegano direttamente alla tradizione cattolica<sup>(13)</sup>. La disposizione dei tarocchi sul tavolo varia talmente da mago a mago da suggerire l'idea che non esistano dei criteri *stabili* che non possano essere rielaborati soggettivamente. I primi contributi riguardo alla "lettura" dei tarocchi risalgono addirittura a Tylor: «non c'è dubbio che le carte possono fornire un numero limitato di significazioni divinatorie relativamente razionali, il resto, invece, è lasciato all'arbitrio di una certa fantasia» (TYLOR E. B. 1985-1988 [1871]: 135). Paolo Apolito, in uno studio compiuto prima che i tarocchi facessero il loro ingresso in televisione, ha affermato che:

«[...] I tarocchi non sono più un complesso di simboli che il cartomante dispone ed ordina in un percorso individuale per il cliente, né il tramite per una consultazione spiritica, bensì un pretesto potenzialmente fungibile, per consentire all'inconscio del cartomante di entrare in sintonia con quello del cliente» (APOLITO P. 1980: 21).

L'accesso al mondo televisivo sembra però aver inciso sul procedimento di lettura dei tarocchi. In linea generale si può osservare che il mago procede ancora attraverso l'analisi delle immagini dei tarocchi secondo due livelli cognitivi: l'osservazione di ogni singola immagine-carta e quella del complesso delle relazioni che le varie immagini compongono. Tutti i maghi sono concordi nel dire che una carta singola, intesa come "segno", deve essere posta in un *contesto* di altre carte. È il complesso delle relazioni fra le varie carte che *significa* e che informa del suo significato i segni delle singole carte. Questo tuttavia non significa che le carte siano dei "simbolizzatori", cioè che non significhino nulla presi in sé stessi. L'interpretazione dei tarocchi sembra piuttosto coincidere con la "costruzione di uno schema concettuale", processo descritto da Boyer, in cui i soggetti «devono costruire questo "schema concettuale" a partire dall'interpretazione degli enunciati e delle singole azioni. Il processo intellettuale messo in atto è dunque un processo induttivo, e procede attraverso la generalizzazione di alcuni tratti presenti nei contesti effettivi» (BOYER P. 1989: 69).

Il mago sembra dunque procedere in un primo momento per induzione: costruisce uno schema intellettuale componendo i vari significati (seppure vaghi) delle singole carte in un *contesto* *significante*. In un secondo momento però il mago torna sulle singole carte e, con un processo *deduttivo* questa volta, determina dei significati più precisi, rispetto a quelli da cui era partito, grazie alla conoscenza dello “schema concettuale” che si è formato.

Questo procedimento è reso esplicito da una serie di dialoghi con i clienti:

«M- *Mi dice la carta già in alzata*<sup>(14)</sup> *allegria e lacrime, quindi alti e bassi. Adesso bisogna stabilire quali sono gli alti e quali sono i bassi, quelli che hanno la priorità.*

[...]

M- *C'è questo qualcuno che blocca tutto il discorso e addirittura, secondo me, lui frequenta una persona che invece i figli li ha.*

Vf- *Una donna?*

M- *Non è di Roma probabilmente, non sta qui a Roma perché mi esce la carta del fuori, potrebbe essere questo l'impedimento a tornare.*

[...]

Vf- *è sempre un uomo, comunque, questo impedimento ...*

M- *No, no ... aspetta un momento. C'è un giovane bruno in questo riquadro che mi disturba. Non so cosa sia, potrebbe essere una persona che sta dietro a te, potrebbe essere qualsiasi cosa, ma è una carta che mi esce sotto il tuo dominio, quindi è una cosa che comunque sei in grado di dominare.*

[...]

M- *Va beh, io ti dico che c'è, sai è una verità sempre dura da mandar giù. Io ti dico che c'è poi tu puoi credere, non credere, spero di sbagliare però queste carte qui parlano un attimino chiaro, può darsi che sia una storia passeggera, diciamo così. Io sono convinta che è una storia che in un certo senso impedisce un certo riavvicinamento perché lo fa inorgogliare [...] è tipico del toro!» (766-771b).*

—

«M- *Mi piace pensare di esaminare dei problemi, non di predire il futuro. So fin troppo bene che, se dico ad una persona: “fra due anni sarai malato”, tempo due anni e si ammalerà davvero.*

MarieClaire- *Ma allora lei non usa le carte?*

M- *Certo che le uso e sono anche molto consumate. Ma cerco solo conferme.*

MarieClaire- *Si spieghi meglio ...*

M- *so bene che la gente si aspetta che io “indovini”, ma il mio compito non è di azzeccare quanti amanti ha una persona, ma risolvere i suoi problemi, renderla capace di lottare, le carte mi dicono se ci sono delle possibilità. Perché una cosa è certa: non escono per caso» (CERESA M. - CUTULI M. G. 1996: 65).*

Dalle trascrizioni riportate emerge che lo “schema concettuale” è elaborato ovviamente anche sulla base delle informazioni date dai clienti e sulla base delle cognizioni astrologiche generali. In questo senso si può evidenziare una importante analogia fra il processo di lettura dei tarocchi e la strategia cognitiva che si adotta normalmente nei confronti di un interlocutore presente “in carne ed ossa”. Quando una persona è visibile, si osservano infatti i movimenti dei singoli arti del suo corpo, per poi percepirli come un’unica postura significativa; analogamente i muscoli facciali, pure osservabili nei loro singoli atti, si sommano poi in una “espressione” del viso. Attraverso questo procedimento induttivo nella percezione, si possono acquisire informazioni preziose durante un dialogo: le braccia conserte, ad esempio, possono rivelare in certi contesti un atteggiamento di chiusura di uno degli interlocutori nei confronti del contenuto del dialogo instaurato, allo stesso modo un viso sorridente denota una disposizione d’animo conciliante.

Questa lettura degli atteggiamenti del corpo, che nella maggior parte dei dialoghi avviene in maniera inconscia, porta ad uno “schema concettuale” che coincide con un livello di conoscenza più profondo del carattere dell’interlocutore rispetto, ad esempio, al livello di conoscenza che si può ottenere su di un interlocutore che si trova al telefono e che sia quindi invisibile. Questo schema concettuale, usato come base per la deduzione, rende più *prevedibili* le reazioni ed i comportamenti che l’interlocutore porrà in atto anche in contesti analoghi a quello in cui è stato acquisito lo schema concettuale. Gli studi psicologici sulla percezione personale hanno rivelato che «un elemento che determina il tipo di impressione che ci formiamo di un’altra persona è l’ordine in cui riceviamo informazioni su di essa» (DARLEY J. *et al* 1993 [1991]: 301) e anche di questo fenomeno si potrebbe trovare traccia nella significatività che i maghi attribuiscono all’ordine con cui si presentano le varie immagini-carte dei tarocchi.

È plausibile quindi che sia in base ad un processo cognitivo *analogo* a quello con cui si osserva il corpo di un soggetto enunciante, che il mago osserva le singole immagini dei tarocchi e il loro complesso di relazioni, man mano che prendono forma sul suo tavolo. Si confrontino queste osservazioni con le seguenti trascrizioni:

«M- [...] si è tramandato da quel periodo, da quei tempi, anche la scoperta di poter, con i tarocchi, leggere la vita, le persone umane, il passato, il presente, il futuro, il comportamento delle persone» (466b).

«M- [...] Ascolta, invece la cosa che vedo per te non molto positiva, devo essere sincera, è la salute. Ti vedo due grossi problemi nel camminare, pro-

prio da classico Sagittario, *c'hai un segno su una coscia, che cos'è, una cicatrice?, un grosso neo?, cos'è?*

Vf- Sulla coscia?

M- Sì.

Vf- No.

M- La parte superiore della gamba fra il ginocchio e l'attaccatura dell'anca. Che c'è?

Vf- tra il ginocchio... no, cioè ho avuto dei problemi, sì, a una gamba perché sono caduta, però attualmente non ho problemi.

M- Senti hai battuto anche l'anca in questa caduta?

Vf- No, oddio, anche l'anca sì, perché mi sono rotta una costola.

M- Un po' di controllo. *Guarda che ti vedo, non sono brutte carte [...]* (434b).

—

«M- Ci sono un sacco di novità sul lato economico, ma vedo come non... non mi appare la figura di tua moglie o della tua compagna, per cui vedo non...

Vm- da solo?

M- ... si vissuta un po' da solo» (420b).

—

«M- Hai visto? [rivolto alla sua assistente, Chiara] Lei era preoccupata per la gola mentre era più importante nell'ambito respiratorio.

Chiara (assistente del mago)- Qualcosa di più profondo hai visto tu nelle carte, infatti» (*ibidem*).

—

«M- Annamaria mi perdoni, ma devo essere indiscreta, quanti anni ha?

Vf- Trentadue.

M- Trentadue. Mi scusi, ma sa perché? Glie lo spiego subito, così tolgo la curiosità a tanti telespettatori che spesso sentono cartomanti chiedere l'età o segni zodiacali. L'età è importante perché secondo l'età della persona io battezzo le carte, perciò so pure se c'è un antagonista ha capito, se c'ha un'età diversa» (730b).

### *Il corpo scomparso*

Clara Gallini ha svolto una importante riflessione sul problema della "incorporeità"<sup>(15)</sup> della comunicazione telefonica:

«Per questo tramite [il telefono] il pubblico viene sollecitato a farsi avanti e a trasformarsi esso stesso in un personaggio [...] ma anche con tutta l'incorporeità di una pura voce che si trasferisce per dialogare con chi, a sua

volta di sé ci rimanda voce ed immagine. L'assenza del corpo del consulente è il paradosso più grande di ogni spettacolo televisivo con le telefonate in diretta [...]. E forse allora ci sarà da chiedersi se nelle telefonate in diretta alla maga non ci sia anche questo: una paradossale ricerca di saperi e segni da parte di persone che soffrono per un corpo perduto, e costrette a cercarlo proprio attraverso le improbabili vie di un etere incorporeo» (GALLINI C. 1989: 113).

Attraverso il telefono e il superamento della barriera-centralino, il consulente non conquista solo un mondo sonoro (la voce del mago e l'amplificazione della potenza della propria voce), egli conquista anche la *visione* del corpo del mago, che, come s'è visto, in quanto *apparizione* è dotato di una consistenza "reale". Il particolare potere persuasivo della televisione e la peculiarità dei contenuti della conversazione, porteranno inoltre il consulente che osserva il video durante il contatto telefonico in diretta a sentirsi al centro della attenzione del mago e si sentirà osservato in prima persona dallo sguardo del mago attraverso il vetro del televisore. Il mago invece è privato della presenza dell'interlocutore, non ne conosce l'espressione del viso, non ne può valutare l'abbigliamento, la postura, è in sostanza accecato dal potenziamento della propria presenza.

Di fronte a questa privazione, il mago innanzitutto cerca di crearsi uno schema concettuale sulla base dei tarocchi e di ciò che viene detto nel dialogo telefonico e quindi, come si è visto, ritorna sui tarocchi stessi per sostenere le sue interpretazioni.

È in questo senso che si riscontra una differenza nel processo di lettura dei tarocchi in tv rispetto al metodo tradizionale. La televisione comporta da parte dei suoi "personaggi" la rinuncia al bisogno naturale ed istintivo della percezione visiva<sup>(16)</sup>, tema messo in evidenza anche da Fabio Dei. Egli sottolinea infatti come nella nuova magia televisiva la "concentrazione" possa avvenire solo sulla voce, mentre, nella magia classica, la concentrazione poteva avvenire anche solo sulla immagine del cliente (per metafora) o su un suo indumento o oggetto (per procedimento metonimico) (DEI F. 1996).

I tarocchi potrebbero dunque essere considerati a buon diritto come il luogo in cui il mago sfoga questa frustrazione per la cecità, riscattandosi in una "sublimazione" della capacità visiva:

«M- [...] Avete bambini?

Vf- Sì, due.

M- Mmh, *li vedo*. [...] Ogni tanto *vedo* che ci sono degli scontri fra voi due... due pianeti di terra, è inevitabile una cosa del genere!

Vf- Acqua e fuoco!

M- Terribile comunque. Bene, suo marito è portato o magari lo desidera, viaggiare, fare un bel viaggio?

Vf- Sì, ma solo da parte sua?

M- O Dio ! Io l'ho visto su di lui, non ho guardato te, allora vediamo un po' dove stai [...] beh, anche te sei portata per i viaggi eh?

Vf- Io sì, tanto!» (256b).

Non riveste tuttavia un'importanza minore la problematica vissuta dal cliente, su cui ha richiamato l'attenzione Clara Gallini, come si è visto all'inizio di questo paragrafo. Il cliente infatti, se da un lato è consapevole della scomparsa del suo corpo nel viaggio verso la iper-realtà televisiva, dall'altro ritiene di essere scrutato “nel profondo” della sua persona dalla lettura dei tarocchi del mago. Egli sottolinea a più riprese le considerazioni che ritiene *vere* sul proprio passato e sul proprio presente pronunciate dal mago. Quest'ultimo, come si è visto, coerentemente con la sua volontà di dominare anche il mondo della *osservazione*, tende spesso a presentare la sua arte divinatoria come una “scienza”, frutto di studi e di esperienza.

Si creano così i presupposti in base ai quali il cliente può affidare la propria persona, il proprio corpo, alla *osservazione* del mago con la stessa fiducia con cui si rivolge ad un medico: così come accetta che il medico osservi il suo corpo avvalendosi dei suoi strumenti, allo stesso modo considera i tarocchi utilizzati dal mago un valido aiuto per la diagnosi, la prevenzione e la cura dei problemi che lo affliggono. Il telefono e la televisione, nel complesso delle relazioni che instaurano, sottolineano dunque la fragilità del corpo del consultante che deve essere curato, ma nel contempo celebrano la potenza terapeutica del mago<sup>(17)</sup>, dotato di un corpo che non scompare, tanto forte da inviare una immagine di sé attraverso l'etere, “incorporeo”, televisivo.

### *Il dialogo*

Claude Lévi-Strauss ha affermato che “la magia riadatta il pubblico a problemi predefiniti” (LÉVI-STRAUSS C. 1966 [1958]: 206): il pubblico televisivo instaura un collegamento diretto con il mago, entra nel mondo televisivo (luogo per eccellenza delle *soap operas*) e li racconta la sua storia privata. Questa “microstoria” viene riformulata dalle parole del mago, privata di “concretezza”, spersonalizzata, in un certo senso, per diventare una *soap opera* fruibile da *tutti* i telespettatori. Questo processo può essere vissuto dal consultante come un momento di *oggettivazione* delle proprie esperien-

ze, ma anche come un momento di *soluzione*, nel senso che le singole esperienze vengono diluite, disciolte, in modelli di esperienza collettiva. In questo senso deve essere presa in considerazione anche la tesi di Mauss a proposito di una magia che mette le *idee collettive* «al servizio dell'immaginazione individuale» (MAUSS M. 1991 [1950]: 146). È difficile infatti non considerare come *idee collettive* i modelli proposti dalle *soap operas*.

La costruzione di queste *soap operas* avviene nel dialogo fra mago e cliente. Negli studi di Paolo Apolito la dimensione del dialogo fra veggente e apparizione, che in questo contesto potrebbe corrispondere al dialogo fra il telespettatore che ha telefonato e il mago, viene vista solo come un momento di una costruzione linguistica più ampia, in cui la parte più importante è svolta dalla *collettività*. Nel corso della costruzione linguistica dell'evento "apparso", nell'ambito della cultura religiosa tradizionale accade spesso che si produca una "effervescenza comunicativa che produce entropia e che autodistrugge il suo oggetto. Tutti dicono tutto e i messaggi, incrociandosi, si elidono a vicenda per assenza di coerenza, senso, verosimiglianza" (APOLITO P. 1990: 71). L'apparizione televisiva non corre questo rischio, il *pubblico* dei telespettatori non coincide con una *comunità* di persone. Non c'è la costruzione linguistica operata dalla *collettività*, nel caso delle apparizioni "televisive": la televisione non si discute, è la televisione che parla di sé stessa. A proposito dell'enunciazione e della comunicazione orale tradizionale, J. P. Albert ha affermato che «l'accesso alla parola (e il diritto di rendere manifesto il particolare sapere di cui si è detentori) non è libero, [...] la validità stessa di ciò che è detto non dipende dal valore logico dell'enunciato, ma dalle particolari condizioni della sua enunciazione»<sup>(18)</sup>. Se ricordiamo il carattere di "autorità" della apparizione televisiva, possiamo comprendere perché ciò che il mago dice non sia sottoposto al giudizio critico del pubblico, il cui ruolo appare invece fondamentale nella religiosità tradizionale, dove di fronte ad un fenomeno "strano" si innesta un processo di interrogazione dell'immagine: solo dalla elaborazione collettiva delle risposte dell'immagine interrogata si deve dedurre la vera natura della apparizione<sup>(19)</sup>.

Si può fare un paragone, solamente a titolo esemplificativo, fra le leggi fisiche e i processi cognitivi: così come in natura un passaggio da uno stato fisico ad un altro ha bisogno di *energia*, lo stesso accade anche nel caso di un passaggio di una *figura* allo stato di *apparizione*. Nella cultura religiosa tradizionale è la stessa entità metafisica che impiega la propria "energia" per manifestarsi tramutando una figura (un quadro, una statua, una luce nel cielo) in una apparizione (lacrime, colori "innaturali" della luce, profumi, movimento). Nel caso della magia televisiva, si osserva che i maghi



impiegano l'“energia” e la potenza del *medium* per presentare la loro immagine come una *apparizione* ai telespettatori. Non c'è più bisogno, allora, di una legittimazione linguistica dell'evento “apparso”. Il mago conquista l'apparizione con la forza della televisione <sup>(20)</sup>.

Apolito afferma inoltre che «la costruzione delle “apparizioni” avviene sempre nel corso di interazioni linguistiche fra individui che si avviano subito e che organizzano un contesto di significato. Questo poi dirige la selezione delle esperienze e della memoria, che va a costruire la coscienza degli eventi». In questo modo alcuni importanti avvenimenti narrati possono divenire modelli semantici generali, cioè «oltre a dare senso alla storia [narrata] diventano il senso di altre possibili costruzioni narrative di altri eventi più o meno simili. Sono avvenimenti che permettono di costruire una logica esplicativa del mondo» (APOLITO P. 1990: 55-56).

La validità di queste affermazioni non è vanificata dal fatto che in ambito televisivo non ci sia la elaborazione linguistica dell'evento da parte della collettività. La novità della magia delle apparizioni televisive non consiste in uno stravolgimento, ma in uno spostamento di accenti. L'enfasi viene posta solo su quello che in una ierofania tradizionale costituiva il primo momento: il dialogo attraverso il quale l'immagine si manifesta ad un veggente. I contenuti generali dell'operazione linguistica nel suo complesso, evidenziati da Apolito, permangono, ma condensati nel dialogo con il mago. È quindi possibile ritrovare in questo dialogo la organizzazione di “contesti di significato” e la ricerca del “senso” degli eventi narrati e vissuti dal consultante sia nella vita privata che al momento del consulto televisivo. Attraverso questi dialoghi, dunque, il cliente ottiene delle interpretazioni che spingono nel senso della formazione di concetti generali. Questi concetti contribuiscono poi a formare un quadro generale frutto della correlazione delle esperienze, operazione che, a livello linguistico, si basa sulla terminologia dell'oroscopo. Le azioni singole vengono ricondotte al *carattere* della persona, espresso come *segno zodiacale*. A sua volta il segno intesse delle relazioni con gli altri segni. L'attività principale del mago allora consiste proprio in questo: *ricomporre* e dotare di significato. La situazione che si riscontrava nel rapporto con il corpo del consultante frammentato e ricomposto attraverso i tarocchi, si riscontra nell'ambito più generale dell'ordinamento dell'esperienza quotidiana, frammentata e ricomposta attraverso un uso accorto del dialogo.

Come si diceva, già McLuhan (McLUHAN H. M. 1976 [1962]) ha considerato il potere del telefono nel “prolungare” l'organo vocale umano. Nel caso dei maghi televisivi la potenza appare amplificata ulteriormente. Infatti

colui che ha telefonato è ben consapevole del fatto che se la sua voce andrà in onda sarà amplificata da tutti gli altoparlanti dei televisori sintonizzati su quel programma di magia televisiva e sarà udita da molte migliaia di uomini. Telefonare ad un mago riuscendo ad accedere alla diretta significa quindi aumentare la “potenza” della propria voce in maniera del tutto stra-ordinaria, rafforzando la propria “presenza” nella realtà, il proprio “essere-nel-mondo” e ottenendo che la potenza della voce del mago sia indirizzata sulla propria persona. Questo però determina anche il fatto che i clienti dei maghi televisivi devono, nel loro consulto, convivere con una drastica diminuzione del livello di *privacy* dovuta alla “pubblicità” del colloquio. Le strategie linguistiche messe in atto per difendersi da questa “pubblicità” assoluta del colloquio sono di generi diversi. Innanzitutto i clienti tacciono sempre il proprio cognome, sostituendone la funzione identificante con l’enunciazione del luogo di residenza. In altri casi anche il primo nome non viene rivelato al mago. Non vengono mai pronunciati, inoltre, i cognomi di terze persone coinvolte nel dialogo (amanti, soci, amici...) e non si entra mai nello specifico delle situazioni più delicate.

Questa situazione di pubblicità della comunicazione viene sfruttata spesso dai maghi televisivi. Essi se ne possono servire infatti per evitare di dover scendere troppo nel particolare durante il responso, usando un linguaggio ammiccante del tipo “tu sai di cosa sto parlando no?”. Già Tylor si era espresso su questa caratteristica di *ambiguità* del linguaggio dei maghi affermando:

«Il mago si esprime in termini ambigui atti a coprire gli insuccessi, la caratteristica di questa ambiguità sta nel fatto che essa consente tre o quattro possibilità di risposta contemporaneamente circa le cause del fenomeno» (1985-1988 [1871]: 44).

Anche Adorno ha commentato questo fenomeno:

«Nella sfera delle comunicazioni di massa ciò che non è detto manifestamente, l'intenzione nascosta, il “contenuto latente del sogno” in senso freudiano, non deve essere identificato senz'altro con l'inconscio. Quelle comunicazioni sono dirette ad uno strato intermedio che ospita ciò che non è interamente permesso né interamente represso, simile alla zona della allusione, della strizzata d'occhi, del “sai già cosa voglio dire”» (ADORNO 1976 [1972]: 144).

L'abilità linguistica del mago sta nello sfruttare al massimo il minor numero di informazioni fornite dal cliente. In questo senso il mago è sempre “combattuto” fra la volontà di stupire esponendosi e il rischio di sbagliare, che è tanto più alto quanto minore è il numero degli elementi forniti<sup>(21)</sup>.

C'è tuttavia un elemento che il cliente è tenuto a fornire per una prassi che appare consolidata ed indiscussa: l'età o la data di nascita, richiedere la quale può essere meno compromettente per il mago, in quanto è presentata come necessaria per i riferimenti astrologici. Il mago può, ove lo ritenga opportuno, informarsi anche sullo stato civile o sulla professione, sebbene siano richieste che devono trovare una giustificazione perlomeno apparente.

L'età determina un campo di risposte possibili, ad esempio in tutti i casi in cui il cliente ha più di sessant'anni i maghi analizzati in questo lavoro hanno previsto problemi di salute. Proprio per questa sua importanza assoluta, se l'età non viene fornita dal consultante è chiesta espressamente dal mago.

Ci sono anche delle fasi precise del colloquio che possono essere considerate invarianti. Queste fasi sono state analizzate in maniera approfondita da Fabio Dei (DEI F. 1995: 12 e segg.), al fine di comprendere la "razionalità comunicativa" attraverso l'analisi degli elementi messi in atto. Lo schema elaborato da Dei si sviluppa nel modo seguente:

a) *Incipit*: apertura del dialogo. Comprende i saluti, la presentazione del consultante, la formulazione della sua domanda e la raccolta di alcune informazioni da parte del mago, in primo luogo della data di nascita. A questo si deve aggiungere l'operazione globale di instaurazione del *frame*. In sostanza, «l'*incipit* tende a restringere considerevolmente le possibilità di definizione della situazione e dei problemi del consultante» (ibidem).

b) *Disposizione delle carte e interpretazione esplorativa*: è il momento in cui il mago, disponendo le carte, "enuncia le basi del suo responso". Nel caso in cui per chiamare il mago ci si debba servire di linee a tariffa normale questa fase può durare anche pochi secondi, nel caso di linee molto costose, la fase può anche durare di più. È in questo momento che il mago, con pochi elementi a disposizione, può tentare di stupire i telespettatori con una ardita previsione che si riveli esatta. Se la previsione si dovesse rivelare troppo generica o inesatta, il mago apre subito la fase successiva. Nella maggioranza dei casi in questa fase enunciati del mago sono "ammiccanti" ed ambigui, con più interpretazioni possibili; Fabio Dei afferma che queste frasi

«non sono né affermazioni né interrogazioni, ma possono essere interpretate come tali alla luce della risposta, negativa o positiva, del consultante (es.: "tu sei sposata, vero"; "perché tu hai anche problemi di fegato"; "... tu non sei contenta del lavoro che fai attualmente", etc.).

Molte di queste "affermazioni esplorative" hanno un alto grado di probabilità, per il modo stesso in cui sono costruite: ad esempio, è chiaro che se una moglie telefona per sapere se sarà abbandonata dal marito, non si rischia molto ad azzardare che "in famiglia c'è una situazione difficile"» (DEI F. 1995: 15-16).

Si veda la divertente reazione di un consultante ad una frase di questo tipo:

«M- Vedo un figlio...

Vf- È il mio!» (345b).

c) **Approfondimento negoziato dell'interpretazione: fase in cui il mago deve «sostenere il proprio responso iniziale a fronte di eventuali obiezioni o richieste di approfondimento da parte del consultante». È una fase molto delicata per il mago, che deve**

«lasciar parlare il consultante abbastanza a lungo: e mentre quest'ultimo viene precisando gradualmente la propria situazione, anche il mago adatta l'interpretazione ed il responso per aggiustamenti successivi. Egli deve però farlo lasciando intendere a consultanti e spettatori di aver già intuito fin dall'inizio tutti i dettagli della situazione. Perciò accoglie le precisazioni del consultante come conferme e non come nuove informazioni: allo stesso modo, pone domande in forma non diretta, ma retorica, sotto forma di richiesta di conferma ad un'intuizione» (DEI F. 1995: 17).

La negoziazione del responso è la fase più complessa. È opportuno dunque fornire alcuni esempi:

«M- Perché sei, questo lo dico sempre per chi si occupa di cartomanzia, nel tuo destino c'è dimestichezza nel lavoro tra il diavoleto e le stelle con la creatività, con l'estro, perciò comunque qualcosa che ti rende creativa.

Vf- Ho capito.

M- Cioè, se tu fossi, mettiamo, una truccatrice, saresti una truccatrice nell'ambiente dello spettacolo, capito? Di teatro, una cosa di questo tipo.

Vf- Ho capito, però il mio è un tipo di lavoro che è invece nel commercio eccetera. Solo che personalmente mi piace cantare e lo faccio solo per hobby.

M- No il tuo commercio però deve essere un commercio che sta nel bello.

Vf- E no! Sto nei conti!

M- Perché tu fai la contabile di lavoro?

Vf- Sì, ho un ufficio contabile proprio.

M- Strano, a meno che questo tuo hobby non sia una cosa molto importante per te, cioè di saper cantare.

Vf- Sì, mi ricarica di tutte le energie» (334b).

«M- ... C'hai una cattiva circolazione.

Vf- Ma, veramente l'ho controllata, non è che sia tanto male.

M- Hai un'ipertensione.

Vf- No, no, quello assolutamente ...

M- L'ipertensione sai cos'è? Che un giorno quando ti vai a misurare la pressione l'hai a duecento quando sei emotiva come ora.

Vf- No, no, io sono bassissima di pressione.

M- Sei bassissima? Strano! Mah, e allora si vede che gli hai fatto saltà l'interruttore per misurargli la pressione<sup>(22)</sup>.

Vf- In questo momento sono emozionata, dico la verità.

M- Ecco! Oh, allora se tu ti vai a misurà la pressione, allora stai tranquilla che se te l'hai bassissima l'avrai alta e questa è un'ipertensione, cioè almeno così io credo. Poi sai io non sono un medico, le dico in parole mie» (524-525b).

Questa fase è anche quella in cui avvengono le "riformulazioni linguistiche" delle parole del cliente ad opera del mago, che intende così mantenere gli elementi del dialogo che emergono nell'alveo del responso iniziale o crearsi degli spunti da sviluppare ulteriormente:

«M- C'è un po' di amarezza nel lato personale, eh?

Vf- I sentimenti stanno a zero.

M- No, stai un attimo in chiusura totale» (336b).

d) Chiusura: consiste in un riepilogo del responso al quale segue un assenso del consultante. Raggiunto questo accordo, ci possono essere dei rapidi ringraziamenti reciproci ("grazie", "grazie a lei..."), e infine i saluti che si concludono nella maggior parte dei casi in un invito a chiamare ancora, o a chiamare dopo la diretta in studio.

### *Il problema dell'efficacia*

Lo studio della televisione come luogo di una nuova comunicazione orale sembra essere dunque l'unica via di accesso alla comprensione di una questione particolarmente complessa: l'efficacia della nuova magia televisiva. In questa direzione si pongono alcuni spunti interpretativi raccolti in questo paragrafo che si propongono soltanto come stimolo per degli studi su queste tematiche<sup>(23)</sup>. Paolo Apolito afferma che «uno dei cardini teorici della etnometodologia, la "riflessività", ha come nucleo centrale l'idea che i resoconti linguistici delle azioni non sono esterni a queste, ma ne sono parte costitutiva, essi definiscono una realtà di cui sono parte» (APOLITO P. 1990: 63).

La "riflessività" si ricollega quindi al *resoconto*, che per definizione è un racconto linguistico di un fatto *già avvenuto*. Tuttavia nel caso delle "previsioni" degli "operatori dell'occulto" ci si trova di fronte a *resoconti* di azioni *che devono ancora avvenire*. Il paradosso è solo una delle conseguenze di una operazione linguistica complessa: il discorso sul futuro, pronunciato dal mago, è *già* il futuro. È una sorta di trascinamento del futuro *nel presente*

che avviene attraverso un linguaggio che funziona come una “macchina del tempo”, consentendo di viaggiare attraverso la vita degli individui che chiedono un responso.

Dal punto di vista del mago, il presente è infatti il momento della costruzione e della *ri*-costruzione dei fatti, sia che questi siano già avvenuti nel passato, sia che essi “*siano avvenuti*” nel futuro. Infatti per il mago, e quindi per il consultante che si uniforma ai criteri del mago, il futuro è uguale al passato nel senso che è già stabilito, conosciuto, esperito. Per il mago il futuro è *già*: «per quanto riguarda il futuro, nulla, per adesso, è *cambiato*» (16a), «un futuro fra di voi *c'è*» (77a) affermano molti maghi televisivi.

In quest’ottica passato e futuro sono entrambi considerati come dei contenitori di “fatti” che devono essere portati nel presente attraverso un adeguato utilizzo del linguaggio. Affermare che la tale maga «si muove liberamente senza limiti alla *ricerca del passato e del futuro*» (12a) è comune a quasi tutti i maghi ed è indice della assimilazione sul piano operativo compiuta dai maghi fra due categorie temporali che invece, nella esperienza quotidiana, *devono* rimanere nettamente distinte. Chi confonde il passato con il futuro o viceversa è infatti invitato a consultare un bravo psichiatra.

Per quanto riguarda il discorso strettamente relativo alle previsioni che il mago opera sul futuro, sembra plausibile considerare che queste siano *possibili* soltanto come atti linguistici complessi che determinano una sorta di “accelerazione temporale”. Vediamone il meccanismo nel dettaglio. In primo luogo, dal punto di vista del consultante, anche soltanto il fatto di raccontar-*si*, raccontare alcuni dei propri problemi “in televisione”, produce un certo grado di soddisfazione nel presente. Inoltre, il processo di enunciazione del futuro operato dal mago crea nel cliente delle aspettative psicologiche che mirano al soddisfacimento di un *nuovo* livello di attenzione cognitiva, indotto proprio dal discorso del mago. Il consultante modifica infatti il suo modo di rapportarsi agli eventi che via via gli si faranno *presenti* cercandovi una conferma<sup>(24)</sup> delle parole pronunciate dal mago. A questo proposito basta osservare la frequenza di frasi come «ho ritrovato in certi percorsi di vita [...] alcune cose che mi avevi detto» (136a).

Questo fatto ha delle importanti implicazioni concettuali: prima del discorso del mago, il cliente ha necessità di un aiuto nel rapportare il proprio presente al futuro, in quanto nel presente ha un problema che vuole vedere risolto. Subito dopo il discorso pronunciato dal mago però il suo obiettivo sarà un altro: rapportare il passato al presente. Il consultante dovrà cioè rapportare sia le parole del mago che i suoi problemi (che prima erano il presente) al suo “nuovo” presente che è una “reificazione”

anticipata del suo futuro: «siedi comodamente in poltrona, svuota la mente e apri la tua anima al futuro *che sta arrivando*» (13a) recita, ad esempio, il messaggio promozionale del mago Giacomini, uno dei più presenti in televisione. Si veda anche un altro esempio:

«Scoprirai subito cosa ti riserva il futuro, ogni ora più di trentasei famosi veggenti sono in linea per risponderti su problemi di amore, lavoro, salute. Non aspettare, il futuro è già in linea!» (13a).

Come ha messo bene in evidenza Piaget (PIAGET J. - INHELDER B. 1970 [1966]) nell'esplicitare il concetto di "accomodamento", apprendere equivale a interpretare le nuove informazioni in modo che si adattino a ciò che già si conosce. Questo, applicato al nostro oggetto di studio, significa che il cliente del mago, una volta ricevuta una "chiave di lettura" (linguistica) del suo futuro, tenderà a classificare gli eventi che gli si presentano all'interno di un quadro coerente con essa. Questo conferma ulteriormente il fatto che le parole del mago cominciano la costruzione del futuro nel presente, anticipandolo. Apolito usa in proposito l'espressione «la parola "reifica"» (APOLITO P. 1990: 67).

Di conseguenza il mago, con il suo linguaggio, non fa altro che *spostare* nel tempo il problema del consultante. La direzione di questo spostamento è sempre la medesima: all'indietro. Ciò che è futuro si fa presente, il presente diviene passato con un moto che non è in contrasto con l'andamento naturale della realtà, o almeno con la percezione che gli individui ne hanno, ma risulta essere di fondo una *accelerazione*, che potrebbe anche essere vista come un "invecchiamento precoce".

Questa accelerazione è possibile attraverso un atto linguistico in quanto il tempo stesso è, per sua natura, un fatto linguistico. Norber Elias nel suo *Saggio sul tempo* afferma infatti:

«Il termine *tempo* media una relazione fra più elementi. Esso [...] rimanda ad un "porre in relazione" posizioni e segmenti di due o più sequenze di avvenimenti in movimento continuo e percepibile. Tale relazione è il risultato dell'elaborazione delle percezioni compiuta dagli uomini conoscenti e trova espressione comunicabile in un simbolo comunicabile, il concetto di "tempo" che entro una determinata società consente di trasferire da un uomo all'altro, con l'ausilio di un modello fonetico percepibile, un'immagine esperibile, ma non percepibile coi sensi, della memoria» (ELIAS N. 1986, cit. in FARANDA L. - LOMBARDI-SATRIANI L. M. 1993: 11).

Anche Tullio De Mauro sottolinea in proposito:

«La temporalità si annida nella lingua. Ma il suo stare "dentro" la lingua è ciò che consente ad una parola o ad una frase di scavalcare le generazioni, di scavalcare il tempo, di parlare attraverso il tempo, da un momento all'altro del tempo. Se così non fosse noi non disporremmo di parole che ci

continuano a parlare di qualcosa che non c'è più, oppure di qualcosa che c'è ma si è profondamente trasformato, o di qualcosa che non c'è ancora, o che c'è solo in embrione. E questa è una condizione, per dir così, *kantiana* della nostra mente: cioè *noi riusciamo a vivere il tempo – non subendolo, ma culturalizzando, prevedendo, ricordando, imparando – anzitutto perché ce lo 'parliamo' »*<sup>(25)</sup>.

Per quanto riguarda le conseguenze di questa *accelerazione temporale* operata dal mago attraverso il linguaggio, occorre evidenziare alcuni concetti che ne costituiscono la base: la “reificazione forzata” del futuro nel presente, e la connaturata fagocitazione in blocco del presente da parte del passato, equivalente, in un certo senso, ad un *superamento* dei problemi che il consultante ha nel presente: ad es. «mi dà talmente fiducia il [suo] modo di parlare» (77a). Questo rimane valido anche qualora il mago dia un responso negativo, come illustra bene il caso riportato di seguito in cui una donna telefona ad un mago televisivo per sapere se il suo rapporto con un uomo sposato si rafforzerà nel futuro, visto che ci sono dei problemi nel presente:

«M.- Sta cercando un ritorno con la moglie, mi dispiace darti questa delusione.

Vf.- eh, lo so! Però è meglio saperlo *prima !»* (158a).

Deve anche essere notato però che il superamento dei problemi attraverso questa *accelerazione*, può determinare una forma di forte dipendenza psicologica nei confronti della magia televisiva: infatti, come scrive Patricia Miller, “evitando la situazione di paura – nel caso di un cliente del mago la “situazione di paura” è il problema per cui il cliente si è rivolto al mago – una persona riduce l’ansia crescente, ma così la paura viene rinforzata, e inoltre quella persona non ha nessuna opportunità di estinguerla perché non permette allo stimolo di *essere presente*” (MILLER P.H. 1994 [1983]: 195, corsivo mio). In altri termini ciò significa che l’accelerazione temporale operata dal mago su un cliente che ha un problema, determina uno stato di benessere e di sollievo psicologico<sup>(26)</sup> che però favorisce, al tempo stesso, il ritorno del problema e del desiderio conseguente di un suo “trattamento” attraverso un consulto magico televisivo, cioè attraverso l’accelerazione temporale, in quanto ad essa si è accompagnata una sensazione di forte sollievo psicologico.

Fin qui, dunque, si è tentato di osservare come il mago opera rispetto al *futuro* del consultante. Ora, è importante notare anche come il discorso del mago operi anche rispetto al *passato* del consultante. Già Piaget ha mostrato che il cambiamento delle strutture cognitive comporta anche una riorganizzazione della memoria (MILLER P.H. 1994 [1983]: 70). Nell’ambito degli studi piagetiani questa considerazione si riferisce in modo particolare alla acquisizione di *nuove* strutture cognitive che avviene durante lo sviluppo del bambino. Tuttavia, come si è già notato, il discorso sembra



valido anche per l'atto linguistico compiuto dal mago sul cliente. Questo atto linguistico innesca infatti dei *nuovi* livelli di attenzione cognitiva che modificano il rapporto con gli eventi che devono ancora avvenire, ma anche con gli eventi già vissuti.

Le affermazioni di Favret-Saada sembrano confermare la validità di queste posizioni. Ella afferma infatti che «la magia è costituita da parole dette, ma queste parole dette sono potere, non acquisizione di informazioni. Parlare, in ambito magico, non è mai informare» (FAVRET-SAADA J. 1980 [1997]: 9). Il discorso del mago, quindi, non è tanto teso a fornire dei nuovi contenuti, quanto a manifestare “un potere” che è proprio quello che possiedono le “chiavi” interpretative e quindi le strutture in grado di orientare la cognizione.

In questo senso il discorso del mago, nel momento in cui *si fa passato* (nel momento cioè in cui, appena il mago finisce di parlare, diventa parte costitutiva di esso) ne riorganizza la memoria *nel nuovo presente*, fatto di futuro improvvisamente reificato. In altre parole, il presente che via via viene vissuto è inquadrato ed interpretato dalle parole del mago. L'accettazione di questa condizione da parte del cliente comporta l'acquisizione delle nuove strutture “ordinanti” fornite dal mago, che costituiscono anche la base su cui si innesta la reificazione del futuro prospettata dal mago.

La questione dell'efficacia della magia non può certo essere affrontata a fondo in questa sede, anche perché necessita di uno studio specifico condotto interdisciplinariamente. Sembra dunque opportuno concludere con un passo particolarmente denso che Adorno ha scritto a proposito della “efficacia” delle rubriche astrologiche, da cui si evince chiaramente la complessità del problema:

«Il profitto psichico che il lettore trae da tutto ciò consiste – a prescindere dalle possibilità di una inconscia soddisfazione dell'istinto di distruzione da parte della stessa minaccia a cui l'oroscopo allude – nella promessa di aiuto e lenimento ad opera di un'istanza sovrumana. L'obbedienza nei suoi confronti gli risparmia la fatica di comportarsi come un essere autonomo: può consolarsi pensando che il destino lo scarica da ogni responsabilità. Egli viene defraudato della propria responsabilità» (ADORNO T. W. 1976 [1972]: 149).

### *Nota sulle trascrizioni*

Le trascrizioni delle trasmissioni videoregistrate sono state divise in due blocchi denominati “a” e “b”. Di conseguenza le indicazioni bibliografiche che si riferiscono alle trascrizioni sono costituite dal numero della pagina seguito dalla lettera “a” o “b”; ad esempio, l'indicazione (328b) significa che il brano di testo riportato si trova alla pagina 328 del blocco “b” delle trascrizioni.

Le diciture “Vm” e “Vf” significano rispettivamente “Voce maschile” e “Voce femminile”.

## Note

(\*) Questo scritto presenta i risultati di un approfondimento della ricerca, avviata con la tesi di laurea, sulla magia televisiva in Lazio. Desidero ringraziare Giovanni Pizza e Franca Romano per la guida scientifica. Ringrazio Tullio Seppilli per aver letto una prima stesura del testo fornendomi indicazioni e consigli preziosi.

(1) Da una intervista rilasciata da Giancarlo Giacomini a *Mixer* il 28-2-1995.

(2) Il concetto di “conoscenza” di un oggetto tecnologico contemporaneo appare particolarmente ampio. In effetti, per conoscere appieno non soltanto da un punto di vista funzionale, ma anche scientifico, ad esempio un televisore, ci vorrebbe un periodo di tempo molto lungo di studi preliminari di fisica e di elettronica. Di conseguenza si può sostenere che gli oggetti tecnologici comunemente adoperati dagli utenti, presentano per l'utente medio un notevole grado di misteriosità.

(3) Sono interessanti alcune considerazioni di Gianluca Nicoletti (NICOLETTI G. 1994), a proposito. Egli afferma che «c'è una serie di prove che viene rappresentata naturalmente attraverso dei fotogrammi. Ci sono le fotografie del cielo dove c'è l'immagine stampata delle forme del Divino che si è manifestato solo per un attimo. La visione annichilente del mistero tremendo che nessun uomo può guardare può essere contemplata attraverso il filtro della Tv che permette di avere un contatto non devastante con il sacro. (Numerose fonti ebraiche dicono che era prerogativa di Mosè vedere Geova allo specchio, quindi in uno schermo che ne rendesse possibile la visione all'occhio umano. Anche Perseo, figlio di Giove, per poter uccidere Medusa senza restare pietrificato dal suo sguardo, prende bene la mira per staccarle la testa osservando l'immagine della Gorgone riflessa nel bronzo del suo scudo-monitor)» (Idem: 1994: 127-128).

(4) La diversa condizione di realtà che si determina in televisione è stata di recente posta in analogia con il mondo dell' “al di là” dei defunti. Gianluca Nicoletti ha infatti affermato che «il “medium” televisivo ci mette in contatto con quella zona privilegiata nella quale tutti vorrebbero manifestarsi. Nulla oggi dà esistenza reale quanto apparire in televisione. Cosa non si darebbe per la vertigine di un “passaggio” che poi altro non è che un “trapasso”, un cambiamento di stato. Dalla non-esistenza dell'anonimato alla esistenza in televisione. Tutti i trapassati sono in effetti coloro che la folla teleutente rimira, ama o disprezza a seconda dell'atteggiamento individuale, ma a cui comunque riconosce poteri superiori alla media, doti profetiche ed un elevato grado di esistenza. Le qualità o gli attributi del mondo degli uomini cessano di essere categorie discriminanti nell'aldilà televisivo. Il potere degli ectoplasmici aumenta con la loro “visibilità”, cioè con l'intensità e la frequenza con cui il medium televisivo li evoca nella nostra visione» (NICOLETTI G. 1994: 5).

(5) Si potrebbe anche azzardare l'ipotesi che, in un ambito televisivo in senso lato, il fenomeno della *trance* connesso alla visione, tipico delle visioni religiose tradizionali, abbia conservato la sua realtà. I recenti svenimenti e i malori ravvisati da ragazzi che passano molte ore di fronte ai videogiochi, potrebbero infatti derivare da una mancata sospensione dell'incredulità e quindi da un mancato rapporto di osservazione distaccata delle immagini proiettate in favore di una *visione* del videogioco. Nella direzione della *visione* sembrerebbe infatti dirigersi il progresso tecnologico applicato ai videogiochi, si pensi ad esempio ai progressi della realtà virtuale.

(6) Sulle implicazioni delle idee religiose all'interno di diversi contesti culturali cfr. BOYER P. 1993, 1994.

(7) Sulla nozione di *limen* cfr. VAN GENNEP A. 1951 [1909], sul concetto di “liminalità” si veda anche TURNER V. 1982.

(8) Si pensi che uno dei sindacati che sono nati fra i maghi pubblica un giornale che si chiama *Professionalità* (719b).

(9) Probabilmente, il mago intende la “labirintite”, infiammazione del labirinto che effettivamente può essere causa di giramenti di testa.

<sup>(10)</sup> Probabilmente il mago si riferisce ad un tumore, riformulando la domanda del consultante in senso peggiorativo.

<sup>(11)</sup> Si riferisce alle carte uscite.

<sup>(12)</sup> Cfr. SONTAG S. 1979 [1977]; cfr. inoltre GIACALONE F. 1992: 51, AUGÉ M. - HERZLICH C. cur. 1986 [1983].

<sup>(13)</sup> Cfr. CASTELLI A. 1976: 970. Egli fornisce anche una sintesi della storia dei tarocchi: «Nella sua monumentale opera *Il mondo primitivo analizzato e commentato con quello moderno* (1781) A. Court de Gébelin, ricollegendosi ad una teoria formulata nel '500 da Guillaume Postel, affermò che i tarocchi non erano altro che il *Libro di Thoth*, leggendaria opera dell'antico Egitto che sarebbe sfuggita all'incendio della biblioteca di Alessandria. Secondo de Gébelin, esso era formato da 78 tavole in oro purissimo, con geroglifici che contenevano tutto lo scibile passato e futuro; gli zingari lo avrebbero portato in Europa durante le loro peregrinazioni e lo avrebbero "condensato" nei simboli delle 78 carte dei tarocchi. Sette anni dopo, un parrucchiere parigino, Alliette, disegnò i popolari "tarocchi di Etteilla" (Alliette scritto alla rovescia) in cui pretendeva di aver ricostruito i geroglifici del libro di Thoth e in breve diventò un cartomante ricco e celebre. Da quel momento molti cartomanti idearono nuovi mazzi secondo le loro personali teorie».

Sul tema della cartomanzia si veda anche FAVRET-SAADA 1980 [1977].

<sup>(14)</sup> L' "alzata" è il movimento con cui si prende la prima carta. Spesso il termine viene utilizzato per indicare proprio la carta uscita.

<sup>(15)</sup> Per quanto riguarda gli studi sulla corporeità cfr. LOCK M. 1993, CSORDAS T. cur. 1994, PIZZA G. 1992, PIZZA G. cur. 1998. In particolare, sul rapporto fra i nuovi *media* e il corpo si veda PANDOLFI M. cur. 1996.

<sup>(16)</sup> A questo proposito si veda l'analisi dell' "universo Tv" condotta da Gianluca Nicoletti. Egli infatti, partendo dalla considerazione che «in Tv c'è una mortificazione del corporeo», ha affermato che sebbene «in televisione si muovono ectoplasmici, pallidi simulacri elettronici dei corpi umani, ciò non significa che nell'universo catodico qualcuno non conservi una sorta di malinconica nostalgia per le perdute fattezze corporee» (NICOLETTI G. 1994: 25).

<sup>(17)</sup> Sul tema dei processi terapeutici cfr. CSORDAS T. J. - KLEINMAN A. 1990.

<sup>(18)</sup> ALBERT J. P., *Pour une anthropologie des genres littéraires*, "Ethnologie Française", n. 1, 1993: 23; cit. in PIZZA G. 1995: 119.

<sup>(19)</sup> Cfr. APOLITO 1990: *passim*.

<sup>(20)</sup> Sui processi cognitivi che spiegano la "naturalità" delle idee religiose cfr. BOYER P. 1994.

<sup>(21)</sup> Su questo aspetto cfr. DEI F. 1995.

<sup>(22)</sup> Intende dire probabilmente che la pressione eccessiva della signora ha rotto lo strumento usato dai medici, che di conseguenza ha registrato una pressione bassissima.

<sup>(23)</sup> SEPPILLI T. (1983: 4) afferma che «i meccanismi attraverso i quali la medicina popolare manifesta in molti casi la sua *reale* efficacia: meccanismi che non sono di tipo *farmacologico*, legati agli effetti terapeutici di principi attivi o di associazioni presenti, ad esempio, in taluni organi di animali o in certe piante (come avviene appunto nella erboristeria) ma sembrano collocarsi assai spesso sul terreno psicosomatico e talora, specie nell'ambito dei procedimenti diagnostici, su quello *parapsicologico*». Cfr. anche SEPPILLI T. 1996; LÉVI-STRAUSS C. 1966 [1958], in particolare *Lo stregone e la sua magia* (pp. 189-209) e *L'efficacia simbolica* (pp. 210-230).

<sup>(24)</sup> Il consultante pretende per la ricerca di una conferma alle parole del mago per una delle leggi fondamentali della psiche umana: come rivelato dagli studi di Jhonson-Laird e Wason, l'attività cognitiva dell'uomo è in larga misura influenzata dal *bias della conferma*: "la tendenza a cercare dati a favore di un'ipotesi piuttosto che contro" (DARLEY - GLUCKSBERG - KINCHLA 1993: 368). Vedi anche FINOCCHIARO G. 1995.

<sup>(25)</sup> DE MAURO T., *Lingua e temporalità*, in FARANDA L. - LOMBARDI-SATRIANI L. L. 1993: 132, corsivo mio.

<sup>(26)</sup> Omar Calabrese ha infatti definito la tele-magia una sorta di "psicanalisi dei poveri".

## Bibliografia

- ADORNO Theodore W. (1976 [1972]), *Scritti sociologici*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Soziologische Schriften I*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1972].
- ALTARocca Claudio - MIRTI Grazia (1996), *La grande illusione degli astri*, "Lo Specchio della Stampa", n. 2 (supplemento settimanale al quotidiano "La Stampa").
- ANONIMO (1996), *La magia? un mercato da 15 milioni di clienti*, "Il Messaggero", 23 febbraio 1996.
- APOLITO Paolo (1980), *Lettere al mago*, Liguori, Napoli.
- APOLITO Paolo (1990), *Dice che hanno visto la Madonna*, Il Mulino, Bologna.
- APOLITO Paolo (1992), *Il cielo in terra: costruzioni simboliche di un'apparizione mariana*, Il Mulino, Bologna.
- AUGÉ Marc (1980), *Religione*, XI vol., pp. 679-682, in *Enciclopedia*, Einaudi, Torino.
- AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine (curatori) (1986 [1983]), *Il senso del male, sociologia e antropologia della malattia*, traduz. dal francese di Annick WOUTERS e Lietta FERRI, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Overseas Publisher Association, Amsterdam, 1983].
- AUGÉ Marc (1992 [1986]), *Un etnologo nel metrò*, Elèuthera, Milano [ediz. orig.: *Un ethnologue dans le métro*, Hachette, Paris, 1986].
- BATESON Gregory (1988 [1958, 1936]) *Naven. Un rituale di travestimento in Nuova Guinea*, traduz. dall'inglese di Barbara FIORE CARDONA, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Naven*, Stanford University Press, Stanford, 1936 / II ediz.: Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University, Stanford (California) / I ediz. ital. ridotta di Bruno MANCINI, pp.285-324, in LESLIE Charles (curatore), *Uomo e mito nelle società primitive*, Sansoni, Firenze, 1965].
- BAUDRILLARD Jean (1996 [1995]), *Il delitto perfetto*, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig.: *Le crime parfait*, Edition Galilée, Paris, 1995].
- BERGER René (1996 [1991]), *Il nuovo Golem: televisione e media fra simulacri e simulazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig.: *Television: le nouveau Golem*, Iderive, Lausanne, 1991].
- BOESCH-GAJANO Sofia (1996), *Miracle et miracles: réflexion sur le phénomène Berlusconi*, "Terrain", n. 24, febbraio 1996, pp. 103-106.
- BOYER Pascal (1989), *Tradition sans transmission. L'acquisition des concepts traditionnels*, pp. 45-72, in CARDONA Giorgio R., *La trasmissione del sapere. Aspetti linguistici e antropologici*, Bagatto Libri, Roma (Quaderni del Dipartimento di Studi Glottoantropologici).
- BOYER Pascal (1990), *Tradition as truth and communication: a cognitive description of traditional discourse*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BOYER Pascal (1993), *Cognitive aspects of religious symbolism*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BOYER Pascal (1994), *The naturalness of religious ideas: a cognitive theory of religion*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles.
- CALABRESE Omar - VOLLI Ugo (1995), *I telegiornali: istruzioni per l'uso*, Laterza, Roma-Bari.
- CASTELLI Alfredo (1976), voce *Carte da Gioco*, *Enciclopedia Europea*, vol. II, Garzanti, Milano.
- CAZENEUVE Jean (1972), *I poteri della televisione*, Armando, Roma.
- CERESA Micaela - CUTULI Maria Grazia (1996), *Chi ha paura delle veggenti*, "Marie Claire", febbraio 1996, pp. 61-68.
- CLAVERIE Elisabeth (1990), *La Vierge, le désordre, la critique: les apparitions de la Vierge à l'âge de la science*, "Terrain", 14 marzo, pp. 60-75.
- CIRESE Alberto M. (1988), *Ragioni metriche*, Sellerio, Palermo.
- CIRESE Alberto M. (1973), *Cultura egemonica e culture subalterne*, Palumbo, Palermo.
- CLEMENTE Pietro (1995-96), *Persone e fonti*, Università degli Studi "La Sapienza", Roma (Materiali Didattici).
- CLEMENTE Pietro (1996-97), *Persone e fonti: testi inediti*, Università degli Studi "La Sapienza", Roma (Materiali Didattici).

- COMOLLI Giampiero (1996), *Aperti o cielo in questo mondo senza più futuro*, "L'Unità", 11 marzo 1996, p. 7.
- CSORDAS Thomas J. (curatore) (1994), *Embodiment and experience*, Cambridge University Press, Cambridge.
- CSORDAS Thomas J. - KLEINMAN Arthur (1990), *The therapeutic process*, pp. 11-25, in JOHNSON - SARGENT (curatori), *Medical Anthropology*, Praegen Publishers, New York.
- CUTULI Maria Grazia - GIORDANO Mario (1996), *L'Italia dei maghi*, "Epoca" ("Gli inserti di Epoca").
- DARLEY John - GLUCKSBERG S. - KINCHLA R., (1993 [1991]), *Psychology*, Prentice Hall, Englewood Cliff [ediz. ital. *Psicologia*, Prentice Hall - Il Mulino, Bologna].
- DEI Fabio (1995), *I maghi in TV*, intervento al II convegno AISEA, 28-30 settembre, dattiloscritto non pubblicato, per gentile concessione dell'autore.
- DEI Fabio (1996), Conferenza tenuta presso la Facoltà di lettere e filosofia dell'Università di Roma "La Sapienza", il 18 marzo 1996.
- DE MARTINO Ernesto (1948), *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO Ernesto (1959), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.
- DE MARTINO Ernesto (curatore) (1962), *Magia e civiltà*, Garzanti, Milano.
- DE MARTINO Ernesto (1977 [1958]), *Morte e pianto rituale: dal lamento funebre al pianto di Maria*, Boringhieri, Torino [I ediz.: *Morte e pianto rituale nel mondo antico: dal lamento pagano al pianto di Maria*, Boringhieri, Torino, 1958].
- DI VINCENZO Roberto - TAVANO Giovanni (1983), *Un'inchiesta televisiva sul fenomeno della "vita magica" nelle città*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari" (Brescia), n. 8, ottobre 1983 (numero dedicato a *La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPPILLI).
- DURKHEIM Emile (1973 [1912]), *Le forme elementari della vita religiosa: il sistema totemico in Australia*, Newton Compton, Roma [ediz. orig.: *Les formes élémentaires de la vie religieuse: le système totemique en Australie*, Paris].
- DURANTI Alessandro (1994 [1992]), *Etnografia del parlare quotidiano*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- FABIETTI Ugo (1991), *Storia dell'antropologia*, Zanichelli Editore, Bologna.
- FAETA Francesco (1995), *Strategie dell'occhio: etnografia, antropologia, media*, Franco Angeli, Milano.
- FARANDA Laura - LOMBARDI-SATRIANI Luigi M. (curatori) (1993), *Le forme del tempo*, Monteleone, Vibo Valentia.
- FAVRET-SAADA Jeanne (1980 [1977]), *Deadly Words: witchcraft in the Bocage*, Cambridge University Press, Cambridge [ediz. orig.: *Les mots, la mort, le sort*, Gallimard, Paris, 1977].
- FIORI Antonella (1996), *Dieci in religione*, "L'Unità", 11 marzo 1996, p. 7.
- FINOCCHIARO Giampiero - BONOMO Giuseppe (tutor) (1995), *Figure di operatori magici in ambito urbano*, Dottorato di ricerca in etnoantropologia (letterature e pratiche simboliche - mito e rito) (VI ciclo), Università degli studi di Palermo [sede amministrativa], Università degli studi di Roma "La Sapienza" - Università degli studi della Calabria [sedi consorziate].
- FREUD Sigmund (1994 [1922]), *L'io e l'Es*, Boringhieri, Torino.
- GALLINI Clara (1971), *Il consumo del sacro, feste lunghe in Sardegna*, Laterza, Bari.
- GALLINI Clara (1988), *Impossibili telefonici congiungimenti*, "Problemi del Socialismo", n. 1, gennaio-aprile 1988.
- GALLINI Clara (1989), *Maghi televisivi e consultazioni telefoniche*, pp. 111-113, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano.
- GALLINI Clara (1990), *Appunti su alcuni riti fotografici*, "La Ricerca Folklorica", 1990, pp. 145-149.
- GATTO TROCCHI Cecilia (1993), *Viaggio nella magia*, Laterza, Bari.
- GIACALONE Fiorella (1992), *Pratiche simboliche per corrispondenza: talismani e rituali tra medicina popolare e medicine alternative nell'universo urbano*, "Storia e Medicina Popolare", n. 1, vol. X, gennaio-aprile 1992.

- GOODY Jack (1990 [1977]), *L'addomesticamento del pensiero selvaggio*, Franco Angeli, Milano [ediz. orig.: *The domestication of the savage mind*, Cambridge University Press, Cambridge, 1977].
- GUGGINO Elsa (1995), *Il corpo è fatto di sillabe*, Sellerio, Palermo.
- GULLI-GRIGIONI Elisabetta - PRANZINI Vittorio (1990), *Santini: piccole immagini devozionali a stampa e manufatte dal XVII al XX secolo*, Edizioni Essegi, Firenze.
- HADDEN Jeffrey K. - SHUPE Anson (1987), *Televangelism in America*, "Social Compass", vol. XXXIV, n. 1, 1987, pp. 61-75.
- HARRIS Marvin (1991 [1968]), *L'evoluzione del pensiero antropologico*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The Rise of Anthropological Theory. A History of Theories of Culture*, Thomas Y. Crowell, New York, 1968].
- HARRIS Marvin (1990 [1987]), *Antropologia culturale*, Nicola Zanichelli Editore, Bologna [ediz. orig.: *Cultural Anthropology*, Harper & Row Publishers, New York, 1987].
- HUBERT Henri - MAUSS Marcel (1991 [1909]), *Origine dei poteri magici nelle società australiane*, in DURKHEIME - HUBERT H. - MAUSS M., *Le origini dei poteri magici*, Bollati Boringhieri, Torino, [ediz. orig.: *L'origine des pouvoirs magiques dans les sociétés australiennes*, in HUBERT e MAUSS, *Mélange d'histoire des religions*, Alcan, Paris, 1909].
- JACOBELLI Jader (1996), *La cultura dell'immagine è più attraente, ma inganna*, "Telema", n. 4, 1996, (Fondazione Ugo Bordonì, Roma), pp. 35-36.
- LAWSON Thomas - McCauley Robert (1990), *Rethinking religion: connecting cognition and culture*, Cambridge University Press, Cambridge.
- LEVI-STRAUSS Claude (1991 [1950]), *Introduzione all'opera di Marcel Mauss*, in MAUSS Marcel, *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss*, in MAUSS Marcel, *Sociologie et anthropologie*, Presses Universitaires de France, Paris, 1950].
- LEVI-STRAUSS Claude (1966 [1958]), *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Anthropologie structurale*, Plon, Paris, 1958].
- LEVI-STRAUSS Claude (1990 [1962]), *Il pensiero selvaggio*, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *La pensée sauvage*, Plon, Paris, 1962].
- LOCK Margaret (1993), *Cultivating the body: anthropology and epistemology of bodily practice and knowledge*, "Annual Review of Anthropology", n. 22, 1993, pp. 133-155.
- LOCK Margaret (1996), *Ripensando il corpo della morte: il dibattito in Nord America e in Giappone*, pp. 30-56, in PANDOLFI M. (curatore), *Perché il corpo: utopia, sofferenza, desiderio*, Meltemi, Roma.
- MAGLI Ida (1988), *Magia*, in *Enciclopedia Garzanti di Filosofia*, Garzanti, Milano.
- MALINOWSKI Bronislaw (1976 [1925]), *Magia, Scienza e Religione*, trad. it. parz., Newton Compton, Roma [ediz. orig.: *Magic Science and Religion and Other Essays*, Glencoe].
- MARCUS George E. (1995), *Ethnography in/of the world system: The emergence of Multi Sited Ethnography*, "Annual Review of Anthropology", n. 24, pp. 95-117.
- MAUSS Marcel (1991 [1950]), *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Sociologie et anthropologie*, Presses Universitaires de France, Paris, 1950].
- McLUHAN Herbert M. (1976 [1962]), *La Galassia Gutenberg, la nascita dell'uomo tipografico*, Armandò, Roma [ediz. orig.: *The Gutenberg Galaxy: the making of typographic Man*, University of Toronto Press, Toronto].
- MEDECCIA Bianca (1995), *Maghi e sibille in tivvù, la grande truffa*, "Avvenimenti", 29 novembre 1995.
- MERLEAU-PONTY Jeanne (1965), *Fenomenologia della percezione*, Il Saggiatore, Milano.
- MILILLO Aurora (1983), *La vita e il suo racconto*, Gangemi, Roma.
- MILLER Patricia H. (1994 [1983]), *Le teorie dello sviluppo psicologico*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *Theories of Developmental Psychology*, W.H. Freeman and Company, New York - Oxford].
- NIOLETTI Gianluca (1994), *Ectoplasmi. Tipi umani nell'universo TV*, Baskerville, Bologna.
- ONG Walter J. (1986 [1982]), *Oralità e scrittura, le tecnologie della parola*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *Orality and Literacy. The technologizing of the Word*, Methuen, London - New York, 1982].

- ORLETTI Franca (curatore) (1994), *Fra conversazione e discorso, l'analisi della interazione verbale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- PANDOLFI Mariella (curatore) (1996), *Perché il corpo: utopia, sofferenza, desiderio*, Meltemi, Roma.
- PAVESE Armando (1995), *Grande inchiesta sulla magia in Italia*, Piemme, Milano.
- PIAGET Jean - INHELDER Barbel (1970 [1966]), *La psicologia del bambino*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *La Psychologie de l'enfant*, Presses Universitaires de France, Paris, 1966].
- PIZZA Giovanni (1992), *Teorie del corpo: fenomenologia e antropologia, materiali del seminario*, Università degli Studi "La Sapienza", Roma.
- PIZZA Giovanni (1995), *Verso una teoria della tradizione. A proposito di un recente libro di Pascal Boyer*, "Etnosistemi", n. 2, 1995, pp. 117-120.
- PIZZA Giovanni (curatore) (1998), *Figure della corporeità in Europa*, "Etnosistemi. Processi e dinamiche culturali", anno V, n. 5, gennaio 1998, CISU, Roma.
- POPPER (1998) Karl R. - CONDRIY John 1994, *Cattiva maestra televisione*, Reser, Milano.
- ROMANO Franca (1987), *Guaritrici, veggenti, esorcisti*, Gangemi, Roma.
- SANTINI Alceste (1996), *Il Papa: digiunate per vincere la TV*, "L'Unità", 11 marzo 1996, p. 7.
- SEYMOUR-SMITH Charlotte (1991 [1986]), *Dizionario di antropologia*, Sansoni Editore, Firenze [ediz. orig.: *Dictionary of Anthropology*, McMillan Press].
- SEPPILLI Tullio, *La medicina popolare in Italia: avvio a una nuova fase della ricerca e del dibattito*, pp. 3-6, in SEPPILLI Tullio (curatore) (1983), "La Ricerca Folklorica. Contributi alla studio della cultura delle classi popolari" (Brescia), n. 8, ottobre 1983 (numero dedicato a *La medicina popolare in Italia*).
- SEPPILLI TULLIO (1996), *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica" (Perugia - Lecce), n. 1-2, ottobre 1996, pp. 7-22.
- SEPPILLI TULLIO (curatore) (1989), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano.
- SEVERI Carlo (1993), *La memoria rituale: follia e immagine del Bianco in una tradizione sciamanica amerindiana*, La Nuova Italia Editrice, Firenze.
- SIRAN Jean-Louis (1993), *Rhetoric, tradition and communication: the dialectics of meaning in proverb use*, "Man", 28 febbraio 1993, pp. 225-242.
- SONTAG Susan (1979 [1977]), *Malattia come metafora*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: Farrar Straus and Giroux, New York, 1977].
- TAMBIAH Stanley J. (1995 [1985]), *Rituali di cultura*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *Culture, thought, and Social Action. An anthropological perspective*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.), 1985].
- TERMINE Liborio (1976), *L'estetica della simulazione. Costruzione e analisi del linguaggio televisivo*, Paravia, Torino.
- TURNER Victor (1986 [1982]) *Dal rito al teatro*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *From ritual to Theatre*, New York Performing Art Publications, New York, 1982].
- TYLOR Edward B. (1985-1988 [1871]), *Alle origini della cultura*, 3 voll., Edizioni dell'Ateneo, Roma [ediz. orig.: *Primitive Culture: Research into Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art and Customs*, London, 1871].
- VAN GENNEP Arnold (1981 [1909]), *I riti di passaggio*, Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Les rites de passage*, Émile Nourry, Paris, 1909].

*Trasmissioni televisive citate:*

Mixer	28.2.1995	RAI due
Superquark	12.1.1995	RAI uno
Seconda serata	maggio 1995	RAI uno
Unomattina	dicembre 1995	RAI uno
Alle cinque della sera	28.2.1996	RAI due
Maurizio Costanzo Show	14.11.1995	Canale cinque

**Scheda sull'Autore**

Federico Badaloni è nato a Roma il 21 maggio del 1972. Si è laureato in Lettere presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" con una tesi dal titolo *La magia in diretta, una ricerca antropologica sulla telemagia nel Lazio*, relatrice prof. Franca Romano, correlatore prof. Giovanni Pizza. Ha collaborato con vari quotidiani e periodici, è stato consulente per la serie di documentari di divulgazione antropologica *Sulle tracce dell'Uomo* e di varie trasmissioni televisive di RAI2. Giornalista presso Kataweb, attualmente sta lavorando al progetto "Musei Virtuali della Memoria", di cui è ideatore e coordinatore. Il progetto consiste nella ricostruzione virtuale di vissuti collettivi (fatti storici, mestieri antichi, tradizioni popolari) attraverso la raccolta e la archiviazione su supporti multimediali delle testimonianze dirette.

**Riassunto*****Il corpo mediato. Una ricerca etnografica sul problema della corporeità nelle trasmissioni di tele-magia nella regione Lazio***

L'articolo affronta il tema della cosiddetta "telemagia" e dà conto di una ricerca su un corpus di registrazioni di trasmissioni televisive in onda su reti locali attive nell'area della Regione Lazio. Sono presi in esame i dialoghi in cui cartomanti e astrologi offrono consulti in diretta a consultanti che affidano ad una linea telefonica a pagamento le loro richieste. Il fenomeno è complesso e si presta a diversi approcci metodologici. Qui si sceglie una prospettiva etnografica, osservando in particolare come il contesto mediatico televisivo della comunicazione influisca sulla percezione della corporeità, sulle forme peculiari del dialogo nel consulto di telemagia. Al problema della "efficacia simbolica" sono dedicate alcune considerazioni che emergono dall'analisi del linguaggio utilizzato nel consulto. Gli strumenti di indagine si fondano sui concetti di presen-



za, immagine e apparizione, osservando come essi interagiscano e vengano mediati dalla televisione.

## Résumé

### *Le corps véhiculé. Une recherche ethnographique sur le problème de la corporéité dans les émissions de télémagie de la région Latium*

L'article aborde le thème de la "télémagie" et fait le compte rendu d'une recherche sur un ensemble d'enregistrements d'émissions télévisées diffusées sur des chaînes locales de la Région Latium. L'auteur examine les échanges de propos par lesquels les cartomanciennes et les astrologues offrent des consultations en direct à des consultants qui confient leurs questions à une ligne téléphonique payante. Le phénomène est complexe et se prête à plusieurs approches méthodologiques. L'approche choisie par l'auteur passe par une perspective ethnographique observant notamment que le contexte médiatique de la communication télévisée influence la perception de la corporéité et les formes particulières du dialogue dans la consultation de télémagie. Quelques remarques résultant de l'analyse du langage utilisé dans la consultation sont dédiées au problème de l' "efficacité symbolique". Les moyens d'analyse sont basés sur les concepts de présence, image et apparition dont l'auteur souligne l'interaction et la véhiculation télévisée.

## Resumen

### *El cuerpo mediado. Una investigación etnográfica sobre el problema de la corporeidad en las transmisiones de telemagia en la región del Lacio*

El artículo aborda el tema de la llamada «telemagia» y relata una investigación sobre un corpus de grabaciones de transmisiones televisivas en redes locales activas en la zona de la Región del Lacio. Se han examinado los diálogos en los que cartománticos y astrólogos ofrecen consultas en directo a consultantes que confían a una línea telefónica de pago sus preguntas. El fenómeno es complejo y se presta a diversos enfoques metodológicos. Aquí se ha elegido una perspectiva etnográfica, observando en concreto cómo influye el contexto mediático de la comunicación por televisión en la percepción de la corporeidad, en las formas peculiares del diálogo en la consulta de telemagia. También se dedican al problema de la «eficacia simbólica» algunas consideraciones a raíz del análisis del lenguaje utilizado en la consulta. Los instrumentos de la investigación se asentan en los conceptos de presencia, imagen y aparición, observando cómo interactúan entre sí y cómo son mediados por la televisión.

## Abstract

### *The mediated body. Ethnographic research on the issue of corporeity in the programmes of tele-magic in the Lazio region.*

The text deals with the issue of the so called “tele-magic” and involves research work on a corpus of television programme recordings broadcasted on local networks in the Lazio region. The dialogues of fortune-tellers and astrologists have been examined; these practitioners offer live consultations to people in need of advice who entrust their requests to a pay telephone line. The phenomenon is complex and can be approached from different standpoints. The standpoint selected here is ethnographical and focuses on how the television media communications framework can influence the perception of corporeity and the particular forms of dialogue in tele-magic consultations. The question of “symbolic efficacy” is also taken into account following the analysis of the language used during the consultation. The tools used for the survey are based on the concepts of presence, image and apparition and how the same interact and are mediated by television.

*“Una brutta cosa”.*

## *Immagini dell’HIV-AIDS<sup>(a)</sup> tra i Gitani spagnoli \**

**Rosario Otegui Pascual**

*profesora titular*, Departamento de antropología social, Universidad Complutense de Madrid (Spagna)

Per Elisa. Perché nella profondità dei suoi occhi si intravede il futuro dei Gitani spagnoli

### *Introduzione*

I Gitani spagnoli – tra 400.000 e 1.000.000 secondo i differenti autori – costituiscono la minoranza etnica più importante della Spagna sia in termini quantitativi che storici<sup>(1)</sup>. Per comprendere la situazione attuale della comunità gitana è necessario conoscere non solo la sua storia ma anche le forme in cui si sono venuti configurando i rapporti sociali tra la minoranza gitana e il resto della popolazione, la società *paya*<sup>(2)</sup>, caratterizzati sin dall’inizio da una profonda disuguaglianza. A partire dal XVI secolo, e dopo un breve periodo nel quale si protessero i Gitani, notiamo come tutti gli sforzi della società *paya* si siano diretti verso l’assimilazione della cultura e delle forme di vita quotidiana dei Gitani – abbigliamento, lingua, nomadismo – e/o la loro marginalizzazione rispetto alla società egemonica. Ciò significa che in pratica l’unica forma di integrazione che si permette e che si è permessa alla comunità gitana – sin dall’inizio della sua permanenza in Spagna – è stata la pura e semplice assimilazione. Tuttavia questa stessa assimilazione, e la conseguente perdita della “gitanità”, garantisce solamente la posizione più bassa nella struttura sociale egemonica.

Di fronte a ciò i Gitani spagnoli rispondono, come molti gruppi subalterni, mettendo in atto una duplice strategia. Da un lato approfittano degli interstizi e dei margini che la società *paya* lascia liberi, sebbene durante il percorso per situarsi in questi spazi di non-centralità sociale essi debbano necessariamente abbandonare alcuni elementi, come ad esempio il nomadismo e la lingua. Dall’altro lato conservano quegli elementi, strutturalmente imprescindibili, che permettono la sopravvivenza e la riprodu-

zione del gruppo: la struttura parentale e un sistema di autorità e di “rispetto” centrato sull’età e sul genere. Le forme culturali gitane rispondono in modo adattivo, anche se non trasformativo, alla situazione di esclusione nella quale, benché non da soli, essi si trovano. La etnicità – costruita internamente ed esternamente su alcuni grandi insiemi di stereotipi – agisce come un determinante della situazione della comunità gitana nel quadro della stratificazione sociale spagnola. Per questo, sebbene attualmente, come segnalano alcuni autori <sup>(3)</sup>, una delle caratteristiche principali della comunità gitana è la sua interna eterogeneità – principalmente per quanto riguarda la stratificazione sociale – non possiamo non segnalare che quando parliamo di strati sociali gitani dobbiamo scendere di un livello rispetto agli strati sociali della società *paya*. Questo è il prezzo della “alterità” etnica che rende più complesse le relazioni di disuguaglianza tra le classi sociali.

Attualmente, i Gitani spagnoli si caratterizzano per la loro quasi totale sedentarietà, anche se alcune delle loro professioni più usuali, come il lavoro agricolo salariato e la vendita ambulante nei mercati, richiedono un certo grado di mobilità geografica. Si caratterizzano inoltre sia per la eterogeneità interna (della stratificazione sociale a cui si è fatto riferimento in precedenza, e geografica) sia per la organizzazione parentale centrata intorno a lignaggi patrilineari, dispersi territorialmente e organizzati in grandi gruppi. Questi grandi gruppi parentali, che risiedono in un’area geografica relativamente ristretta, sono uno dei meccanismi gitani più efficaci per sopravvivere nei periodi di penuria. È proprio questo gruppo ampio che può sostenere in maniera più diretta le tante vicissitudini che possono coinvolgere un individuo e i suoi congiunti: dai periodi di scarsi guadagni fino alle difficoltà causate dalla malattia. Tutto ciò avviene grazie ad un alto grado di solidarietà familiare interna, che nelle situazioni più prolungate e/o gravi può estendersi al gruppo familiare più ampio e lontano geograficamente. La organizzazione basata sull’età e sul genere ha anch’essa un ruolo nella costituzione della “gitanità”, le posizioni di autorità e di “rispetto” si configurano intorno a questi due principi basilari. Il rispetto dei giovani nei confronti dei più anziani – sempre che questi non abbiano “perso la faccia” (ad esempio per essere tossicodipendenti o per non prendersi cura della famiglia) – così come quello delle donne verso gli uomini, articolano le gerarchie della comunità gitana in senso verticale ed orizzontale. L’uno e l’altro giocano un ruolo molto importante rispetto alle conseguenze sociali dell’Aids, come vedremo più avanti. Il chiaro orientamento androcentrico della comunità gitana, che in ciò non si allontana poi molto da quella *paya*, ha conseguenze importanti nel modello epidemiologico di trasmissione dell’Aids per via eterosessuale e pediatrica. Questa è, proba-

bilmente, la differenza più significativa rispetto al modello epidemiologico della popolazione *paya*.

### *Note sull'Aids e la concezione gitana di salute/malattia*

Sebbene esistano pochi studi specifici sulla concezione gitana di salute/malattia, possiamo contare, al contrario, su una interessante bibliografia sulle loro condizioni di vita <sup>(4)</sup>. In questi lavori troviamo informazioni sulla loro condizione di marginalità sociale e sulle pessime condizioni infrastrutturali dei quartieri gitani (di fatto degli agglomerati di baracche) carenti dal punto di vista igienico (mancanza di acqua corrente, abitazioni costruite con materiali di scarto, ecc.) e che, essendo per di più situati nelle zone più lontane delle città, comportano rischi aggiuntivi per la salute derivanti dalla scarsità di infrastrutture viarie, aumentando così la possibilità di incidenti.

La prospettiva storica utilizzata in questa ricerca sottolinea la necessità di vincolare i processi di salute-malattia-cura alle forme storicamente costituite di riproduzione sociale dei gruppi. Considerandoli come processi *socia-li* viene legata la spiegazione del loro sviluppo alla comprensione delle forme ineguaritarie e differenziali di riproduzione sociale. Questa impostazione si allontana dalla prospettiva biomedica egemonica che, intendendo la malattia come una situazione episodica nel divenire dei soggetti, non permette di evidenziare le interrelazioni e le continuità che si stabiliscono tra il soggetto che soffre, come membro di uno specifico gruppo, e la sua malattia. Pertanto la malattia deve intendersi come un processo patologico che incorpora, non solo le sue caratteristiche biologiche individuali, ma anche le sue caratteristiche sociali derivanti dal costituirsi come soggetto di un gruppo con una storia sociale ed economica specifica che permette di affrontare con maggiore o minore capacità di resistenza i processi patologici concreti.

È da questa prospettiva che possiamo leggere il caso gitano come esemplificativo, poiché questo gruppo, per i processi di esclusione storica a cui prima facevo riferimento, presenta aspetti significativi che permettono di comprendere le forme sociali di disuguaglianza rispetto alla salute, alla malattia, alla cura.

Così, non c'è da stupirsi che, come si segnala in alcuni testi, la popolazione gitana abbia una minore speranza di vita rispetto a quella *paya*, non solo in termini assoluti ma anche relativi alla stratificazione sociale, né che il proces-

so di invecchiamento sia molto più precoce. È la stessa comunità che adatta la sua sequenza temporale di vita, culturalmente costituita, a questi dati. Le scansioni d'età dei Gitani sono rette da parametri diversi rispetto a quelli *payos*, un gitano è adulto già a 16 anni e vecchio a 45-50 anni. Inoltre si constata che, date le condizioni di vita negli accampamenti – dove hanno vissuto e ancora vivono una grande quantità di gitani –, le malattie infettive sono all'ordine del giorno. Si nota inoltre che i malesseri psicologici – prima identificati come “nervi” ora come depressione, in un riadattamento al linguaggio medico di ogni tipo di disturbo psicosomatico – non permettano a molti gitani di vivere in maniera sana. Tutto ciò non è altro che il risultato della esclusione e della marginalità e per poter essere eradicato ha bisogno di interventi che vadano al di là dei cambiamenti di comportamento individuale, pur a volta necessari, proposti come panacea dalla amministrazione sanitaria.

Questi dati indicano che la malattia nel caso dei Gitani deve gran parte della sua specificità alle condizioni di povertà che li accompagnano lungo la propria vita e che pertanto una prevenzione radicale<sup>(6)</sup> ha bisogno della trasformazione di queste condizioni strutturali. Bisogna tenere conto, inoltre, che la posizione di marginalità ostacola la capacità di scelta individuale di abitudini e di stili di vita salubri. Nonostante ciò, come vedremo più avanti, i Gitani spagnoli hanno sviluppato tutta una serie di strategie di salute che, sebbene vengano sottovalutate dai servizi sanitari per il fatto di non essere articolate nel linguaggio e nella pratica biomedica, compiono una funzione di prevenzione individuale e comunitaria, mai sufficiente, poiché non altera l'ordine della disuguaglianza nelle condizioni di salute, ma comunque importante per la sopravvivenza.

Rispetto al tema che ci interessa – l'AIDS – è necessario segnalare che il modello epidemiologico di questa malattia nella popolazione gitana segue gli stessi parametri della popolazione *payo*. Ovvero, la grande maggioranza delle persone infettate lo sono state per aver condiviso siringhe nell'uso di droghe per via endovenosa. Occorre pertanto rimarcare che l'AIDS non è una malattia dei Gitani, sebbene alcuni di essi siano infettati dall'AIDS<sup>(6)</sup>.

Così dunque, nella misura in cui alcuni Gitani (in maggioranza uomini) sono entrati nel mondo della droga, soprattutto quelli che si trovavano in una situazione di maggiore marginalità ed esclusione sociale, e che hanno condiviso siringhe infettate nelle proprie pratiche di tossicodipendenza, si ritrovarono affetti dall'Hiv. Ciò avveniva molto di più prima, dato che oggi, per diverse cause, la pratica di condividere le siringhe tra i tossicodipen-

denti è diminuita drasticamente. Da un lato il gran numero di morti, spesso ben conosciuti, in quanto amici e colleghi, ha influito in maniera decisiva nel cambiamento delle pratiche di tossicodipendenza. Dall'altro, i vari programmi di riduzione del danno, soprattutto con la sostituzione delle siringhe, hanno determinato, poco a poco, la diminuzione dell'impatto dell'Hiv per questa via di contagio. Con questa ricerca – realizzata su richiesta del Secretariado general gitano – ci si proponeva di conoscere e analizzare le rappresentazioni che la comunità gitana spagnola ha sul complesso Hiv-Aids, con un obiettivo oltre che teorico anche applicativo.

Il punto di partenza era conoscere e analizzare se alcune delle caratteristiche culturali e sociali della popolazione gitana aiutano o al contrario impediscono una prevenzione adeguata nei confronti di questa malattia. E tutto ciò partendo dalla convinzione che la prevenzione più efficace comincia dallo sradicamento delle condizioni di sopravvivenza dei settori più esclusi della comunità gitana.

### *L'Aids e la sua rappresentazione egemonica*

«A me personalmente preoccupa più l'Aids che il cancro, mi fa più paura perché è una cosa che ti distrugge in un modo più brutto, se la prendi non è per ... ma per cose cattive, come la droga o sì, anche per il sesso. Io la relazione più con gente che si muove in posti strani» [uomo, ceto medio, estraneità all'Aids e alla tossicodipendenza].

In questa frase possiamo constatare un condensato dei significati che l'Aids ha per molti Gitani. I tre aggettivi che qualificano la malattia sono in successione: *brutto*, *cattivo*, *strano*. Pertanto l'Aids secondo questa percezione è la antinomia della normalità sociale, ovvero, di quella che si costituisce come rappresentativa del dover essere. È il discorso che si costruisce a partire dalla centralità ideologica, tanto *paya* come gitana, e nel quale la malattia perde i suoi caratteri patologici per costituirsi in una forma riprovevole di essere e di posizionarsi nel mondo che si formula nel “male”, nella “cattiva vita”<sup>(b)</sup> e/o nei “posti strani”. In questa concezione si sottolinea il carattere di esteriorità dell'Aids, sia per l'individuo che per la stessa comunità: «è una cosa più da *payos*».

«Quello che succede è che siccome non siamo *drogati*, e che nemmeno la malattia, quelli che la hanno sono ... quelli che sono omosessuali e qui non ci sono, è una cosa che non ci tocca. Io non sono drogato, neanche i miei figli sono drogati, né siamo, come si suole dire, finocchi, pertanto a noi questa malattia non ci colpisce» [uomo, sposato, estraneità all'Aids e alla tossicodipendenza].

Il passaggio dal collettivo all'individuale avviene praticamente senza transizione, il *noi* si riferisce alla comunità gitana (non ci sono omosessuali) e alla propria famiglia (non ci sono tossicodipendenti) perciò la malattia rimane fuori, è degli altri, siano essi *Payos* e/o Gitani che conducono una *cattiva* vita (drogati). Il riferimento all'AIDS si trasforma in un valore etico-morale che permette di giudicare e allo stesso tempo riaffermare la normalità del nostro stile di vita, collettivo e individuale. In quanto tale l'AIDS è più che una malattia. È una qualità che impregna i soggetti che ne soffrono e che pertanto li qualifica e li separa dagli altri: sono coloro che girano nei posti strani. L'AIDS è in questo senso l'antinomia della "gitanità", di quella forma di essere umano che si differenzia dal *payo*. Per questo, dell'AIDS non si parla, sebbene si conosca e si conoscano dei casi concreti. Parlarne e soprattutto esplicitare che qualcuno è morto di AIDS è qualcosa che va al di là del descrivere la causa di una morte. È dare un giudizio morale su una persona deceduta che a volte può riguardare anche la sua famiglia; per questo è meglio non dire, non sapere, occultare e per quanto possibile evitare.

Questa forma di costruzione sociale dell'AIDS e dei soggetti infettati è di grande importanza poiché, come ho detto sopra, è la formulazione che impregna la costruzione della legittimità sociale gitana. È quella che riaffermano i gruppi di classe media, che costituiscono l'armatura ideologica del dover essere gitano e che normativizzano le forme di relazione e controllo sociale. Nonostante ciò, e come ho esposto in un'altra occasione<sup>(7)</sup>, l'AIDS si costruisce in maniera differenziata all'interno della comunità gitana spagnola in relazione con la variabile vicinanza/estraneità alla tossicodipendenza e all'AIDS, permettendo così l'esistenza di due grandi rappresentazioni: quella più medicalizzata, e quella ibrida tra le concezioni popolari e le concezioni mediche. In ogni caso, come vedremo in seguito, l'AIDS è *brutta* per tutti, e questo perché la sua sintomatologia colpisce gli infettati "*bruttamente*" sia a livello biologico che sociale.

### *Una brutta malattia: la sintomatologia*

Sebbene in generale l'AIDS si definisca come una brutta malattia – con quello che ciò comporta in termini di stigmatizzazione morale dei malati – possiamo tracciare alcune differenze rispetto alla forma in cui essa viene definita, prendendo in considerazione le variabili di genere e di vicinanza/estraneità a questa malattia. Sia per le donne che, indipendentemente dal loro capitale culturale, si prendono cura di un malato di AIDS, sia per gli



uomini infettati, la malattia si costruisce a partire dalla conoscenza medica. Ciò avviene perché l'esperienza pratica che determina le rappresentazioni sociali della malattia è quella del contatto quotidiano ravvicinato con i servizi medici. Tra questo gruppo di soggetti, la metaforizzazione dell'AIDS gioca un ruolo molto secondario, e appare nella stessa misura in cui esiste nel discorso della biomedicina. Così, nel descrivere la malattia si sottolinea l'importanza delle analisi cliniche per determinare l'esistenza dell'infezione. Si distingue molto correttamente tra sieropositività, non marcata da alcun tratto fisico, e l'AIDS conclamata e/o terminale in cui le malattie opportunistiche incominciano a mostrarsi nella loro vistosa crudezza.

Mano a mano che ci si allontana dalle forme di conoscenza pratica della infezione – conoscenza determinata nel caso degli uomini dal fatto di soffrire la malattia, e nel caso delle donne dal fatto di adempiere al proprio ruolo, culturalmente previsto, di assistenza dei malati – la sintomatologia viene riferita più direttamente alla visibilità della infezione nelle forme fisiche di manifestazione dell'AIDS conclamato. Non si fa riferimento alla necessità delle analisi per confermare o negare la sieropositività, e si attenua la distinzione tra le due fasi: sieropositività e AIDS conclamato. Tutto è considerato uguale e le immagini sintomatologiche vengono riferite ai danni fisici visibili: magrezza, bocca rovinata, pustole sul viso, ecc., sintomi che si attribuiscono all'AIDS ma che si intrecciano strettamente con la tossicodipendenza.

Tra le persone più lontane dal contatto quotidiano con l'AIDS e che mantengono la concezione egemonica alla quale ho già fatto riferimento, la sintomatologia si confonde con l'immagine che si ha del tossicodipendente più “fatto”. Ovvero quella del “tossico” eroinomane che “si fa per strada” e che è in relazione, non solo con l'aspetto fisico individuale, ma anche con lo stile di vita generale. La frase seguente lo descrive dettagliatamente:

«È che quella che conosco, è messa proprio, uff! Un cadavere, è anche un caso eccezionale [tossicodipendente, lavora nella prostituzione], perché io a volte la vedo *molto smagrita* e altre volte molto gonfia e le si vede in *faccia* che ha l'AIDS, ha ferite, occhiaie, si *mette pantaloni attillati*, lo capisco dal modo di vestire. Inoltre la compagnia che ha. Va con *Payos* che hanno il suo stesso aspetto» [donna, nubile, ceto medio, estraneità all'AIDS e alla tossicodipendenza].

Come si vede, la estraneità alla problematica permette di passare dai sintomi fisici ai sintomi sociali praticamente senza transizione. In questi casi, la malattia si costruisce come malattia sociale che si riflette nel fisico. Non è solo l'aspetto biologico che indica l'esistenza della malattia ma è anche il modo di vestirsi – pantaloni attillati – e le compagnie – una donna gitana che va con *Payos* –, la corrispondenza tra una femminilità che rompe la

normatività del dover essere della donna gitana. Ancora una volta è la “cattiva vita” quella che ha delle conseguenze sui soggetti portandoli ad un determinato livello di degradazione fisica – espressa nel “male” dell’Aids – che si ristabilisce solamente con il ritorno alla “buona vita”, cioè l’abbandono della tossicodipendenza e dei tratti fisici che vi si associano. È la reintegrazione nel sociale che permette il miglioramento nel fisico individuale. Così si racconta:

«Si guarda male la gente malata di Aids, e questo ragazzo [Hiv positivo] è molto magro, la comunità gitana lo sa che ha l’Aids. Si nota quando una persona consuma eroina, perché è molto magro, no? Quindi, che sta *vivendo di espedienti*. Ad ogni persona che consuma per molto tempo gli rimane il corpo dimagrito. Ma anche, vedi l’altro ragazzo [un ex-tossicodipendente, sieropositivo] che lì non ne sanno niente, se lo sapessero direbbero: già ha fatto abbastanza il ragazzo smettendo, non vedi quant’è sano e forte? Come gioca a pallone, ci batte a tutti, come può essere ammalato? Questo ragazzo non è ammalato» [uomo, ceto medio, celibe, mediatore di comunità].

La patologia si risolve nel sociale, nello stesso modo in cui si manifesta nel sociale. Per questo, l’abbandono della tossicodipendenza e del *vivere di espedienti* reinserisce il soggetto nel quadro della sociabilità gitana – gioca a pallone con gli altri – nello stesso momento in cui ricostituisce il suo aspetto fisico. La volontà di lasciare la droga permette al soggetto la ricostruzione dei legami sociali che lo incorporano al gruppo, al di là del fatto di essere sieropositivo. Il ritorno alla *buona vita* – secondo le norme gitane – è il meccanismo che permette di dimenticare e porre fine alla esclusione.

In questo senso bisogna segnalare che attualmente la droga rappresenta per la comunità gitana una fonte di grande preoccupazione – «la droga ci distruggerà» – poiché oltre che colpire un gran numero di famiglie gitane, soprattutto quelle che si trovano in situazione di maggior esclusione sociale, ha colpito individui di molte altre famiglie. La droga, con i suoi effetti non solo fisici-individuali ma anche economici e sociali, ha sovvertito molti dei valori gitani: i principi di autorità e di rispetto sono crollati tra coloro che vivono nel mondo della droga, è stata la rovina per molte famiglie e la possibile prosperità economica derivante dal traffico di stupefacenti è controbilanciata dai processi di dipendenza in cui sono entrati alcuni gitani. Quindi, non è strano che questa problematica sia così importante nella coscienza dei Gitani spagnoli. Per farvi fronte la comunità ha messo in moto una serie di meccanismi di pressione sociale, a volte per isolare, nella maggior parte dei casi per cercare di riabilitare, i soggetti tossicodipendenti.

Uno di questi meccanismi è la perdita del “rispetto”<sup>(8)</sup> del tossicodipendente davanti al gruppo. Un uomo senza rispetto non solo è un individuo indegno agli occhi della comunità – e dunque distante dalle norme ideali

di comportamento gitano – ma è anche uno che può rimanere al margine dalle pratiche quotidiane di vita e di riproduzione collettiva. Può capitare che non trovi una moglie gitana quando raggiunge l’età per sposarsi o, nel caso sia già sposato, che la moglie l’abbandoni con l’approvazione degli “anziani di rispetto”. Inoltre, la sua condizione di dipendenza dalla droga lo può lasciare al margine dei processi più importanti della vita gitana come nel caso delle alleanze matrimoniali o delle cerimonie funebri. Un gitano in questa situazione ce lo descrive:

«Mio figlio ha preso il comando della casa, pensava di essere il padrone ed è ancora il padrone di casa. È una vergogna per me, lui è il padre e noi i figli. Perdi il rispetto [a causa della droga], è che non ti fai più rispettare, lì si perde tutto... tutto, è che non hai vergogna. Se sei così quando vai a chiedere una donna per tuo figlio non te la danno, e mia figlia si è dovuta sposare con un payo, con me in questa situazione, chi la voleva? E mia moglie se ne è andata un po’ di tempo dai suoi genitori per punirmi ma niente. È che perdi il rispetto, adesso è morto un tossico e nessuno ci fa caso, fanno due giorni di lutto e via...» [uomo, adulto tossicodipendente attualmente in trattamento con metadone].

La macchia della droga non cade solo sull’individuo tossicodipendente ma colpisce il gruppo familiare nel suo insieme. È per questo che di fronte al tossicodipendente la famiglia reagisce all’unisono per tentare di tirare fuori il ragazzo dalla dipendenza; di solito è il padre che si mostra più attivo nella lotta contro la dipendenza, ponendo in gioco il suo rispetto e l’autorità di fronte al figlio<sup>(9)</sup>. Questa è una delle forme in cui il principio di autorità gitano può agire come strategia di cura.

Quando il problema della droga colpisce una intera famiglia, la strategia che si segue è quella dell’esclusione. È una famiglia con una cattiva “reputazione” con la quale il resto dei vicini cercherà di non avere rapporto. È successo che in alcune località spagnole gli “uomini di rispetto”<sup>(10)</sup> abbiano persino disposto l’allontanamento delle famiglie gitane dedite allo spaccio e tossicodipendenti: tentando di mettere in moto i meccanismi culturali gitani di autorità per contrastare la insidiosa introduzione della droga nella vita dei quartieri più emarginati.

La sintomatologia associata all’AIDS conclamato, indipendentemente dai soggetti e dalla vicinanza o estraneità all’AIDS, evidenzia nel modo in cui vengono decritti i danni fisici, quegli aspetti che costituiscono l’antitesi dell’ideale gitano di bellezza, sia per gli uomini che per le donne. Come si è già detto l’AIDS è, tra le altre cose, una malattia *brutta*, perché rende brutte le persone. Pertanto, i soggetti che la soffrono si caratterizzano per la perdita di quelli che sono gli attributi gitani della bellezza, sia fisica che sociale.

In ogni caso si rimarca l'estrema magrezza degli ammalati, mettendola in relazione con l'azione del *bicho*<sup>(c)</sup> – virus – che mangia da dentro, “essere pelle e ossa”, “come uno scheletro”, “corpo emaciato”, “corpo stretto”, sono alcune delle espressioni più usate. C'è una notevole interdipendenza e coerenza fra le idee relative alla causalità e ai sintomi della malattia. Così, nella misura in cui si considera che il virus dell'AIDS è come un *bicho* che entra nel corpo, si pensa che una volta dentro proceda alla sua distruzione per consunzione.

Come un parassita, il virus mangia il soggetto da dentro e ciò influisce sul suo aspetto esteriore, immagine questa, legata a idee popolari sulla malattia e sulla consumazione interna. Inoltre, questa visualizzazione del corpo dimagrito rinvia all'idea della vicinanza della morte.

Per le culture “popolari” – corrispondenti, non lo dimentichiamo, a soggetti contadini e/o operai che possono soffrire periodi più o meno prolungati di carenza alimentare – “essere pelle e ossa” ha rappresentato sempre la metafora della fame e pertanto della morte prossima. Al contrario la grassezza, viene associata alla salute e alla ricchezza. In questo senso il ristabilimento di un corpo normalizzato – non magro – dopo l'abbandono da parte degli uomini della “cattiva vita” è considerato un sintomo di ritorno alla salute. Nel caso delle donne – se sono state infettate dai loro mariti e considerate vittime innocenti – la grassezza è vista come la qualità che permette di giudicare la esistenza di una vita adeguata prima dell'infezione. Si vedano i seguenti esempi:

«Guarda, era bellissima [si riferisce ad una donna morta di AIDS] e corpulenta, in carne, non era né grassa né magra, in carne, e rimase con un corpo stretto e pelata. Con la capigliatura folta che aveva, nera, e rimase pelata. E lui ancora vive mentre lei è morta» [donna, ceto basso, estraneità all'AIDS e alla tossicodipendenza].

«Mia sorella è stata sempre una persona sanissima, sanissima, era prosperosa e bella, e iniziarono a caderle i capelli, era molto dimagrita, il resto nonostante fosse in fase terminale non gli si vedeva, non era debole. Ossia sembrava che ancora stesse bene» [donna, ceto medio, sorella morta di AIDS].

Il vincolo tra salute e corpo non magro, proporzionato, agisce in un senso doppio. Da un lato, trasmette l'immagine culturale di equilibrio associata al vigore: e dall'altro rinvia all'idea di forza. Un corpo in carne è un corpo che sopporta le avversità<sup>(11)</sup>. Le classi sociali legate direttamente alla produzione manuale, utilizzano il corpo come strumento di lavoro, da qui nasce la necessità di conservarlo di fronte al logorio che implica la posizione che occupano nel sistema di produzione. Per questo fino a poco tempo fa in Spagna il corpo magro per questi gruppi sociali – tra i quali si situano i Gitani e i loro lavori tradizionali – era sinonimo di ammalato.

Attraverso il processo ideologico di costituzione egemonica del corpo normalizzato, attualmente l'ideale di bellezza è quello della estrema magrezza. Ideale che fino a poco tempo fa faceva solo parte dell'ideologia delle classi medie e alte il cui inserimento nel sistema produttivo avviene attraverso i servizi e il lavoro non manuale – pertanto del corpo per il consumo –. Come succede per molti altri aspetti della costituzione ideologico-egemonica del “gusto”, il corpo elegante e “sano” è quello che corrisponde ai parametri normalizzati delle classi egemoniche. E a ciò contribuisce spesso il discorso della biomedicina nello stabilire le sue tavole di peso ideale. Nel caso della comunità gitana, il corpo risponde più ai canoni di bellezza popolari, soprattutto nel caso della donna, di cui si apprezza la rotondità delle curve. Per questo la “strettezza” del corpo e la sua magrezza continuano ad essere sinonimo di malattia.

I sintomi associati all'Aids si riflettono sul viso (il “viso pallido”, “gli occhi infossati”, “il viso smagrito”) ma soprattutto sulla bocca ed i capelli. I capelli hanno un ruolo molto importante nella cultura gitana. I capelli lunghi, rilucenti e abbondanti, ben curati, sono una delle maggiori attrattive per un uomo e una donna gitani. Per questo si dedica molto tempo alla loro cura e pulizia, mentre le vedove si tagliano i capelli e/o li coprono con un fazzoletto durante il lutto. Perciò uno dei sintomi che maggiormente si rimarcano nei malati terminali è la caduta dei capelli. In definitiva è la perdita di uno degli attributi che, per uomini e donne, costituiscono una linea d'identità molto importante. La malattia è brutta perché ti fa diventare brutto/a.

La bocca merita un'attenzione speciale. In questo caso non si tratta tanto di bellezza o di bruttezza ma di salute. Si sottolinea che ai malati di Aids si rovinano la bocca, “gli cadono i denti”, “gli si riempie la bocca di pustole”, “hanno ferite in bocca”. La bocca nella cultura gitana, data anche la loro lunga esperienza di convivenza con le malattie infettive legate alle loro condizioni di vita, è una possibile fonte di incorporazione di germi. È un orifizio del corpo umano dal quale possono entrare malattie.

Ciò spiega, in parte, la quantità di precauzioni igieniche che si adottano rispetto a tutto ciò che entra dalla bocca. Pulizia, con massima cura, di tutti gli alimenti da ingerire. Rifiuto degli avanzi di cibo. Accortezza nell'igiene degli utensili che vengono a contatto con gli alimenti e con la bocca – bicchieri, cucchiari, piatti, vassoi, ecc. – che non si mischiano con altri utensili che possono contaminarli (per maggiori dettagli si veda Gay Blasco). Uso abbondante della candeggina per la pulizia degli utensili e del pavimento, luogo dove possono cadere le cose che poi si mettono nella bocca.

Tutte queste pratiche parlano di una cultura nella quale la presenza di malattie contagiose ha avuto un forte impatto – anche se ci sono evidentemente altre implicazioni simbolico rituali, come spiega molto bene Gay Blasco – e che in funzione di ciò ha sviluppato tutta una serie di misure preventive rispetto ai “germi” che possono entrare per bocca.

Però nel caso dell’AIDS non si tratta tanto di ciò che può entrare, piuttosto è la malattia che è già dentro che si manifesta nell’orifizio per eccellenza da cui entra il male. Le bocche in cattivo stato sono indizio della malattia interna. Per questo, quando c’è un malato di AIDS in casa, per evitare il contagio del resto della famiglia le precauzioni vengono portate all’estremo, e ciò nonostante si sappia quasi sempre che il virus dell’AIDS non si trasmette in tal modo. In questo caso si osserva che le informazioni più medicalizzate sono state incorporate ad un substrato socioculturale più profondo che vi si sovrappone, ma non le distrugge. E ciò comporta un’importante fonte di prevenzione nel caso in cui le malattie opportuniste dell’AIDS siano di carattere infettivo (candidiasi, polmonite, tubercolosi, ecc.).

L’AIDS si nota, oltre che nelle sue manifestazioni più fisiche, in alcuni stati d’animo. Così si parla di “abbattimento”, “stanchezza generalizzata”, “esaurimento”, “dover vivere sotto una campana di vetro”, “perdita delle forze”, “depressione”, “mancanza di voglia di vivere”: stati d’animo contrari all’immagine sociale della “forma di vita gitana”, soprattutto nel caso degli uomini. Perciò, dell’AIDS si rimarcano non solo i sintomi fisici, ma anche quelli che impediscono di svolgere il ruolo sociale assegnato. Gli uomini malati, non solo sono estremamente magri, ma sono anche deboli. Ed è questa debolezza che impedisce loro di adempiere alle attività tipiche maschili. Così ci raccontano:

«Bisogna dirlo ai genitori. Perché io l’ho detto ai miei, a mio padre, a mia madre e tutti e loro due: *tu non hai niente, tu sei molto forte. E io gli dico: quando lo vuoi accettare, quando ti entrerà nella testa che io ce l’ho. E lui, ma va, che sei molto forte, che qui, che là*» [uomo, ceto basso, sposato, sieropositivo].

«Io secondo l’esperienza che ho con gli amici... c’erano amici che ce l’avevano e non lo sapevano, non lo sapevano anche se *stavano piuttosto giù. Pum, le analisi in un centro di quelli e vengono a saperlo... Gli si nota perché è dimagrito molto, il colore, deve vivere sotto una campana di vetro, senza uscire, senza voglia di muoversi, soltanto a letto. Io lo vedo e non è più la stessa persona*» [uomo, ceto medio, tossicodipendente, in trattamento con metadone, non sieropositivo].

L’AIDS, pertanto, insieme all’aspetto fisico, trasforma le qualità individuali più importanti per un uomo. Non si è più lo stesso, si diventa un’altra persona.

E si è un'altra persona non solo perché si perde la forza fisica, ma anche perché si entra in uno stato di decadimento generalizzato che impedisce di muoversi. In questo senso bisogna segnalare che la maggior parte delle attività della vita quotidiana dei Gitani si svolgono in un contesto di estrema velocità. Data la loro situazione di marginalità sociale, la maggioranza dei Gitani spagnoli agisce in un contesto socioeconomico in cui “essere sveglio”, “essere veloce”, acquista un valore di sopravvivenza molto importante.

La precarietà e la vulnerabilità delle attività lavorative che tradizionalmente hanno svolto i Gitani, hanno poco a vedere con orari stabili e con lavori di ufficio. Al contrario, ogni giorno bisogna arrangiarsi, e molte volte questo significa essere pronto a cogliere al volo le opportunità che possono presentarsi. La programmazione non entra in questi schemi di costruzione degli “stili di vita”, altre qualità sono molto più importanti. Fra queste, la capacità d'improvvisare con l'immaginazione, la destrezza nel saper approfittare degli interstizi e soprattutto la velocità. Per questo, gli stati di abbattimento prodotti dall'Aids – “non avere voglia di alzarsi dal letto” – fanno diventare un'altra persona. La malattia, in questo senso, altera i valori costitutivi della “gitanità” dei soggetti. Tenendo conto, inoltre, che la stessa marginalità lavorativa non permette a tanti Gitani l'accesso a prestazioni importanti che sono comuni tra i *Payos* – soprattutto i permessi per malattia –, l'indebolimento ed il decadimento non solo hanno conseguenze nella configurazione della persona, ma possono avere anche importanti conseguenze economiche per la famiglia, che viene a perdere uno dei suoi membri attivi dal punto di vista lavorativo.

Se la velocità di azione fa parte della forma di vita gitana, l'Aids è crudele perché oltretutto agisce “poco a poco”. Il processo di deterioramento si percepisce in un periodo lungo di tempo e questo è un aspetto in più della “bruttezza della malattia”. Nonostante ciò, le persone sieropositive che hanno una concezione più concordante con le conoscenze mediche e distinguono tra sieropositività e Aids conclamato – dato che l'esperienza dello sviluppo della propria malattia è un'importante fonte di conoscenza – conoscono la possibilità di rendere cronica l'Aids attraverso il controllo dei livelli di carica virale. Relazionano però questo controllo più con l'abbandono della tossicodipendenza ed il ritorno alla “buona vita” che con la stretta osservanza di una terapia farmacologica. Così lo raccontano:

«Il virus dell'Hiv è come un *bicho*. Se tu consumi [droga] è come se gli dessi da mangiare e lo rendessi attivo. Ma se tu smetti di consumare, il *bicho* ti rimane, ossia l'Aids, l'Hiv, ma rimane inattivo. Ce l'hai là ma con una vita normale, con un medicamento tu puoi campare 15 o 20 anni con l'Hiv» [donna, ceto basso, sposata con un sieropositivo].

«È che il virus si può fermare, ossia non avanza, ma se ricomincio a bucarmi e a *fare una cattiva vita*, allora ti prende sempre di più. Fino a quel momento è come se fosse morto [il virus], finché non gli dai da mangiare non si *sveglia*» [uomo, ceto basso, ex tossicodipendente, sieropositivo].

La logica della cronicizzazione è chiara. Il virus è entrato con la droga, aspetta silenzioso, come un parassita, addormentato, inattivo fintanto che non gli si dà quello che lo ha introdotto nel corpo: la droga. Ma la droga nell'immaginario gitano, come detto prima, è qualcosa più di una sostanza illegale che dà dipendenza. Condensa a livello simbolico "il male". Non solo quello individuale e familiare ma anche quello della sopravvivenza culturale.

È l'antitesi dei valori gitani poiché provoca la disgregazione del soggetto e della sua capacità di controllo e rispetto per se stesso e per i suoi parenti. Attraverso la sua azione a livello individuale mette in pericolo il gruppo. Per questo la vittoria sulla droga permette al soggetto di "recuperare la faccia", tornare a far parte della comunità e ricevere il rispetto dei suoi parenti. Per di più, a volte, permette il raggiungimento di una posizione importante nelle nuove forme religiose che sono apparse recentemente nella comunità gitana. Alcuni pastori della Chiesa Evangelica sono stati tossicodipendenti: il loro abbandono della tossicomania è d'esempio e serve da rinforzo per l'estendersi di questa nuova forma di religiosità gitana. Dove si colloca l'Aids in questa concezione? Molto indietro come problema. In realtà fa parte dell'insieme pratico-simbolico della "cattiva vita" della droga. Risolta questa, recuperata la normalità individuale, familiare e sociale, il virus diventa quasi invisibile, è addormentato e sotto controllo. Ed è in questa concezione che si annida il pericolo di contagio per quei soggetti che sono rimasti praticamente invisibili: le mogli dei tossicodipendenti sieropositivi.

L'Aids cronicizzato, nella maggior parte dei casi, è anche legato al genere. Ovvero, dato il forte orientamento androcentrico della cultura gitana, gli uomini appaiono sempre come soggetti da essere accuditi, in caso di malattia, mentre le donne sono quelle che accudiscono. Gli uomini si considerano come possibili contagiati, mai come contagiatori. Poiché, oltretutto, le donne generalmente non fanno uso di droghe, né hanno una vita sessualmente promiscua – le due vie di trasmissione su cui più hanno lavorato i programmi sanitari – la loro situazione è estremamente vulnerabile nel caso in cui siano sposate con un sieropositivo. Sulle donne contagiate l'Aids sembra agire rapidamente. Spesso si raccontano casi in cui una donna infettata di Aids dal marito «non è durata neanche sei mesi», «lui è vivo e lei è morta rapidamente». Tutto ciò ha una spiegazione che va tenuta molto in conto al momento di fare prevenzione.



La condizione di "drogato" fa entrare in contatto gli uomini con i diversi servizi per il trattamento delle dipendenze (molti di coloro che hanno un appoggio familiare sono passati per i vari centri di disintossicazione) e, pertanto, accedere ad alcune delle forme di servizio sanitario. In ognuno di questi centri, compresi quelli che sono a carico del culto evangelico, al momento dell'ingresso si viene sottoposti ad una analisi che comprovi la sieropositività. Nel caso di positività, possono iniziare tutta una serie di visite e di contatti con i servizi sanitari e ha inizio la "cura" con il tentativo di cronicizzare l'AIDS.

Perciò, gli uomini se arrivano in tempo e cominciano a curarsi veramente, seguendo le terapie e cambiando il loro stile di vita, "non dando da mangiare al bicho", possono sopravvivere all'AIDS. Al contrario, le mogli dei sieropositivi non rendendosi visibili e non essendo viste come possibili soggetti contagiati, ma fondamentalmente come coloro che si prendono cura del malato, sono prese in considerazione soltanto per questa funzione, e non prestano attenzione alla loro possibile infezione. Quando questo si verifica di solito interviene la famiglia paterna che la riprende a casa, quando ormai si trova già in una fase molto avanzata di AIDS conclamato e sono già evidenti le malattie opportuniste e le loro conseguenze.

Questa sarebbe la spiegazione di ciò che spesso ci viene riferito e dei casi concreti conosciuti: l'esistenza di coppie in cui il marito tossicodipendente, infettato a causa della condivisione di siringhe, è ancora vivo mentre la moglie è morta ad una velocità inusitata. In definitiva, è una questione che riguarda sia la comunità gitana che il resto della popolazione: chi accudisce le donne che accudiscono? Il problema è ancora più grave nel caso dell'AIDS quando non ci si accorge della malattia nel periodo di latenza e pertanto le donne che accudiscono i malati si trovano in una speciale situazione di vulnerabilità. Non accedono alle analisi di laboratorio, a meno che non siano in gravidanza, e non possono così iniziare un trattamento durante il loro periodo di sieropositività, perché non sanno di esserlo e perché per di più stanno accudendo altre persone malate.

### *Spose, madri: le donne gitane di fronte all'AIDS*

In precedenza ho segnalato che il modello epidemiologico dell'AIDS nella comunità gitana non è molto differente da quello della popolazione *paya*. Nonostante ciò, facevo anche notare che una delle possibili differenze è riscontrabile nell'incremento delle vie di contagio di tipo eterosessuale e

pediatrico. Alla base di questo possibile incremento ci sono alcuni fattori interconnessi che devono essere presi in seria considerazione al momento di stabilire specifiche misure preventive.

In primo luogo deve essere presa in considerazione la precoce età matrimoniale dei Gitani spagnoli. Nonostante una certa variabilità, non è difficile incontrare coppie che abbiano contratto il matrimonio intorno ai 14-17 anni per le ragazze e i 15-18 anni per i ragazzi.

In questi casi, che di solito sono la maggioranza, si nota che quando un maschio inizia a consumare droga per via endovenosa, è quasi sempre un uomo già sposato. Dunque è un uomo che mantiene relazioni sessuali regolari con la propria moglie e che, dato l'orientamento fortemente "natalista" e androcentrico della cultura gitana, con lei non utilizza, e probabilmente non utilizzerà, il preservativo. I rischi di contagio per la moglie sono alti, poiché nella maggior parte dei casi gli uomini non considerano necessario l'utilizzo del preservativo; in effetti essi si considerano solamente come soggetti *passivi* di contagio e dato che la loro moglie non può essere fonte di contagio – poiché lei è "pulita" – non utilizzano con lei alcuna misura preventiva contro l'infezione.

Gli uomini gitani intendono come relazioni sessuali a rischio solo la promiscuità e/o le relazioni sessuali con prostitute. Il messaggio sanitario, che rinforza questo tipo di idee, ha preso piede molto bene tra gli uomini, che utilizzano il preservativo nelle occasioni in cui pensano di poter essere infettati e pertanto non lo usano nella relazione "normali" con le proprie mogli, persone conosciute e quindi ritenute non promiscue.

Così ce lo raccontano:

*«Ma lo sapevo che non le attaccavo niente a mia moglie perché avevo molte difese, e ho molte difese, grazie a Dio. È che, vedi, a me hanno detto i medici che se la donna ha anticorpi e l'uomo no, è più facile che te li attacchi la donna a te, che non il contrario. E io glielo spiegavo a mia moglie. Vedi, ho l'Aids, gli anticorpi, l'Aids è una cosa e gli anticorpi un'altra, e non succede niente. Se io lo faccio con mia moglie non succede niente. È che tu non sai lo sperma, c'è una cosa che lo sperma il male lo toglie, e il buono lo da a lei, alla donna. Il figlio che ho avuto l'ho avuto "a pelle", perché io avevo molta fiducia in lei» [uomo, ceto basso, sieropositivo].*

*«Quando ti sei sposato con lei sapevi di avere l'Hiv? [domanda dell'intervistatore]. Sì, lo sapevo, lo sapevo e nonstate ciò lei ha accettato il rischio, rimase incinta [le colpevoli sono loro] e io rimasi gelato, ora il medico ha detto che il bambino può venire difettoso» [uomo, ceto basso, sieropositivo, moglie incinta].*

*«Attribuiscono più al fatto che succede a gente cattiva, non si può sentire un uomo che dica: a una festa ho conosciuto una ragazza, non ho usato prote-*

zioni e ho preso una malattia, non lo assimilano. Io conosco il caso di un ragazzo che ha l’Hiv, lui dice che non usa il preservativo. Io gli dico, tu sai // danno che ti stai facendo, ti stai infettando continuamente. Dice che vendeva i preservativi. Perché nel kit c’era una siringa e un preservativo e lui dice che vendeva il preservativo [l’intervistatore domanda se egli non possa infettare]. Questo no, perché io credo che le donne con cui lo fa già sono infettate [uomo, ceto medio, celibe, mediatore di comunità].

Anche quando è provata dalle analisi di laboratorio, la situazione di sieropositività negli uomini non implica necessariamente l’utilizzo di precauzioni nelle relazioni sessuali con le proprie mogli. Sebbene a livello astratto le relazioni sessuali senza preservativo vengano segnalate come fonte di rischio, quando si scende al livello concreto delle relazioni sessuali con la propria moglie si danno ogni tipo di giustificazioni per dimostrare che non c’è bisogno di fare uso del preservativo. L’immagine soggiacente, data la centralità dell’uomo, è che questo nelle relazioni sessuali è sempre innocente e non contagia. In questo modo, se si ha fiducia nella moglie – sempre si ha fiducia nella propria moglie – si ricreano tutta una serie di “leggende”, insistentemente ripetute dagli uomini, siano infettati o no. Per esempio l’idea che nelle relazioni sessuali le mogli possano contagiare di più, oppure che lo sperma che forma i figli si è spogliato del virus. In ogni caso tutte queste leggende rendono invisibili le mogli come oggetto di possibile contagio da parte dei mariti sieropositivi e/o tossicodipendenti con comportamenti a rischio.

Inoltre si osserva che gli uomini gitani, anche se conoscono le principali vie di contagio (condivisione delle siringhe, non uso del preservativo) non le mettono in relazione con la propria situazione. E poiché considerano se stessi solamente come soggetti che possono essere contagiati, prendono precauzioni esclusivamente nelle relazioni sessuali in cui si ritengono in pericolo, ovvero quando non si fidano delle donne con cui vanno. Così lasciano scoperte tutte le altre relazioni sessuali, in cui essi mettono a rischio le donne, in primo luogo le loro mogli, che risultano essere quindi quelle più direttamente colpite. Secondo me questa situazione è quella che maggiormente può incidere sull’aumento e sullo sviluppo dell’Aids eterosessuale. Le donne al contrario comprendono questa situazione, ma i loro mariti trovano qualsiasi scusa per evitare l’uso del preservativo, a meno che non sia in gioco il concepimento e la trasmissione del virus possa danneggiare il feto.

Mi interessa segnalare due aspetti che, dalla prospettiva delle donne, riguardano il contagio delle mogli per via sessuale. Prima di tutto, esse sanno che possono essere in pericolo conoscendo i comportamenti sessuali a rischio da parte del marito infettato: ma questa conoscenza non dà loro la

capacità di elaborare una strategia adeguata, poiché il sistema di riproduzione ideologica dell'androcentrismo le obbliga a seguire il marito fino alla morte, e in certi casi sono loro stesse che rifiutano l'uso del preservativo. Secondo, nel caso in cui le mogli volessero utilizzarlo, la stessa gerarchia di genere le mette in una situazione in cui difficilmente hanno la possibilità di negoziarlo. Come in molte occasioni ci hanno ripetuto: «quello che raccontano a noi nelle conferenze sul preservativo, che lo vadano a raccontare ai nostri mariti».

Perciò, è molto importante fare prevenzione con gli uomini sulla tematica dei comportamenti a rischio nelle relazioni sessuali, dato che sono loro, principalmente, quelli che hanno la capacità di trasformare, per il ruolo che occupano nel sistema di relazioni di genere, i comportamenti a rischio nelle relazioni matrimoniali.

D'altro canto le donne si trovano di fronte al paradosso per cui acquisiscono il loro ruolo sociale come madri, ma allo stesso tempo, per questo stesso ruolo, conoscono e temono l'AIDS pediatrico. Le donne sono le più coscienti dell'esistenza dell'AIDS pediatrico, così come delle forme di contagio (la placenta e il latte materno) che sono per loro fonte di grande preoccupazione. Nella logica della distribuzione dei ruoli sociali di genere, le donne sono tali soprattutto quando diventano madri, e per questa condizione si preoccupano molto per la trasmissione della infezione da madre a figlio. Nel caso in cui siano sposate con un uomo sieropositivo, devono lottare tra il desiderio di maternità e il possibile contagio, sia loro che del figlio.

La decisione non è facile poiché il preservativo è un mezzo profilattico contro l'infezione ma è anche un anticoncezionale. A volte è più forte il desiderio di diventare madre e allora le conseguenze possono essere catastrofiche. Senza dubbio le nuove ricerche finalizzate alla scoperta di sostanze microbicide che agiscano sullo sperma distruggendo il virus, e che possano essere usate dalle donne sotto forma di gel o spugna, potrebbero aiutare a risolvere tale contraddizione.

Le donne gitane, oltre che spose e madri, sono quelle che si prendono cura dei familiari malati. Così quando si verifica un caso di AIDS in una famiglia si trovano sempre a fianco del malato una o più donne che se ne prendono cura fino alla fine. Questo è uno degli elementi che i Gitani sottolineano come distintivo della propria cultura rispetto a quella *paya*, nella quale i malati di AIDS muoiono, come ci raccontano, soli e senza la compagnia dei familiari. Il ruolo che giocano gli uomini e le donne nelle cure domestiche è comunque differente:

«Mia figlia sta in piedi grazie agli sforzi di sua madre, perché non gli dava-  
no un giorno di vita e ha già sette anni. Io non posso pensarci molto perché  
sennò chi lotta per questa bambina ... Quando sta in ospedale mi vengono  
ad aiutare mio padre, mia nonna, mio marito, mia suocera e mio suocero.  
Quello che più mi fa male è quando le dicono qualcosa a scuola, va a finire  
che mi prendo a schiaffi con le madri *payas*, perché non è per offendere ma  
noi gitane valiamo molto più delle *payas*. Abbiamo più pudore e più compres-  
sione e più cuore e più affetto che le *payas*» [donna, ceto basso,  
sieropositiva, figlia con AIDS].

«Sono io che mi prendo cura di mio marito, perché mia suocera va a lavora-  
re e quando veniva le dava una occhiata così, le comprava le medicine e gli  
stava dietro, però più che altro ero io che tiravo il carro. Dopo, quando lo  
hanno ricoverato, io sono stata in ospedale per tre mesi, con lui. E lì io noto  
la differenza, scusami la parola, con i *Payos*. Il *payo* se hai un figlio grande,  
arrivano persone che hanno un figlio che aveva l'AIDS, lo hanno lasciato  
morire in ospedale, per essere un drogato, lì solo. Anche un'altra donna ha  
lasciato morire suo figlio, gli ha dato una mano il primo giorno e poi lo ha  
abbandonato, il gitano è sempre più costante, *sempre rimaniamo fino alla fine,  
non gettiamo mai la spugna. E questo lo ho visto io in ospedale*» [donna, ceto  
medio, vedova di morto di AIDS].

«Nel mio caso i miei genitori e mia moglie, e a volte i miei fratelli. Perché da  
noi anche se stai così, con questa cosa, la famiglia risponde. Mia madre o  
mia moglie nel caso mi faccio una ferita, anche se gli dico di non toccarla,  
lascia figlio ... e me la curano. E mio padre tira sempre avanti, *da noi Gitani  
il padre ha sempre il comando, il rispetto e sempre comanda*. Laggiù quando mi ha  
visto tanto male mi ha legato con una catena con lucchetto [perché non  
continuasse a drogarsi]» [uomo, ceto basso, sposato, sieropositivo].

«Io a casa mia ho una valigia così piccolina e lì nessuno mette le mani ... lì  
ho le mie cose perché a casa mia sanno che io ho quella cosa, l'Hiv e non li  
lascio mettere le mani nella mia valigia, li ho avvisati. E con l'appoggio che  
mi stanno dando loro [la sua famiglia, i genitori, i fratelli] io mi sento *più  
potente*. Se sono giù, quando sto molto male, non solo di testa, ma anche nel  
fisico, che il petto non mi regge da quanto mi fa male, le gambe che non  
posso muovermi dal letto, la mia famiglia mi tratta bene. Mi comprano di  
tutto, yogurt, mi fanno la zuppa ... mi trattano al meglio. Mi vanno a prendere  
il metadone» [uomo, ceto basso, celibe, sieropositivo].

### *Cure e prevenzioni: dal fisico al sociale*

Come si deduce dalle frasi precedenti, di fronte alla eventualità di avere  
un sieropositivo e/o un malato di AIDS in casa, la famiglia si mette in moto  
per prendersene cura. Abitualmente le coppie gitane vanno a vivere in  
casa dei genitori del marito o nelle loro vicinanze, pertanto se il malato è  
un uomo sposato le responsabilità della cura ricadono non solo su sua  
moglie ma anche sui suoi genitori; poiché in questo caso egli è il nucleo

che costituisce la unità familiare. Nel caso sia celibe lo accudiscono direttamente sua madre, suo padre e i suoi fratelli, ovvero le persone con cui convive nel nucleo familiare. A volte, soprattutto nel caso in cui nella casa ci siano bambini piccoli e l'uomo sia celibe, e in una fase molto avanzata dell'AIDS, può prendersi cura di lui una donna nubile della famiglia, ad esempio una zia materna o una sorella vedova, che così cerca di evitare il contagio nella casa paterna dei membri più piccoli della famiglia.

Nel caso delle donne sieropositive e/o malate di AIDS, le cure ricadono esclusivamente nelle mani della sua famiglia paterna e possono verificarsi in questi casi due situazioni. O è il padre che quando viene a conoscenza della malattia della figlia la va a prendere a casa dei consuoceri, e la separa dal marito, con il consenso degli "uomini di rispetto" della comunità, o è il marito stesso che la riporta direttamente alla casa di origine. Una volta lì è fondamentale la madre che si prende cura della figlia. Ecco alcuni casi che ci sono stati raccontati:

«Delle mie sorelle si prendeva cura mia madre, della prima perché il marito stava in carcere, lo arrestarono e allora un cognato di lei ce la portò qua per farla accudire da mia madre ... e dopo un po' di tempo iniziò a star male, molto male ed è quando si scoprì tutto, la abbiamo portata dal medico e le ha detto che ha quella malattia. Dopo che morì questa mia sorella, chiama l'altra, che stava anche lei molto male e che stava nel reparto di cure intensive a ... [nella città dove risiede la sorella] e chiamarono mia madre perché il marito aveva detto che così non la voleva ... e mia madre: se non la vuole me la prendo io che è mia figlia e poco più tardi morì» [donna, ceto basso, giovane, ex-tossicodipendente, fratelli e sorelle morti di AIDS].

«Vedi, l'anno in cui se ne accorse non prendeva nessuna medicina, ossia stette lì un po' a vedere che succedeva e lo prese e stette un anno a vedere che succedeva e un altro che già lo sapeva, senza medicine. E poi andammo tutti ad un matrimonio e lei già stava molto male, non poteva respirare e noi già sospettavamo e una buona amica di mia madre le disse: ho un po' di paura per la ragazza, di questa malattia. Però lui non la lasciava stare con noi, la controllava molto, e una zia mia le chiese di accompagnarla dal medico per lei, che aveva un medico vicino. E quello che fece fu portarla da quel medico, non ha potuto farle le analisi subito ma dai sintomi le disse che era necessario farle. Dopo si prese una polmonite e la ricoverarono e allora le fecero le analisi. Però noi continuavamo a non sapere niente, perché loro due proibirono ai medici di dirci quello che aveva. E quando il medico disse ai mie genitori che gli rimaneva poco, e questo lui lo sapeva, e quando vide che le rimaneva poco disse a mia sorella: dillo ai tuoi genitori che io me ne vado, ossia se ne andò e lei è rimasta con noi. Io non so come ha potuto ingannarla per tanto tempo. Però mio padre lo propose e la separò. E lui non venne cacciato perché lui se ne andò perché ha voluto, chi è stata cacciata è la sua famiglia, quella di lui, perché lui morì sei mesi dopo che morì mia sorella, di una overdose. E gli anziani li cacciarono perché è troppo, che ti hanno contagiato l'AIDS essendoti sposata vergine.

E se non lo avesse saputo, allora è sfortuna, però sapendolo e tutta la sua famiglia lo sapeva: è quello che ci ha dato più rabbia, che ora potevano ancora essere vivi lei e lui se avessero preso dei provvedimenti» [donna, ceto medio, sorella morta di AIDS].

Come si deduce da questi casi, quando interviene la famiglia paterna della donna si può venire a creare una “*quimera*” (forte conflitto tra famiglie) che si risolve con la vendetta, che a volte può portare a delle morti; per essere evitata si mettono in azione i tradizionali meccanismi di allontanamento della legge gitana (l'intervento degli “anziani di rispetto” che impongono l'esilio e/o la separazione).

Rispetto alle persone che si prendono cura del malato di AIDS si riproducono quelle divisioni sociali di genere che sono abituali nella cultura gitana, e in grande misura nella cultura *paya*. Così le donne, siano esse madri e/o mogli, sono quelle che assistono i malati nelle cure quotidiane e fisiche delle persone infettate. Prendersi cura comporta anche il vigilare che non tornino sulla strada, somministrare la terapia se hanno una malattia opportunistica e prestare speciali attenzioni alimentari e igieniche. In questo senso, negli interventi di prevenzione bisognerebbe lavorare direttamente con le donne, a partire dal riconoscimento dell'importanza nella cultura gitana del loro ruolo di persone che si prendono cura dei malati: ciò permetterebbe di disegnare i modi più adeguati di assistere i malati evitando che le donne corrano il rischio di contagiarsi a loro volta. Molto spesso le donne quando descrivono il loro modo di prendersi cura collegano l'affetto con la mancanza di prevenzione, nonostante conoscano molto bene le forme di contagio attraverso il sangue. Lo possiamo notare nei seguenti esempi:

«Io lo aiutavo, gli preparavo da mangiare, lo lavavo, io facevo tutto... io gli mettevo il termometro, gli davo sulle gambe, gli curavo le piaghe sull'osso, perché lui era sdraiato. Lui mi diceva di mettermi i guanti ed io non li mettevo perché non mi faceva paura. Sarà perché io gli volevo tanto bene. Io gli preparavo i piatti più “sfiziosi”, che gli piacevano tanto. E gli pulivo il sangue. Poi io mi lavavo le mani e basta» [donna, ceto basso, anziana, separata, si prendeva cura del fratello, morto di AIDS].

«Io l'ho accolto qui con sua madre [a casa sua] e da qui l'hanno portato all'ospedale e poi me l'hanno portato qui di nuovo. Io non ho paura di nessun contagio, se avevo bambini piccoli forse non ce lo portavo, non per me ma per i bambini. E sua madre aveva già la precauzione di tenere le sue cose separate, le sue cianfrusaglie, il suo asciugamano e altre *cinquantamila cose che io so che non fanno male alla persona*. Ma noi, prendergli la mano e il suo povero collo e se aveva una ferita pulirgliela, tutto con molto affetto perché io non ho mai avuto paura di contagiarmi...» [donna, ceto medio, anziana, separata, nipote morto di AIDS].

«Quando me l'hanno ricoverata per una polmonite [la figlia] mi dicevano "mettiti una mascherina", me la hanno isolata quando aveva solo tre mesi. Mi hanno detto "mettiti una mascherina", ed io "no, io per mia figlia non ho bisogno di mettermi niente", mi hanno fatto mettere dei guanti, camice, cuffia, io non mi sono mai messa niente e non ho mai preso una polmonite. Non mi sono mai contagiata, più paura hai di una cosa, prima la prendi. Mi hanno perfino proibito, una volta che aveva dei germi nelle feci, mi hanno detto di non toccarle il culino o le feci senza guanti. *Ed io senza niente, io pulivo mia figlia come tutte le altre madri. A mia cognata, che riposi in pace, se si doveva pulirle le ferite i medici mi dicevano che non la potevo toccare ed io le pulivo le ferite senza i guanti e non ho mai preso niente»* [donna, ceto basso, madre di malata di Aids e lei stessa sieropositiva].

La donna che assiste il malato si costruisce, in parte, nella eroicità del convivere con lui, prende ogni tipo di precauzioni affinché gli altri non si contagino, senza disturbare il soggetto, ma lei se deve curare ferite e le piaghe non utilizza nessun tipo di precauzione dato che dal suo punto di vista questo sarebbe una dimostrazione di mancanza di affetto. Quando il parente è affetto da malattie opportuniste, altamente contagiose, ci si può trovare di fronte ad una forma di contagio involontario. Perciò sarebbe conveniente lavorare insieme a queste donne su questa possibile forma di contagio, che non è prevista dalle campagne generiche di prevenzione dell'Aids.

L'uomo che accudisce, generalmente padre del malato, concentra le sue attenzioni sulle conseguenze sociali dell'Aids, come è previsto dal suo ruolo di centralità sociale nel sistema di genere gitano. In funzione della sua figura di rispetto, è lui che si incarica di indirizzare il figlio maschio, di portarlo alla "buona vita", tirarlo fuori dalla droga, se necessario anche con mezzi sbrigativi, e/o accompagnarlo alla terapia con metadone. In funzione della sua figura, deve vegliare sui suoi familiari. Perciò, anche se non si occupa delle cure fisiche, adempie al ruolo di reintegrare il figlio, anche se malato, in un stile di vita rispettabile. Su questo terreno si gioca non solo il futuro del figlio ma anche la sua posizione di rispetto all'interno della comunità. Per quanto riguarda le figlie, come abbiamo visto in precedenza, il padre ha anche il compito di ristabilire l'ordine precedente al matrimonio, nel caso venga dimostrata l'esistenza di un inganno. Se non agisse così perderebbe la faccia.

Nelle frasi precedenti, ed in tanti altri resoconti, vengono descritte diffusamente le forme di cura e le misure preventive che si adottano quando nel nucleo familiare c'è un sieropositivo o un malato di Aids. Tutte puntano sulle prevenzioni specifiche delle vie di contagio dell'Aids: non condividere lo spazzolino, non condividere il rasoio, non condividere le siringhe, sono state incorporate in una serie di azioni preventive già esi-



stenti che si mettono in moto di fronte a un pericolo di contagio da “germi” in generale.

Così per i familiari e i conoscenti più lontani dal malato si impone la distanza, l'isolamento, come peraltro consigliano le autorità sanitarie in caso di malattia contagiosa, caratteristica di molte delle malattie opportuniste dell'AIDS conclamato. L'allontanamento aumenta quando sono presenti dei bambini piccoli se non sono figli del malato. Quando è presente in casa la malattia si cerca di diradare le visite o di evitarle. Situazione che corrisponde con la cultura popolare della malattia infetto-contagiosa e che non viene considerata dalla famiglia come una mancanza di rispetto, dato che nella stessa situazione loro farebbero lo stesso.

La cultura dell'isolamento si regge su una lunga tradizione popolare, essendo stata, tradizionalmente, una delle forme più utilizzate dai gruppi per evitare la propagazione di determinate malattie che mettevano in pericolo la loro stessa riproduzione. Pertanto, di fronte alla comparsa dell'AIDS, i Gitani hanno recuperato parte di una tradizione già esistente. Seguendo questa tradizione e nel caso ci sia uno spazio sufficiente – situazione a volte complicata visto il livello di affollamento in cui spesso sono costretti a vivere alcuni sottogruppi gitani – si lascia al malato una camera in cui si evita di far entrare coloro che non devono assistere direttamente il malato. È la stessa cosa, peraltro, che avviene di solito negli ospedali quando c'è un malato contagioso. Ciò non vuol dire tuttavia che il malato non condivida lo spazio comune durante l'ora dei pasti, ecc.

Il resto delle cure e delle pratiche preventive si riferiscono agli oggetti del malato che si cercano di isolare da quelli del resto della famiglia. Così le posate che utilizza, i vestiti, le lenzuola, ecc., vengono personalizzate – “sono le sue” – e si lavano separatamente da quelle del resto della famiglia. In tutti i casi, sia nella pulizia generale che in quella specifica della biancheria, degli utensili e delle camere viene utilizzata la candeggina come potente disinfettante. La candeggina, per fortuna, non è stata sostituita da altri prodotti commerciali per la pulizia, unendo in questo caso il vantaggio del suo basso costo alla sua qualità disinfettante. Nei casi in cui abbiamo potuto realizzare una osservazione diretta, si è visto che nelle case gitane la candeggina è il prodotto più utilizzato per la pulizia. Le donne che hanno frequentato corsi sull'AIDS, commentano con orgoglio che loro utilizzavano già da tempo la candeggina come potente disinfettante e che ora la usano anche per il virus dell'AIDS.

Un ragazzo con un fratello malato di AIDS ci ha spiegato molto bene l'isolamento degli abiti. Riferendosi ad un maglione, raccontava che il fratello

si grattava spesso le croste procurandosi delle ferite e che anch'egli si sarebbe potuto infettare se avesse indossato lo stesso maglione e avesse avuto anche lui una ferita. In altri casi ci hanno raccontato come il fatto di non condividere i bicchieri e le posate fosse relazionato alla esistenza di pustole sulla bocca, e al rischio di contagio degli altri membri della famiglia. Quando i nostri informatori ci raccontavano le pratiche di controllo avevamo la sensazione di trovarci nel reparto malattie infettive di un ospedale.

Ciò che intendo segnalare è che nella cultura gitana esistono delle pratiche igienico-preventive di grande efficacia nella lotta contro le malattie infettive. Pertanto, i messaggi di educazione sanitaria, invece di sottovalutare queste pratiche dovrebbero considerarne il loro valore preventivo. Anche se a volte sono un po' esagerate, è comunque meglio che ci siano. Peraltro i soggetti malati sono pienamente consapevoli della necessità delle pratiche preventive e non si sentono affatto emarginati per questo: anzi, come hanno spiegato i soggetti sieropositivi, di solito sono proprio loro che suggeriscono queste pratiche (la valigetta con le cose personali). La costituzione della loro mascolinità comprende anche il dovere di proteggere i propri cari e l'adozione di queste misure fa parte di questa protezione.

Quando il sieropositivo sente più forte il peso dell'emarginazione e si duole di non poter condividere qualcosa con gli altri, fa più riferimento a situazioni sociali che a oggetti determinati. Ad esempio, il fatto di non essere invitati a matrimoni e/o di non poter far visita ai parenti, sapere che per la loro "macchia" non gli vanno più a chiedere la mano della figlia, ecc. Si tratta cioè di situazioni in cui si rende evidente la perdita del loro peso sociale come soggetti attivi della comunità. Per questo ritengo che gli uomini gitani infettati dall'AIDS soffrano più a livello sociale che nel puramente fisico, senza dimenticare ovviamente le sofferenze organiche che causa la malattia.

La normalizzazione dell'AIDS come pura e semplice malattia infettiva, può permettere di alleviare le conseguenze sociali della emarginazione prodotta da ciò che ho denominato la costruzione egemonica dell'AIDS.

Perciò, invece di cercare di normalizzare la vita del sieropositivo demolendo le pratiche preventive rispetto agli oggetti (normalizzazione che, tra l'altro, già avviene in famiglia con il rispetto alla persona), si dovrebbe insistere decisamente su quelle pratiche preventive che non si realizzano di fronte all'infezione dell'AIDS. Ad esempio, non è male – anche se può sembrare esagerato – che non si beva da un bicchiere di un sieropositivo, ma è realmente pericoloso che coloro che assistono i malati non adottino

altre misure preventive – come l'utilizzo di guanti durante la cura delle ferite di un malato di AIDS – ed è ancora più pericoloso che gli uomini infettati non usino il preservativo con le proprie mogli. Inoltre, l'informazione medica dovrebbe essere diretta a sradicare la costruzione egemonica dell'AIDS che è quella che più di tutte sta facendo danno alle persone infettate e ai loro parenti più stretti, poiché è in essa che si costituisce l'immagine della "macchia" e si favoriscono i processi di occultamento.

## Note

<sup>(a)</sup> Per rendere più agile la lettura, in sede di traduzione abbiamo sempre ridotto la doppia sigla con cui l'Autrice ha correttamente indicato il complesso eziopatologico VIH-SIDA (Virus de inmunodeficiencia humana - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida [in italiano Hiv-Aids]) con AIDS, più semplice e correntemente utilizzato in Italia (N.d.T.).

<sup>(\*)</sup> I risultati presentati in questo articolo sono il prodotto di un lavoro di campo realizzato da un gruppo di ricerca formato da Rosario Otegui, Amelia Sáiz, Arancha Meñaca, Antonio A. García, Fernando J. García Selgas, in collaborazione con il Secretariado general gitano e grazie al finanziamento della Fundación para la investigación y prevención del SIDA en España (FIPSE) nell'anno 2001. Il materiale di campo è stato raccolto nelle comunità autonome di Madrid, Andalucía, Galicia, Navarra, Valencia e Castilla León. Il testo che qui si presenta costituisce la stesura di un seminario-dibattito tenuto dall'Autrice a Perugia il 21 ottobre 2002 e organizzato dalla Società italiana di antropologia medica, dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia), dal Dottorato di ricerca in metodologie della ricerca etnoantropologica (Università degli studi di Siena [sede amministrativa] e Università degli studi di Cagliari e di Perugia [sedi consorziate]) e dalla Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia. Esso uscirà nella sua stesura originale spagnola ("*Una cosa fea*": VIH-SIDA y sistema de género entre los gitanos españoles) nella "Revista de Antropología Social", n. 14 (fascicolo dedicato alla *Antropología médica crítica*, a cura di Rosario OTEGUI PASCUAL e Tullio SEPPILLI), di prossima pubblicazione.

<sup>(1)</sup> La storia dei Gitani spagnoli è stata splendidamente studiata da M. Helena Sánchez (SANCHEZ ORTEGA M. M. 1978, 1994), che analizzando le diverse politiche governative permette di comprendere che i processi di esclusione dei Gitani cominciano sin dall'inizio della loro permanenza nel nostro Paese, approssimativamente nel 1450. Queste politiche sono quasi sempre state vincolate alla costituzione normativa del suddito, che implica la disarticolazione di tutte quelle forme di vita – religiose o meno – opposte alla normatività statale. In questo senso, possiamo capire le pragmatiche – sia quelle di espulsione, sia quelle di assimilazione – come strumento giuridico-politico di cui si serve lo Stato per negare la possibilità dell'alterità, all'interno del paese.

<sup>(2)</sup> "Payo" è il nome con cui i Gitani chiamano la popolazione non-gitana. È un termine di uso abituale tra i non-Gitani, ma ha una sfumatura leggermente dispregiativa quando viene usato da un gitano. Per ragioni di economia del linguaggio e dato che il termine "gitano" ha anch'esso una connotazione peggiorativa fra i non-Gitani, userò tutti i due termini: "payo" per designare le persone appartenenti alla maggioranza spagnola non-gitana, e "gitano" per gli spagnoli che appartengono alla minoranza etnica.

<sup>(3)</sup> Per maggiori dettagli si veda SAN ROMÁN ESPINOSA T. 1976 e seguenti, GAY BLASCO P. 1999, ARDEVOL E. 1986, GAMELLA J.F. 1996. I lavori di T. San Román Espinosa, che contano più di 20 anni di storia coi Gitani spagnoli sono, dal mio punto di vista, quelli che hanno riflettuto nel modo più sistematico sulla complessità delle relazioni interetniche. Da qui, il mio riconoscimento a quella che, tanti anni fa, fu la mia professoressa.

<sup>(4)</sup> GIEMS 1976, GAMELLA G.F. *cuif.* 1999, SAN ROMÁN ESPINOSA T. *cuif.* 1986, PEREIRO C. *et al.* 1996, LAGUNAS ARIAS D. 1999, FRESNO G. 1993, GAY BLASCO P. 1999, fra gli altri.

<sup>(5)</sup> Utilizzo la parola nello stesso senso di E. Menéndez (MENÉNDEZ E. L. 1998).

<sup>(6)</sup> Si vuole così segnalare che, data la continua connotazione negativa dell'Aids, non si può associare in maniera semplicistica l'Aids e i Gitani come una nuova stigmatizzazione per questa collettività. Per capire i diversi processi di sovrastigmatizzazione che portano ad associare l'Aids a determinati gruppi sociali vedere OTEGUI R. (2001 [2003]). Gli ultimi dati del rapporto di ONUSIDA 2002 rispetto alla Spagna mostrano che i casi di trasmissione di Aids sono così ripartiti: 64,9% consumatori di droga per via endovenosa; 13,7% omosessuali e bisessuali; 13,3% eterosessuali, 1,8% trasfusioni; 1,4% trasmissioni perinatali. Sebbene discutibili, alcune di queste categorie ci permettono di comprendere le tendenze generali del caso spagnolo, molto diverse di quelle di altri paesi occidentali e africani.

<sup>(b)</sup> Nel testo originale *mala vida*, espressione che in spagnolo indica uno stile di vita dissennato (N.d.T.).

<sup>(7)</sup> OTEGUI R., *Virus, bichos, drogas: las formas sociales del SIDA en la comunidad gitana española* (in corso di stampa).

<sup>(8)</sup> Il rispetto implica un atteggiamento socio-relazionale ed individuale attraverso cui il soggetto costruisce la propria identità come membro del gruppo. A seconda della condizione di genere ed età, principalmente, una persona deve comportarsi con rispetto di fronte agli altri per poter avere a sua volta una posizione di rispetto all'interno della comunità. Ad esempio, i giovani devono rispettare i più anziani, trattarli con deferenza ed educazione; così i/le figli/ie devono rispettare il loro padre, considerando la sua autorità ed obbedendo; le donne devono rispettare i loro mariti, essendogli fedeli - in ambito sessuale ed affettivo - ed obbedendo; i mariti devono rispettare le loro mogli proteggendole e vegliando per la loro sicurezza sia economica che sociale; e tutti in generale devono rispettare gli uomini anziani che, per le loro speciali qualità, sono considerati dal collettivo gitano come "uomini di rispetto". Qualsiasi persona che contravvenga alle regole di rispetto viene considerata "senza vergogna".

<sup>(9)</sup> Il dottor C. Pereiro, che lavora da tanti anni all'Unidad de drogodependientes de A Coruña (Galicia), mi informava che i Gitani, a differenza dei *Payos*, vanno molto più spesso accompagnati dal padre al Centro per ricevere il trattamento con metadone.

<sup>(10)</sup> "L'uomo di rispetto" tra i Gitani è un uomo anziano che durante la sua vita ha dimostrato e dimostra un "sapere" e una conoscenza dei costumi gitani, così come una correttezza di comportamento e una capacità di mediazione che gli concede una grande autorità sui membri della sua comunità. Il prestigio è acquisito e non ereditario, in questi uomini si accumulano i valori associati alla mascolinità gitana, incluso il fatto di essere padre di molti figli maschi. Per una migliore spiegazione delle categorie gitane di rispetto vedere San Román e Gay Blasco. Il caso di allontanamento dalla comunità che conosco personalmente fu deciso da due "anziani di rispetto" a León (Castilla-León).

<sup>(c)</sup> In spagnolo la parola *bicho* viene utilizzata correntemente per indicare un insetto non ben definito o una bestiolina dalle caratteristiche repellenti (N.d.T.).

<sup>(11)</sup> Come segnala molto correttamente J. Pierret (PIERRET J. 1991 [1984]), queste concezioni del corpo (come capitale che si accumula e si consuma) sono propri di quei gruppi sociali più legati ai lavori manuali.

[traduzione dallo spagnolo di Lorenzo Mariani, revisione di Paolo Bartoli]

## Riferimenti bibliografici

AA. VV. (1997), "Études Tsiganes", vol. 10. (numero monografico *Femmes Tsiganes*).

ARDÉVOL E. (1986), *Vigencias y cambio en la cultura de los Gitanos*, pp. 61-108, in SAN ROMÁN ESPINOSA T., *Entre la marginación y el racismo. Reflexions sobre la vida de los Gitanos*, Alianza Editorial, Madrid.

- ARDEVOL E (1986), *Antropología urbana de los Gitanos de Granada: un estudio desde la antropología aplicada al trabajo social*, Concejalía de Servicios Sociales - Ayuntamiento de Granada, Granada.
- ASOCIACIÓN NACIONAL PRESENCIA GITANA (1980), *Sanidad, higiene y seguridad social*, "Documentación Social", vol. 41, 1980, pp. 111-128.
- BARANY Z. (2002), *The East European Gypsies. Regime change, marginality, and ethnopolitics*. Cambridge University Press, Cambridge - New York - Melbourne.
- BORROW G. (1998), *Los zincali: los Gitanos en España*, Signatura Ediciones de Andalucía, s.l.
- BRUMMELHUIS H.T. - HERDT G. (1996), *Culture and sexual risk Anthropological perspectives on Aids*, Gordon and Breach Publishers, Amsterdam.
- FRANKENBERG R. (1994), *The impact of Hiv-Aids on concepts relating to risk and culture within British community epidemiology: candidates or targets for prevention*, "Social Science & Medicine", vol. 38, n. 10, 1994, pp. 1325-1335.
- FRESNO G. (1993), *La situation sociale de la communauté gitane d'Espagne*, "Ethnies", vol. 8, 1993, pp. 70-78.
- GAY BLASCO P. (1997), *Etre une vraie femme gitane: la politique du couple merie et la situation des femmes chez les Gitans castillans a Jarana (Madrid)*, "Études Tsiganes", vol. 10, 1997, pp. 29-46.
- GAY BLASCO P. (1999), *Gypsies in Madrid: sex, gender and the performance of identity*, Berg, Oxford (Mediterranea Series).
- GAY BLASCO P. (2000), *The politics of evangelism: masculinity and religion conversion among Gitanos*, "Romani Studies", vol. 10, 2000, pp. 1-22.
- GAMELLA J. F. (curatore) (1999), *Los Gitanos andaluces*, número especial de "Demófilo. Revista de cultura tradicional de Andalucía" (Fundación Machado, Sevilla), n. 30, 1999.
- GAMELLA J. F. (2000), *Mujeres gitanas. Matrimonio y género en la cultura gitana de Andalucía*, Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, Sevilla.
- GIEMS (Equipo) (1976), *Los Gitanos al encuentro de la ciudad: del Chalaneo al peonaje*, Cuadernos para el Dialogo, Madrid.
- GILMAN S. L. (1988), *Disease and representation: Images of Illness from Madness to Aids*, Cornell University Press, Ithaca.
- GLICK N. - CRYSTAL S. - LEWELLEN D. (1994), *Risky bussines: the cultural construction of Aids risk groups*, "Social Science & Medicine", vol. 38, 1994, pp. 1337-1346.
- GÓMEZ ALFARO A. (curatore) (1999), *Veto español a la presencia de Gitanos en el Nuevo mundo*, in *Deportaciones de Gitanos*, Centre de Recherches Tsiganes, Paris - Editorial Presencia Gitana, Madrid.
- GRIMBERG M. - MARGULLIS S. - WALLACE S. (1997), *Construcción social y hegemonía. Representaciones médicas sobre el SIDA. Un abordaje antropológico*, in KORNBLIT A. (curatore), *SIDA y Sociedad*, Espacios, Buenos Aires.
- GRMEK M. (1992), *Historia del SIDA, Siglo XXI*, Mexico.
- GRUNDFEST B. (1993), *Aids action-reseach with women in Kinshasa, Zaire*, "Social Science & Medicine", vol. 37, 1993, pp. 1401-1413.
- GRUNDFEST B. (1996), *Culture, sex reseach and Aids prevention in Africa*, pp. 29-51, in BRUMMELHUIS H. T. - HERDT G., *Culture and sexual risk. Anthropological perspectives on Aids*, Gordon and Breach Publishers, Amsterdam.
- HERDT G. - LINDEBAUN S. (curatori) (1992), *The time of Aids: Social Analysis, Theory and Method*, CA. Sage Publications, Newbury Park.
- LAGUNAS ARIAS D. (1999), *Resolviendo la salud. Los Gitanos catalanes*, "Gazeta de Antropología", n. 15, 1999 [revista electrónica ([http://www.ugr.es/~pwlac/G15\\_12David\\_Lagunas\\_Arias.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G15_12David_Lagunas_Arias.html))]
- LEBLON B. (1987), *Los Gitanos de España: el precio y el valor de la diferencia.*, Gedisa, Barcelona.
- LIÉGEOIS J.-P. (1971), *Les Tsiganes*, Éditions du Seuil, Paris.
- MENÉNDEZ E. L. (1998), *Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes*, "Estudios Sociológicos", vol. 46, 1998, pp. 37-66.

- MONTROYA MONTROYA J. M. (1980), *Sanidad: la otra cara de la verdad*, "Documentación Social", vol. 41, 1980, pp. 211-216.
- MONTURIOL JALÓN F. - SILVA RIVERA A. (2000), *Los usos de las drogas y su impacto en la cultura (el caso gitano)*, Asociación Secretariado General Gitano, Madrid.
- OTEGUI R. (1991), *Antropología social y educación para la salud: el uso del preservativo en la prostitución*, "Jano. Medicina y humanidades", n. 40, 1991, pp. 97-104.
- OTEGUI R. (1999), *La construcción social de las masculinidades*, "Revista Política y Sociedad", n. 3, 1999, pp. 151-160
- OTEGUI R. (2001 [2003]), *Social Anthropology and Aids*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 11-12, ottobre 2001 (*Medical Anthropology and Anthropology. Contributions of Medical Anthropology at Home to anthropological theories and health debates*, a cura di Els VAN DONGEN - Josep María COMELLES, 431 pp.), pp. 113-129.
- OTEGUI R. (in corso di stampa), *Virus, bichos, drogas: las formas sociales del SIDA en la comunidad gitana española*.
- PARKER R.G. (1996), *The social construction of sexual risk, or how to have (sex) research in an epidemic*, pp. 257-270, in BRUMMELHUIS H. T. - HERDT G., *Culture and sexual risk Anthropological perspectives on Aids*, Gordon and Breach Publishers, Amsterdam.
- PASQUALINO C. (1998), *Dire le chant : les Gitans flamencos d'Andalousie*, CNRS Editions, Paris - Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, Paris.
- PEREIRO C. et al. (1996), *Consumo de drogas e infección VIH/SIDA en individuos de etnia gitana*, pp. 84-97, in *I Jornadas Europeas sobre la atención a las drogodependencias y el VIH/SIDA en la población gitana*, Secretariado General Gitano, Madrid.
- PIERRET J. (1991 [1984]), *Les significations sociales de la santé: Paris, l'Essonne, l'Hérault*, pp. 217-257, in AUGÉ M. - HERZLICH C., *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Editions des Archives Contemporaines, Paris.
- RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ I. (1999), *La situación de la comunidad gitana española en la relación a los fenómenos de uso de drogas y VIH/SIDA*, pp. 40-54, in *II Jornadas sobre drogas y minorías*, Asociación Secretariado General Gitano, Madrid.
- SAN ROMÁN ESPINOSA T. (1976), *Vécinas Gitanos*, Akal, Madrid.
- SAN ROMÁN ESPINOSA T. (1984), *Gitanos de Madrid y Barcelona. Ensayos sobre aculturación y etnicidad*, Universidad Autónoma de Barcelona - Bellaterra, Barcelona.
- SAN ROMÁN ESPINOSA T. (curatore) (1986), *Entre la marginación y el racismo. Reflexiones sobre la vida de los Gitanos*, Alianza Editorial, Madrid.
- SAN ROMÁN ESPINOSA T. (1996), *Los muros de la separación. Ensayo sobre alterofobia y filantropía*, Tecnos, Madrid.
- SAN ROMÁN ESPINOSA T. (1997), *La diferencia inquietante: viejas y nuevas estrategias culturales de los Gitanos*, Siglo XXI de España Editores, Madrid.
- SANCHEZ ORTEGA M.H. (1978), *Los Gitanos. Historia de una represión*, "Historia 16", vol. 22, 1978, pp. 67-78.
- SANCHEZ ORTEGA M.H. (1986), *Evolución y contexto histórico de los Gitanos españoles*, pp. 13-60, in SAN ROMÁN ESPINOSA T. (curatore), *Entre la marginación y el racismo. Reflexiones sobre la vida de los Gitanos*, Alianza Editorial, Madrid.
- SANCHEZ ORTEGA M.H. (1994), *Los Gitanos españoles desde su salida de la India hasta los primeros conflictos en la península*, "Espacio, Tiempo y Forma. Historia moderna", vol. 7, tomo 2, 1994, pp. 319-353.
- VÁZQUEZ J.M. (1980), *Los Gitanos hoy: visión de conjunto*, "Documentación Social", vol. 41, 1980, pp. 157-165.

## Scheda sull'Autore

Rosario Otegui Pascual è nata a Madrid nel 1956. *Doctora con premio extraordinario* presso la Universidad Complutense de Madrid, dove è professore titolare di antropologia sociale e docente di antropologia medica. È stata preside della Facoltà di scienze politiche e sociologia, attualmente è vicerettore nella medesima Università. È stata docente di dottorato nella Universidad de Buenos Aires e nella Universidad autónoma de Misiones, in Argentina, *visiting fellowship* nella University of California (San Diego, USA). Ha inoltre collaborato con la Escuela nacional de sanidad de España ed è *profesora colaboradora* del Centro universitario de salud pública de la Comunidad de Madrid. Le sue ricerche si sono incentrate sullo studio delle malattie croniche e del dolore, dell'educazione alla salute e, negli ultimi anni, dell'Hiv-Aids.

Alcune delle sue pubblicazioni: *El enfermo de artritis reumatoide ante las prácticas terapéuticas: una visión desde la Antropología social*, "Arxiu d'Etnografia de Catalunya", n. 7, 1989, pp. 83-99 / *Antropología social y Educación para la salud: el uso del preservativo en la prostitución*, "Jano. Medicina y humanidades", n. 942, 1991, pp. 62-65 / *A propósito de la salud de las mujeres y la complejidad social*, in ARRANZ F. (curatore), *Las políticas públicas a favor de las mujeres*, Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense - Asociación Cultural Al-Mudayna, Madrid, 2000 / *Educación para la salud y antropología. Un caso de desencuentro: la hipertensión*, "Jano. Medicina y humanidades", n. 1352, 2000, pp. 62-64 / *Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento*, pp. 227-248, in PERDIGUERO E. - COMELLES J. M. (curatori), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Edicions Bellaterra, Barcelona, 2000, 446 pp. / *Social Anthropology and AIDS*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 11-12, ottobre 2001, pp. 113-129 / *Virus, bichos, drogas. Imágenes sociales del SIDA entre los Gitanos españoles*, "Desacatos", México (in corso di stampa).

## Riassunto

### "Una brutta cosa". Immagini dell'Hiv-Aids tra i Gitani spagnoli

In questo articolo si vuole mettere in evidenza i legami esistenti nella comunità gitana spagnola fra il sistema di genere e di età e la percezione e le pratiche legate al complesso Hiv-Aids. Dopo un'analisi storico-sociale della comunità, viene delineata una riflessione sulla più diffusa concezione dell'Aids nei differenti gruppi che costituiscono il collettivo gitano. Lo studio della sintomatologia e delle conseguenze fisiche e sociali dell'Aids conclamato permette di comprendere le concezioni del corpo che si radicano nelle costruzioni subalterne dei "corpi". Il ruolo che svolgono le donne e gli uomini al momento di prendersi cura di un malato di Aids mostra con chiarezza le differenze di genere che articolano significativamente le relazioni sociali nella comunità gitana spa-

gnola. Per ultimo, il vettore sociale della mascolinità e della femminilità gitane ci offre una base eccezionale per la ricerca dei processi di prevenzione fisica e sociale elaborati dal gruppo nei confronti della malattia.

## Résumé

### *“Une chose laide”. Représentations du VIH-SIDA chez les Gitanes espagnols*

Le présent article vise à montrer les imbrications du système social de genres et d'âges de la communauté gitane d'Espagne dans l'ensemble des perceptions et pratiques relatives au complexe du VIH-SIDA. Après une analyse historique et sociale de ce groupe ethnique, une réflexion est menée sur la conceptualisation hégémonique que les différents groupes qui constituent la population gitane se font du VIH-SIDA. L'étude de la symptomatologie et des conséquences, tant physiques que sociales, du SIDA déclaré, nous a permis d'analyser les conceptions du corps qui trouvent leur racines dans la construction de « corps » subalternes. Les rôles des femmes et des hommes en qualité de donneurs de soins face au VIH-SIDA révèlent clairement les différences entre les genres, différences qui organisent d'une manière très significative les relations sociales au sein de la communauté gitane d'Espagne. Finalement, le vecteur social des masculinités et féminités gitanes nous fournit un cadre excellent pour l'étude des processus de prévention physique et sociale que cette population met en œuvre face à la maladie.

## Resumen

### *“Una cosa fea”. Imágenes del VIH-SIDA entre los Gitanos españoles*

Este artículo pretende mostrar las imbricaciones entre el sistema de género y edad de la comunidad gitana española en su percepción y prácticas con respecto al complejo VIH-SIDA. Tras el análisis histórico social de la comunidad étnica se reflexiona sobre la conceptualización hegemónica que del VIH-SIDA se hace entre los grupos que conforman el colectivo gitano. El estudio de la sintomatología y los estragos en lo físico y en lo social del SIDA declarado nos ha permitido analizar las concepciones del cuerpo que hunden sus raíces en las construcciones de “cuerpos” subalternos. El papel de las mujeres y los hombres en su calidad de cuidadores ante el VIH-SIDA nos muestra con claridad las diferencias de género que rearticulan de manera muy significativa las relaciones sociales de la comunidad gitana española. Por último el vector social de las masculinidades y feminidades gitanas nos ofrece una plataforma espléndida para la investigación de los procesos de prevención física y social del colectivo frente a la enfermedad.



## Abstract

### *"An ugly thing". Images of HIV-AIDS among Spanish Gypsies*

This article intends to show the interpenetration of the gender and age system of the Spanish Gypsy community with its perceptions and practices related to the HIV-AIDS complex. After a historical and social analysis of the gipsy ethnic community, the hegemonic conception that different groups among the gipsy population develop around HIV-AIDS is considered. The study of the symptoms and of the physical and social consequences of declared AIDS enabled us to analyse the conceptions of the body which have their roots in the construction of subaltern "bodies". The role of women and men as care givers when facing HIV-AIDS show very clearly how gender differences articulate, in a significant way, social relations within the Spanish Gipsy community. Finally, the social vector constituted by Gipsy masculinities and femininities offers an excellent framework for research on the physical and social prevention processes the Gipsies bring into play when facing disease.



## *Aspettando il dottore?*

### *Riflessioni su una ricerca di antropologia medica in Messico \**

**Paolo Bartoli**

professore associato di antropologia culturale, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia.

#### *1.*

Sono davvero molto lontani i tempi in cui Ernesto de Martino, etnologo e militante in un partito politico che intendeva rappresentare i bisogni di emancipazione delle classi popolari, poteva entrare «nelle case dei contadini pugliesi come un “compagno”, [...] che vuol rendersi partecipe, insieme agli uomini incontrati, della fondazione di un mondo migliore» (DE MARTINO E. 1953: 318). A distanza di cinquanta anni da questa esplicita affermazione di impegno politico-culturale della etnografia, molti studiosi che pure riconoscono nel lavoro di de Martino uno dei momenti fondanti della antropologia medica italiana, sembrano aver dimenticato che le sue ricerche sulla medicina popolare delle plebi meridionali non rispondevano a un puro interesse conoscitivo, a un tentativo di sistematizzare credenze e pratiche esotiche o arcaiche e tanto meno a una astratta finalità accademica, bensì «all'esplicito riconoscimento di una passione attuale, congiunta ad un problema vitale della civiltà cui si appartiene, a un nodo della prassi, a uno stimolo della *historia condenda* o delle *res gerendae*» (DE MARTINO E. 1961: 20), a una «originaria motivazione trasformatrice» (DE MARTINO E. 1961: 35). Forse non si tratta di dimenticanza quanto piuttosto della convinzione di doversi realisticamente arrendere al fatto che troppi aspetti della cultura popolare sono morti o stanno morendo «da sé, senza che la coscienza e la ragione ne traggano alcun merito operativo» (DE MARTINO E. 1961: 381), o forse, ancora, i caotici e incoerenti processi di modernizzazione che hanno investito il nostro Paese hanno insegnato a tutti che non è vero, come ottimisticamente pensava de Martino, che «la legge interna della cultura è di procurare la morte del passato attraverso il vivo lume della coscienza e della ragione» (DE MARTINO E. 1961: 381).

Sta di fatto che oggi, come è noto, non ci sono più “compagni” (e se qualcuno ancora ce n’è, è insistentemente invitato a vergognarsene e a pentirsi), né sembrano esserci più proletari o sfruttati (e se qualcuno ancora ce n’è, viene sistematicamente ignorato dal discorso politico) insieme ai quali aspirare a costruire un mondo migliore e più giusto. E intanto la cosiddetta cultura contadina o tradizionale, qualunque cosa essa sia, si è ricoverata e imbalsamata nei vari musei di folklore regionale per essere di tanto in tanto riesumata nei falsi *tableaux vivants* delle feste paesane mentre, per quello che qui interessa più da vicino, la cosiddetta medicina popolare<sup>(1)</sup> è ormai tutta consegnata e circoscritta ai testi di demoiatría o, al massimo, ai ricordi più o meno nostalgici e frammentari degli anziani. Finalmente, tanto i suoi detrattori che da tempo ne denunciano il carattere superstizioso e la sconcertante inefficacia, quanto i suoi eruditi estimatori possono almeno convergere sul fatto che in ogni caso la medicina popolare oggi, letteralmente, *non fa male a nessuno*: né ai superstiti contadini, che come tutti gli altri ricorrono agli stessi medici e agli stessi ospedali, né, tanto meno, alla trionfante egemonia che la biomedicina, nonostante le allarmate o compiaciute denunce della sua crisi, esercita su tutta la società<sup>(2)</sup>.

Sembra anzi che, quanto più è moribonda o morta e dunque inoffensiva, tanto più la medicina popolare è “buona da pensare”; per esempio, nei corsi di formazione destinati ai medici che lavorano nel campo dell’educazione sanitaria o con gli immigrati, può essere utilmente riesumata, senza correre alcun rischio di contaminazione epistemologica, come risorsa didattica per illustrare la pluralità di logiche cognitive e operative nel campo della salute e malattia e per far assumere agli operatori sanitari una “sensibilità antropologica” necessaria per relativizzare il proprio sapere (LOUX F. 1990).

Ma soprattutto la medicina popolare si dimostra “buona da studiare” visto che un certo numero di antropologi italiani – tra i quali posso ascrivermi anche io – si sono iniziati alla antropologia medica proprio attraverso una più o meno intensa esperienza di ricerca sulla medicina popolare delle classi subalterne italiane<sup>(3)</sup>. Fondamentalmente, almeno nel mio caso, si è trattato di un lavoro sul *passato*, o meglio su tre suoi diversi supporti o su tre sue diverse rappresentazioni: il passato consegnato nelle carte degli archivi storici locali, che raccontano la tortuosa vicenda della penetrazione della organizzazione sanitaria nelle campagne e del suo progressivo sovrapporsi e contrapporsi alle pratiche e agli stili di vita delle classi contadine; il passato delle credenze e pratiche popolari raccolte e sistematizzate nelle etnografie dei medici folkloristi<sup>(4)</sup>, e infine il passato rivissuto nella memoria degli anziani informatori. Il tentativo di far dialogare fonti di-

verse e diversi punti di vista sulla medicina popolare risponde a una precisa scelta metodologica che consiste nell'assumere come oggetto di analisi la concretezza e la unitarietà della esperienza degli individui in lotta contro la malattia: in effetti è questo il terreno su cui le pratiche popolari, anche quelle più scandalosamente "superstiziose" o magiche convivono con le procedure della medicina scientifica in un rapporto socialmente e storicamente variabile, irriducibile alle separazioni e alle esclusioni operate sia dai medici che dai folkloristi. Questa prospettiva, peraltro, ha permesso di mettere subito a fuoco alcune delle stesse questioni teorico-metodologiche che si impongono con evidenza tanto più forte nella ricerca sul campo: quali attori sociali "parlano" nei documenti d'archivio e quali invece sono solo raccontati o semplicemente dimenticati? Quanto risultano banalizzate e infine distorte le pratiche di salute delle classi subalterne nelle etnografie dei folkloristi che tendono sistematicamente a ignorare la presenza dei medici condotti nelle campagne e ad accentuare gli aspetti "strani" o "esotici" o addirittura ripugnanti delle pratiche popolari a scapito di altre condivise o accettate dagli stessi medici e pienamente incorporate nella prassi degli attori sociali? Oppure ancora, quante omissioni, rimozioni, reticenze diradano la trama dei ricordi degli anziani informatori? Si potrebbe continuare a lungo con l'elenco delle trappole da evitare, dei vuoti da riempire, dei silenzi da forzare quando si tratta di ricostruire quell'insieme complesso di rappresentazioni e di pratiche che chiamiamo medicina popolare interrogando i documenti e i testimoni di un passato già tutto consumato.

In questa sede, tuttavia, basterà dire che proprio da questo percorso di domande e di tentate risposte mi è stato conveniente e utile prendere le mosse quando mi si è offerta l'occasione di partecipare a una ricerca sul campo in un contesto geograficamente lontano, il Messico, in comunità nelle quali la cosiddetta medicina tradizionale<sup>(5)</sup> costituisce nel bene e nel male una risorsa fondamentale per la difesa della salute e la cura delle malattie. E tuttavia il bagaglio di esperienze teoriche acquisito frequentando la medicina popolare italiana, pur prezioso per mettere a fuoco alcuni nodi cruciali della ricerca sul campo, non esonera l'antropologo medico dalla necessità di un radicale ripensamento della sua materia e del rapporto che intrattiene con essa; anzi accade facilmente (o almeno a me è accaduto) che ci si trovi sollecitati o costretti a una profonda riconsiderazione delle proprie prospettive scientifiche e accademiche e perfino esistenziali. Il disorientamento con cui ci si trova all'improvviso a fare i conti non dipende tanto dall'eccitazione del trasferimento dalla biblioteca o dall'archivio storico al mitico *field*, per di più esotico, cui molti antropologi del mio

Paese e della mia generazione hanno acceduto con troppo ritardo; piuttosto si tratta di una specie di smarrimento e al tempo stesso di trepidazione dettati dalla consapevolezza di passare dallo studio di una cultura (la medicina popolare italiana) da tempo “condannata a morire”, allo studio di una cultura che invece chissà per quanto tempo è “condannata a vivere”.

## 2.

Nel 1997, grazie a un piccolo finanziamento della Università di Perugia, ho iniziato a collaborare a un progetto di ricerca dell'Instituto nacional de antropología e historia (INAH) del Messico denominato *Actores sociales de la flora medicinal en México*. Si tratta di un progetto interdisciplinare estremamente complesso e di lunga durata, messo a punto e portato avanti dal Centro INAH dello Stato di Morelos, sotto la direzione del medico e antropologo Paul Hersch Martínez, ricercatore presso questo Centro<sup>(6)</sup>.

Il titolo del progetto ne sintetizza efficacemente la portata e l'oggetto. Da una parte le *piante medicinali*, che in Messico rappresentano una risorsa terapeutica ed economica importante e che sono studiate tanto come organismi vegetali dotati di specifiche caratteristiche biochimiche, quanto come prodotti culturali investiti di senso e radicati nella pratica sociale. Dall'altra parte una pluralità di *attori sociali* che a diverso titolo giocano un ruolo importante nell'attribuzione di significati e nelle modalità d'uso della flora medicinale: le madri di famiglia che vi fanno frequente ricorso nell'ambito della *autoatención*<sup>(7)</sup> e della medicina domestica, le diverse figure di terapeuti tradizionali (*curanderos, hueseros, parteras*), i raccoglitori e gli intermediari che ne assicurano la disponibilità e la circolazione sul mercato locale e nazionale (HERSCH MARTÍNEZ P. 1996), e infine anche i rappresentanti della biomedicina, in particolare i membri della Commissione nazionale incaricata della regolamentazione dei farmaci di origine vegetale (HERSCH MARTÍNEZ P. 2003).

Il campo della ricerca è costituito da alcune comunità rurali, con forte presenza indigena, caratterizzate da un alto indice di povertà e di marginalità e dalla insufficienza o inesistenza di alcuni servizi di base come acqua potabile, fognature, raccolta dei rifiuti, assistenza sanitaria, ecc. Per dirla con Bonfill Batalla, si tratta di uno dei tanti tasselli che costituiscono il variegato mosaico del *México profundo*, dove la alterità e la diversità culturale si sono finora tradotte in disuguaglianza sociale e in una relazione asimmetrica di dominazione/subordinazione (BONFILL BATALLA G. 1994).

La metodologia del progetto si ispira ai criteri e presenta le difficoltà della ricerca-azione: la *partecipazione comunitaria* e la *reciprocità* sono intese dal gruppo di ricerca come messa in comune e scambio di conoscenze fra studiosi e attori sociali nativi (madri di famiglia e terapeuti tradizionali) in vista della conservazione e del potenziamento dei saperi e delle pratiche locali di salute. In tale prospettiva l'inserimento del gruppo di ricerca nella comunità è sempre preceduto da una negoziazione degli obiettivi con le autorità municipali e in particolare con la *regiduría de salud* e, quando è possibile, con organismi sociali di base, e cioè con tutte le istanze locali che giocano un qualche ruolo nei processi di gestione e di cambiamento delle condizioni di salute della comunità. In questo senso ci si riferisce alle comunità via via investite dalla ricerca non come a un semplice oggetto dello sguardo dell'antropologo professionale bensì come a una realtà socioculturale abitata dai "padroni del problema" (GREENWOOD D. 2000: 32) in collaborazione con i quali e a vantaggio dei quali la ricerca acquista senso e utilità.

In effetti, le operazioni di ricerca vera e propria si sono frequentemente intrecciate, nel campo, con una serie di incontri e di interventi caratterizzati dal coinvolgimento diretto e attivo degli attori sociali. Le più importanti di queste iniziative si possono così riassumere brevemente e per punti: a) *caminadas botánicas*, escursioni con gruppi di popolazione e con i terapeuti nelle immediate vicinanze della comunità per identificare e raccogliere esemplari di piante usate localmente a scopo medicinale, b) *talleres de capacitación*, incontri di carattere pratico nel corso dei quali vengono messi in comune, sistematizzati e presentati i saperi botanici e terapeutici locali nonché le modalità di preparazione di specifici rimedi, c) incontri periodici fra terapeuti tradizionali operanti nella zona, d) incontri con gruppi di donne in cui vengono discusse le conoscenze eziologiche, diagnostiche e terapeutiche tradizionali e) interventi di educazione sanitaria, f) produzione di opuscoli informativi ed educativi sui temi della prevenzione e della cura delle malattie più frequenti.

La necessaria interdisciplinarietà di un progetto così ampio e complesso è garantita dalla presenza di ricercatori di diversa formazione cui competono le specifiche linee di lavoro in cui è articolata l'indagine: il gruppo di ricerca, che pure nel tempo ha subito alcune variazioni, è così costituito da medici che posseggono anche una formazione accademica in antropologia medica, da agronomi, da biologi e botanici, da storici<sup>(8)</sup>. In questo gruppo di professionisti, tutti messicani, io mi trovo ad essere l'unico straniero ed anche l'unico con competenze esclusivamente antropologiche; data la distanza geografica dal terreno di ricerca e soprattutto data la scarsità dei mezzi economici a disposizione, la mia partecipazione alla ricerca è ovvia-

mente meno intensa e continuativa di quella dei colleghi messicani e il mio lavoro si è quasi subito orientato verso le concezioni locali di salute e malattia, la *autoatención*, la medicina domestica.

Negli anni la ricerca ha via via investito numerose località, in particolare negli stati di Morelos, Veracruz, Puebla e Guerrero ma di fatto la mia presenza sul campo si è soprattutto realizzata a Ixhuatlán del Café (Veracruz) e, negli ultimi anni, nella comunità di Temalac, municipio di Atenango del Rio (Guerrero), dove, a partire dall'ottobre 1999, si è in gran parte concentrato anche il lavoro degli altri membri dell'équipe.

Non è possibile qui presentare, nemmeno in modo parziale, i risultati di un percorso di ricerca tanto ambizioso, e per di più non ancora concluso; pertanto questo articolo si limita a mettere a fuoco alcune questioni specifiche che, a partire dal minuscolo ma densissimo campo di ricerca costituito dalla comunità di Temalac, si proiettano su problematiche generali di carattere teorico-metodologico connesse alla pratica etnografica in antropologia medica.

### 3.

Sarà necessario, prima di tutto e per contestualizzare le riflessioni e le analisi che seguiranno, una breve descrizione della comunità nella quale si è realizzato in modo più continuativo e prolungato il lavoro sul campo. Temalac è una piccolissima comunità, lontana da altri centri abitati, e anche dallo stesso capoluogo municipale, Atenango del Rio, con il quale è collegata da una strada in pessime condizioni. Secondo i dati dell'ultimo censimento la popolazione è costituita da circa 1200 individui ma in realtà vi risiedono stabilmente non più di 6-700 abitanti poiché circa la metà sono emigrati nelle località turistiche del Pacifico o negli Stati Uniti (in particolare, North Carolina e Chicago)<sup>(9)</sup>. La totalità degli adulti sono bilingui, ma numerosi anziani sono in grado di parlare correttamente soltanto il nahuatl<sup>(10)</sup>. La maggioranza della popolazione è analfabeta e vive in condizioni di estrema povertà. Si pratica un'economia di sussistenza basata sulla coltivazione del mais e sul piccolo allevamento. Il vastissimo territorio montuoso che circonda il *pueblo* consente una intensa attività di raccolta di vegetali spontanei in gran parte destinati all'autoconsumo ma che alimentano anche un piccolissimo commercio: si raccolgono infatti, oltre a numerose specie di piante medicinali, legna per cucinare, canna di *otate* per la costruzione di pareti e ripari, foglie di palma per la copertura



dei tetti, per la costruzione di legacci dai molteplici usi e per la produzione di stuoie, *maguey* per la distillazione del *mezcal*, una quantità di frutti e di piante usate a scopo alimentare. L'ubriachezza è molto frequente, anche fra le donne, ma non crea particolari allarmi di ordine etico né sanitario. La disponibilità d'acqua e le condizioni igieniche sono molto carenti: le latrine sono quasi inesistenti e maiali, cani, asini circolano liberamente per le strade depositando grandi quantità di feci.

In questo contesto sono presenti e operanti molti terapeuti tradizionali il cui numero, se rapportato alla popolazione residente, risulta decisamente elevato. Fra *curanderos*, *parteras* e *hueseros* ne sono stati finora individuati almeno una decina, tutti di età piuttosto avanzata, alcuni dei quali godono di un notevole prestigio all'interno della comunità. Anche se, per quanto abbiamo finora potuto constatare, nessuno di loro sembra possedere caratteristiche di tipo sciamanico, i loro saperi e poteri mostrano aspetti di grande arcaicità, riconducibili almeno in parte alla medicina preispanica. Dispongono di vaste e diversificate competenze, sia sul piano empirico delle piante medicinali che su quello simbolico delle orazioni, degli scongiuri, dei rituali, in forza delle quali sono capaci di intervenire su un'ampia gamma di disturbi e di malattie che i medici non riconoscono né sanno trattare. In questo senso, come è dimostrato anche dalla frequenza con cui la popolazione fa ricorso alle loro prestazioni, i terapeuti tradizionali rappresentano una risorsa importante nel sistema medico locale.

Pertanto, dall'analisi degli itinerari terapeutici condotta con una serie di soggetti, risulta che molte persone di Temalac ricorrono anche alle prestazioni di guaritori di altre località (ad esempio del municipio confinante di Copalillo, dove operano specialisti particolarmente apprezzati in tutta la regione), a volte anche molto lontane. E tuttavia sembra che questa risorsa sia destinata a perdere peso e importanza in un prossimo futuro, visto che praticamente la totalità dei terapeuti intervistati lamentano il fatto che non trovano persone giovani interessate ad apprendere i loro saperi e a prepararsi a prendere il loro posto.

Le donne posseggono e tramandano un ricco patrimonio di conoscenze e di pratiche terapeutiche grazie alle quali sono in grado di trattare un gran numero di disturbi, di sofferenze e di malattie, in particolare, ma non soltanto, per quanto riguarda i bambini (per esempio il *daño*<sup>(11)</sup> o le diverse forme di *empacho*)<sup>(12)</sup>. L'insieme di pratiche empiriche e simboliche che costituiscono il dilatato terreno della *autoatención* domestica e femminile rivestono un ruolo fondamentale, e in certi casi insostituibile, nelle strategie locali di difesa della salute.

La presenza capillare e diffusa della medicina tradizionale nella vita quotidiana della comunità non risulta affatto, agli occhi dei nativi, messa in discussione o minacciata dalla presenza di un *Centro de salud* che da più di dieci anni funziona a Temalac. Si tratta di un servizio di medicina di base che dispone di un ambulatorio per le visite mediche, di un armadio farmaceutico e di una sala parto dove vengono seguite e portate a termine le gravidanze "normali". Vi operano un medico e una infermiera che non risiedono stabilmente nella comunità e sono presenti soltanto quattro giorni alla settimana, dal lunedì pomeriggio al venerdì mattina. Negli altri giorni le persone che hanno bisogno di un intervento medico urgente sono costrette ad aspettare il rientro degli operatori o, se hanno risorse economiche sufficienti per pagare il passaggio in auto, a viaggiare per più di un'ora per raggiungere un medico privato o, nei casi più gravi, l'ospedale. Da questo punto di vista si può dire che Temalac costituisce uno dei tanti esempi di come le pretese universalistiche e totalizzanti della biomedicina possono essere vanificate o ridimensionate dalla sua impotenza sul terreno della pratica sociale. Nonostante tale precaria e limitata possibilità d'azione sul piano tecnico della tutela della salute della popolazione, il *Centro de salud* occupa una posizione importante nell'assetto del controllo sociale sulla comunità. Agli operatori del *Centro*, infatti, è affidata la gestione a livello locale di un programma di assistenza federale del quale usufruisce la stragrande maggioranza dei gruppi domestici. Si tratta del discusso Programa de educación, salud y alimentación (PROGRESA)<sup>(13)</sup>, istituito nel 1997 dal Presidente Zedillo e inteso come forma di sostegno alle famiglie che si trovano in condizioni di povertà e di emarginazione particolarmente pesanti. Le madri di famiglia sono le destinatarie effettive dell'aiuto che consiste in piccole somme di denaro, alimenti per i bambini piccoli, materiale scolastico per quelli che vanno a scuola. In cambio debbono impegnarsi a far vaccinare i propri figli, a sottoporsi a visite mediche periodiche, ad assistere a lezioni mensili di educazione sanitaria impartite dagli operatori del *Centro de salud* su temi di igiene domestica e di prevenzione delle malattie. L'obbligo di verificare e registrare la partecipazione delle donne a questi incontri, che costituisce un requisito indispensabile per conservare il diritto all'assistenza, compete agli stessi operatori i quali, in tal modo, si trovano a gestire processi di inclusione/esclusione di notevole rilevanza nel contesto locale. Per quanto ho potuto osservare, le donne assistono abbastanza regolarmente alle lezioni anche se la maggior parte di loro ammette di non essere molto interessata agli argomenti trattati e soprattutto di non imparare molto: in genere non hanno nessuna esperienza di apprendimento in contesti formali sconnessi da una situazione

concreta da affrontare o da un problema da risolvere e perciò non c'è da stupirsi se la maggior parte di loro vivono questi incontri soltanto come un obbligo cui è necessario adempiere.

Infine è da ricordare che il *pueblo* di Temalac è compreso nel territorio inquisito dall'irruenza evangelizzatrice del sacerdote Hernando Ruiz de Alarcón autore del famoso *Tratado de las supersticiones y costumbres gentílicas que hoy viven entre los indios naturales desta Nueva España* (datato 1629 ma pubblicato per la prima volta soltanto nel 1892). Si tratta, come è noto, di un testo di cui un autore come Gruzinski (GRUZINSKI S. 1988) ha ampiamente riconosciuto l'importanza per la conoscenza dei rituali terapeutici che, a un secolo dalla Conquista e pur ridotti alla clandestinità, dominavano ancora saldamente la scena della malattia nelle comunità di villaggio del Guerrero. Ma anche oggi, a distanza di più di tre secoli e mezzo, rappresenta un punto di riferimento imprescindibile per leggere le vistose sopravvivenze del ricco patrimonio di dispositivi mitico-rituali in cui il ricercatore si imbatte frequentemente sul campo e che hanno resistito alla violenta pressione deculturante dei dominatori spagnoli e, più recentemente, alla concorrenza della biomedicina.

#### 4.

In questo contesto la “medicina tradizionale” non si lascia vedere né tanto meno descrivere come un corpo omogeneo e compatto di credenze e di pratiche ma si presenta come uno spazio d'azione articolato e complesso all'interno di un campo di forze più ampio su cui convergono o si scontrano una pluralità di attori e di punti di vista (*curanderos* e operatori sanitari, donne e uomini, giovani e anziani, ...) e nel quale si inscrivono le tensioni ideologiche e i giochi di potere che attraversano la comunità. Alcuni aspetti della vita locale appaiono particolarmente rilevanti a questo riguardo: il conflitto latente tra la maggioranza di cattolici e la minoranza di protestanti; i risentimenti creati dalla non sufficiente trasparenza dei criteri con cui sono stati attribuiti gli aiuti di PROGRESA alle famiglie; la divisione del *pueblo* in due *barrios* [quartieri] e i processi identitari nonché le dinamiche competitive che vi sono connesse; l'iniziale risveglio di istanze indigeniste incentrate sulla difesa e valorizzazione della cultura tradizionale<sup>(14)</sup>. Come sempre, anche qui l'antropologo sperimenta fin da subito l'impossibilità di trincerarsi dietro un improbabile ruolo di osservatore oggettivo e distaccato mentre si trova inevitabilmente irretito dentro una trama di sguardi e di discorsi che costantemente lo interpellano e lo coinvolgono.

Le persone che abitano il campo che l'etnografo intende studiare (quei soggetti, cioè, che alcuni ancora insistono a definire "oggetti" della ricerca) «cercano di valutare quanto ci si può fidare [dell'etnografo], che cosa potrebbe essere in grado di offrire come conoscente o amico, e forse anche quanto facilmente può essere manipolato o utilizzato» (HAMMERSLEY M. - ATKINSON P. 1983: 78). In mille modi e occasioni, i nativi invitano più o meno implicitamente il ricercatore a stabilire con essi un rapporto di *reciprocità* che lo impegna tanto a *dare* quanto a *dire* qualcosa o molto di sé. Non si sta parlando qui, come è ovvio, della reciprocità come nozione canonica della *teoria antropologica* bensì come modalità e come condizione della *pratica antropologica*. Più precisamente, si intende sottolineare il fatto che la reciprocità sul campo, prima di essere una strategia che il ricercatore può mettere in atto per ottenere la fiducia e la collaborazione degli informatori (JORGENSEN D.L. 1989: 71-73; GUASCH O. 1997: 43), è spesso un vincolo ineludibile in cui si manifesta l'iniziativa del nativo e a cui il ricercatore *deve* in qualche modo fare fronte.

Leggo, per esempio, nel mio diario di campo (Temalac, 6 ottobre 2000): una vicina di casa e informatrice mi ferma per la strada e mi racconta di un mal di schiena che la fa molto soffrire e che non riesce a curare. Mi chiede quando verrà uno dei medici e antropologi dell'équipe di ricerca nel quale ripone molta fiducia e che l'ha già visitata; le rispondo che nei prossimi giorni sicuramente non potrà venire e mi scuso con lei di non poterle essere d'aiuto dato che non sono un medico. Il suo commento, espresso in forma di domanda e con un tono di delusione e quasi di risentimento, è: «Perché non sei medico?». Sono molte, e alcune anche più impegnative, le richieste implicite o esplicite di reciprocità che ho dovuto via via registrare<sup>(15)</sup>, ma è questa, peraltro rivoltami più e più volte, che senza volerlo riepiloga uno dei nodi cruciali della nostra ricerca. In effetti la presenza sul campo di tre medici (oltre che antropologi medici) è risultata una circostanza che ha inciso in modo decisivo sul rapporto con gli informatori e, in definitiva, sugli stessi risultati della ricerca.

Intanto, è facile immaginare che di questa doppia formazione e competenza i nativi riconoscono e valorizzano solo quella medica e che in ogni caso è questa la carta di identità con la quale si ha più libero o più agevole accesso alle loro case e ai luoghi della vita comunitaria<sup>(16)</sup>. È pur vero che *in quanto antropologi* i ricercatori propongono di contraccambiare l'accoglienza e la disponibilità dei nativi con un impegno che, *a lungo termine*, dovrà produrre un *testo* che avrà raccolto la memoria di una forma di vita e di una cultura che altrimenti potrebbero presto essere dimenticate<sup>(17)</sup>. Ma è soprattutto *in quanto medici* che essi si trovano *nell'immediato* nella

condizione di produrre *azioni* che i membri della comunità sollecitano e su cui fanno affidamento. Infatti, ci si trovi nella casa di un informatore, si passeggi per le vie del paese o si entri in un negozio per comperare dell'acqua o della frutta, quasi sempre ci si imbatte in una persona che chiede una visita o un medicinale, che presenta un problema di salute per il quale non ha ancora trovato una soluzione, che offre allo sguardo del medico una articolazione deformata e dolorante<sup>(18)</sup>.

A volte capita anche che il medico antropologo medico si trovi a curare qualche malanno degli stessi *curanderos*, per lo più persone molto anziane e con assai scarse risorse economiche. Così, almeno nei periodi in cui sono presenti sul campo, i medici antropologi medici rappresentano una *risorsa locale di salute*, sulla quale, pur in modo intermittente, la popolazione di Temalac fa evidente e fiducioso affidamento.

Certamente le attività dei colleghi medici, se considerate nell'ottica positivista della registrazione oggettiva dei dati, rappresentano delle pesanti interferenze nel campo di osservazione: in questo senso è probabilmente vero che un eventuale successivo *restudy* troverebbe una situazione in qualche misura modificata anche per effetto di questi interventi. D'altra parte la messa in moto di un processo di cambiamento costituisce proprio uno degli obiettivi specifici della ricerca-azione basata sulla partecipazione comunitaria e sulla reciprocità. Nello stesso tempo, però, l'esperienza di campo mostra che il ruolo di medico aggiunge delle nuove e feconde opportunità alle possibilità conoscitive di cui dispone il ricercatore antropologo; infatti è grazie a questo ruolo che l'etnografo può stabilire con i nativi un implicito e vicendevolmente vantaggioso patto di reciprocità: in quanto medico il ricercatore è in grado di rispondere alle richieste di aiuto da parte dei nativi mentre in quanto antropologo guadagna un più facile e diretto accesso ai loro saperi e alle loro pratiche. Così l'etnografo medico, invitato a occupare uno spazio nell'itinerario terapeutico della persona sofferente, a intervenire *nel vivo* di una situazione problematica o di disagio, viene di fatto a trovarsi in una posizione privilegiata per accedere direttamente al mondo della esperienza vissuta del soggetto, per osservare *in azione* i criteri di cui il soggetto dispone per formulare un suo problema di salute, per azzardare una diagnosi o per negoziare la scelta di un trattamento.

Diversamente dalle interviste formali che impegnano il nativo, in quanto *rappresentante* della propria "cultura", a rispondere ordinatamente alle domande poste dal ricercatore, i momenti della visita medica, della ricostruzione anamnestica di un disturbo, della somministrazione di un far-

maco o della prescrizione di una dieta, favoriscono una sorta di suo *protagonismo* offrendogli l'occasione per esplicitare, in significativo "disordine", le mappe cognitive ed operative con le quali si orienta nella ricerca di una soluzione ai propri problemi.

In realtà il progetto di ricerca-azione in corso a Temalac prevede ben più pesanti e, potremmo dire, sistematiche interferenze con il campo di osservazione: si tratta, come si è accennato all'inizio, dell'insieme di processi di interazione e di scambio fra saperi biomedici e saperi locali che stanno alla base di un complesso lavoro di sistematizzazione delle conoscenze tradizionali relative agli usi della flora medicinale<sup>(19)</sup>.

L'attività più significativa in questo senso è quella che ha visto i medici antropologi medici protagonisti per alcuni mesi, al posto degli operatori del *Centro de salud*, nella conduzione degli incontri con le donne beneficiarie del programma di assistenza PROGRESA. Questi incontri, volta a volta dedicati a un problema di salute identificato secondo le coordinate della cultura locale (per esempio, i diversi tipi di *empacho*, la *vergüenza*, il *daño*), erano organizzati in modo tale da offrire la possibilità alle donne presenti di descrivere le modalità con cui affrontano tali problemi nell'ambito della sfera domestica. Le testimonianze delle donne sono ovviamente registrate come preziosi dati di ricerca, insieme ai loro commenti, alle loro reazioni o ai loro silenzi nei confronti degli etnografi medici che intervengono per mettere a confronto, integrare, precisare interpretazioni eziologiche, criteri diagnostici e modalità di intervento terapeutico. È da sottolineare, anche, che lo spazio di negoziazione aperto in questi incontri nel *Centro de salud* non si è limitato alle narrazioni e agli scambi verbali ma ha incoraggiato anche un diretto coinvolgimento delle donne nella preparazione di rimedi vegetali e persino nella dimostrazione pratica delle loro tecniche di manipolazione del corpo a fini terapeutici (per esempio il modo di *tronar el empacho*)<sup>(20)</sup>.

## 5.

Ho già ricordato all'inizio come una lunga esperienza di ricerca sui testi e i documenti della medicina popolare italiana rappresenti un prezioso retroterra di conoscenze e di consapevolezza teorico-metodologica che è possibile mettere utilmente a frutto anche nel momento in cui ci si trova ad affrontare lo studio della medicina tradizionale in un contesto indigeno. Tuttavia, come è evidente, non ha nessun suggerimento da offrire all'antropologo rispetto alla posizione da assumere sul campo e al modo

di fronteggiare la materialità e l'urgenza dei problemi di salute che ogni giorno si presentano al suo sguardo. In effetti, molto diversamente da quanto accade nei testi di folklore medico, sul campo la medicina tradizionale si offre all'attenzione dell'antropologo completamente incorporata negli scenari della vita quotidiana dove la vitalità della sua funzione nelle strategie di sopravvivenza, anche culturale, del gruppo si lascia osservare soltanto *insieme* alle carenze dell'assistenza medica e *insieme* alla precarietà delle condizioni economiche e igieniche della popolazione. Così, anche in un contesto indigeno come è quello di Temalac, l'oggetto proprio o primo dello sguardo dell'antropologo medico non è un astratto inventario o un repertorio sistematico e strutturato di credenze e pratiche tradizionali, bensì un insieme eterogeneo, provvisorio e mutevole di interpretazioni e di azioni messe in campo dalle persone per fronteggiare la sofferenza, la malattia, il dolore. Per cogliere adeguatamente la complessità e anche la ineliminabile contraddittorietà di tale scenario, risulterebbe del tutto sterile qualunque tentativo di rappresentare la medicina tradizionale (sia quella dei *curanderos* che quella delle donne) come una totalità intera e coerente da contrapporre sistematicamente alla biomedicina, così come serve a poco indagare l'origine autoctona o spagnola delle rappresentazioni e delle pratiche che la costituiscono<sup>(21)</sup>. In questo senso la scelta di privilegiare il punto di vista degli attori sociali (MENÉNDEZ E. L. 1996) risponde a una prospettiva teorico-metodologica che infine è praticamente obbligatoria perché è soltanto questa che permette al ricercatore di riconoscere nelle pratiche con cui le persone gestiscono e cercano di risolvere i problemi di salute forme di razionalità che «*pueden ser complementarias, conflictivas o incluso contradictorias, pero coexisten y tienen una coherencia interna, son operativas, pragmáticas y funcionales; reflejan una síntesis de saberes que corresponden a diferentes modelos médicos relativamente diferenciados entre sí, en particular de la biomedicina y de la llamada "medicina tradicional"* [possono essere complementari, in conflitto o addirittura contraddittorie, tuttavia esistono, e hanno una coerenza interna, sono operative, pragmatiche e funzionali; riflettono una sintesi di saperi che corrispondono a modelli medici relativamente diversi fra loro, in particolare della biomedicina e della cosiddetta "medicina tradizionale"]» (OSORIO CARRANZA R. M. 2001: 14).

Per gli antropologi non è certamente una novità, e tanto meno è motivo di scandalo, il fatto che le persone, a seconda del problema di salute che si trovano a dover affrontare, fanno generalmente riferimento a una pluralità di risorse, ricorrendo volta a volta, in modo molto disinvolto, alle pratiche di autocura, al medico o al *curandero*. Ciascuna di queste risorse, anche

in una piccola comunità come Temalac, sono in realtà caratterizzate da forti eterogeneità interne, irriducibili a qualsiasi tentativo di semplificazione: nelle pratiche di autocura coesistono reinterpretazioni e adattamenti di elementi tradizionali e della biomedicina; il medico è di solito quello del *Centro de salud* ma in caso di necessità si ricorre a medici privati di altre comunità o alla cure di un ospedale; di *curanderos*, come si è detto, ce ne sono molti e con competenze diversificate e inoltre a volte si ricorre a specialisti di altre località, anche abbastanza lontane. A questo panorama, inoltre, bisognerebbe aggiungere la fede in Dio e le preghiere, cui molti nel *pueblo* attribuiscono un ruolo importante nella prevenzione e nella cura delle malattie, e infine anche il sacerdote che può svolgere un vero e proprio ruolo di terapeuta, per esempio *rezando vangelio* [pregando]<sup>(22)</sup>, in particolare, ma non soltanto, per il bambino che ha *daño*.

Davvero nessuna rappresentazione omogenea e coerente della medicina tradizionale può reggere alla verifica della etnografia e qualora la si tentasse si lascerebbe subito vedere come costruzione reificata dell'osservatore esterno: le contaminazioni, le reinterpretazioni, le sperimentazioni, le varianti individuali non sono affatto aspetti contingenti o marginali, bensì in certo modo costituiscono la "verità" profonda, e al tempo stesso in continuo mutamento, delle pratiche subalterne di difesa della salute<sup>(23)</sup>.

Se guardata da vicino e soprattutto dal punto di vista dei diversi attori sociali, la presunta organicità e coerenza della cosiddetta medicina tradizionale si scompone e si frantuma in un caleidoscopio di diversità che costituiscono propriamente l'oggetto che l'antropologo ha il compito di registrare e di interpretare. Non si allude qui soltanto alla eterogeneità per così dire strutturale consistente nel fatto, ben noto agli studiosi, che la stessa "tradizione" consegna ai nativi una pluralità di varianti per quanto riguarda l'eziologia, la diagnosi e soprattutto la terapia di un medesimo quadro patologico. Si vuole fare anche e soprattutto riferimento al fatto che gli itinerari terapeutici dei membri di una stessa comunità, pur essendo per lo più riconducibili a un fondo condiviso di rappresentazioni, seguono percorsi anche molto diversi in relazione alla diversità delle condizioni di esistenza dei singoli individui, in particolare sul terreno delle reti sociali a cui appartengono, delle costrizioni materiali che li affliggono, del capitale culturale su cui possono contare. Un esempio fra tanti, particolarmente significativo in quanto il protagonista è uno dei pochissimi se non l'unico originario di Temalac che ha conseguito una laurea ed esercita la professione di avvocato in città: riferendo che nel *pueblo* molte persone sanno trattare piccoli disturbi pur senza essere *curanderos*, questo signore racconta di un suo zio che gli ha curato un disturbo degli occhi facendogli



*limpias*<sup>(24)</sup> con il *cordoncillo*<sup>(25)</sup> ritenendolo causato dall'*aire*<sup>(26)</sup>; per lo stesso disturbo ha fatto anche ricorso a un oftalmologo che gli ha prescritto delle gocce e una pomata, e infine è andato da una "señora" che con il metodo tradizionale dell'uovo ha cercato di vedere se avesse veramente *aire*.

La eterogeneità e l'andamento sinuoso degli itinerari terapeutici, tuttavia, non si manifestano semplicemente nella disinvoltura con cui le persone ricorrono alternativamente al medico o al *curandero*, ma in un atteggiamento di più radicale disponibilità a contaminare, proprio nell'ambito della *autoatención*, modalità di interpretazione e di azione che appartengono a orizzonti culturali completamente diversi. Al di là del fatto che il *curandero* può incorporare nelle sue pratiche elementi della biomedicina (per esempio prescrivendo farmaci) o che il medico può riconoscere o addirittura consigliare alcuni rimedi tradizionali (per esempio certe piante medicinali), sono prima di tutto i membri della comunità che incorporano nelle proprie strategie di autocura elementi eterogenei, irriducibili alla rigida dicotomia tradizione/modernità, che a uno sguardo esterno risulterebbero incompatibili o contraddittori. Il panorama di pratiche che ne risulta è assai vario e tale da mettere in imbarazzo il ricercatore che aspira a costruire ordinate tassonomie di modelli cognitivi e operativi. Il ricorso ai rimedi tradizionali, sia vegetali sia di ordine simbolico-rituale, coesiste, spesso nel quadro di uno stesso evento patologico, con l'uso di farmaci messi a disposizione da una pluralità di soggetti: ci sono ovviamente quelli prescritti e somministrati dal medico del *Centro de salud*<sup>(27)</sup>, ma anche quelli che alcune signore vendono nel piccolissimo negozio familiare insieme a bibite e sigarette e che la gente compera senza prescrizione medica. Ci sono poi i venditori ambulanti che periodicamente visitano il paese proponendo *vitaminas*, *iniecciones* e un gran numero di altri medicinali «para dolor de cintura, para dolor de pulmones o para dolor de cabeza o para la diarrea». In questo quadro si inseriscono – in modo significativo anche se limitato ai periodi di presenza sul campo – anche i farmaci che i medici antropologi dell'équipe di ricerca regalano alle numerose persone che si rivolgono a loro per un consiglio o una visita.

Nella fitta circolazione locale di *vitaminas poderosas*, di *alkaseltzer* e *aspirina*, di *reconstituyentes* e di *Sucrol alimento ideal para el cerebro y los nervios*, spicca per la sua incredibile molteplicità di applicazioni il *vaporù*, una pomata a base di canfora che apertamente richiama il notissimo prodotto industriale Vicks VapoRub ma che può essere facilmente preparato in casa. Il suo uso terapeutico viene riferito dai diversi informatori a un'ampia gamma di disturbi fisici come tosse, catarro e raffreddore, "mal di petto", dolore di stomaco o di pancia, dolori alle gambe, mal di testa, puntura di scorpione.

Può essere usato anche come mezzo di difesa preventiva: quando si sta vegliando un morto, si spalma su eventuali ferite perché «*no caiga cancer* [lett.: non vi cada il cancro]» a causa «*de lo feo que está soltando el muerto* [lett.: del male emanato dal morto]». Ancora, a causa probabilmente del suo odore penetrante, viene usato per alleviare il *dolor de l'alma* e l'*enfado*, una vera e propria malattia che, come dice la parola, è causata da una esperienza penosa. L'*enfado*, o *coraje*, si manifesta al tempo stesso come dolore nel petto (*colico de enfado*) e come profonda tristezza, è considerato una malattia molto grave che può causare diabete (*azucar*) e può portare alla morte; la sua causa è individuata nella sofferenza provocata dalla morte di una persona cara o da una esperienza penosa di abbandono<sup>(28)</sup>. Oltre che con il *vaporù* l'*enfado* si può curare con la Coca Cola o la Pepsi Cola (ma non con la Fanta che “non è forte”), con la birra, con l'*agua de enfado rezada por un curandero*, con *aceite rosado*<sup>(29)</sup>, o semplicemente masticando e succhiando un rametto di origano. Ciascuno di questi rimedi, compresa la Coca Cola, viene usato anche per curare molti altri mali, ciascuno dei quali, a sua volta, prevede il ricorso a vari rimedi...

Sullo stesso instabile confine fra “tradizionale” e “moderno” e con una stessa fluidità nel trascorrere dall'uno all'altro campo, si collocano anche una serie di persone che posseggono frammenti di saperi biomedici che mettono a disposizione della comunità o del proprio gruppo domestico. Così, una descrizione accurata delle risorse locali di salute dovrà registrare l'attività della signora che prima che fosse aperto a Temalac il *Centro de salud* vendeva nella sua casa alcuni farmaci le cui proprietà e indicazioni aveva appreso in un prontuario commerciale per le farmacie regalato da un medico, o di un'altra signora che, spinta dalla necessità di curare i propri figli, ha imparato nel *Centro de salud* a praticare iniezioni intramuscolari e ora anche lei vende medicinali ed è molto richiesta nella comunità per iniettare diversi tipi di farmaci tra cui l'antiveleno specifico contro la puntura dello scorpione, o ancora di un signore che ha appreso in un libro l'uso di alcune piante medicinali e alcune elementari cognizioni di medicina nell'edizione spagnola del famoso manuale di David Warner *Donde no hay doctor*, destinato alle persone che vivono in contesti rurali dove non esiste assistenza medica.

Analogamente, ma sul versante della “tradizione”, bisognerebbe registrare l'attività di altre persone che pur non essendo *curanderos* hanno appreso da questi, osservandone le azioni e i procedimenti terapeutici, le tecniche per intervenire su alcuni specifici disturbi. Tutte queste persone, ma anche le donne che si occupano della salute del proprio gruppo domestico e perfino molti degli stessi *curanderos* possono essere messe a confronto con la figura

del *bricoleur* così come è stata descritta da Lévi-Strauss (LÉVI-STRAUSS A. 2003 [1962]: 30): «Il *bricoleur* è capace di eseguire un gran numero di compiti differenziati ma, diversamente dall'ingegnere, egli non li subordina al possesso di materie prime e di arnesi, concepiti e procurati espressamente per la realizzazione del suo progetto: [...] per lui la regola del gioco consiste nell'adattarsi sempre all'equipaggiamento di cui dispone, cioè a un insieme via via "finito" di arnesi e di materiali [che] è il risultato contingente di tutte le occasioni che si sono presentate di rinnovare o arricchire lo *stock* o di conservarlo con i residui di costruzioni e di distruzioni antecedenti»<sup>(30)</sup>. E del resto non ci ha insegnato Michel de Certeau (DE CERTEAU M. 1990) a osservare le *tattiche* con cui i ceti "popolari", i "deboli" si appropriano, manipolando a proprio vantaggio, delle pratiche e delle rappresentazioni imposte con la forza o con la seduzione da parte delle élites dominanti?

## 6.

Dieci anni fa, in un lavoro di messa a punto della nozione di "medicina tradizionale", Eduardo Menéndez ha, fra l'altro, criticato la tendenza della biomedicina a relegare ai margini o a squalificare i processi di efficacia simbolica e, in particolare, a considerare le pratiche popolari di salute e l'attività dei curanderos soltanto come risorse subordinate, di riserva o integrative delle insufficienze organizzative dell'assistenza sanitaria (MENÉNDEZ E. L. 1994: 79). Ora si può aggiungere che questo modo di concepire la medicina tradizionale non soltanto ne dà una rappresentazione reificata e astorica, ma anche ne occulta una caratteristica fondamentale che, nei nostri lavori sulla medicina popolare italiana, abbiamo identificato come *pervasività*. Il riconoscimento di tale caratteristica, che fra l'altro fa risultare problematica la stessa delimitazione di campo della medicina popolare, rende impraticabile, e mistificante, qualunque tentativo di contrapporre, o di giustapporre, termine a termine (magari per compararne, a svantaggio delle pratiche popolari, i diversi gradi di efficacia) la medicina popolare e la biomedicina. Infatti: a) la medicina popolare si configura in realtà come un sapere diffuso e un insieme di comportamenti socialmente condivisi che si inseriscono senza soluzione di continuità nella concezione del mondo delle classi subalterne, fanno parte integrante del loro patrimonio complessivo di conoscenze empiriche e "magico-religiose", e prendono senso dalle loro condizioni materiali di esistenza; b) la medicina popolare, mentre inserisce la salute e la malattia in un più vasto gioco di forze benefiche e malefiche, tende a vedere nel corpo un insieme

psicofisico inscindibile e a stabilire un rapporto molto stretto fra la sfera psichica, somatica, comportamentale e relazionale, ciascuna delle quali costituisce un suo potenziale ambito di intervento (BARTOLI P. - FALTERI P. 1983: 57-58). Così, la unitarietà della esperienza psico-fisico-relazionale, che la biomedicina tende a scindere e scomporre in ambiti separati di intervento, sta invece alla base della razionalità, e forse della efficacia, della medicina popolare; in altri termini ciò equivale a sottolineare che fra le tante diversità che separano le procedure scientifiche da quelle popolari c'è anche una diversa "geografia" delle sofferenze che le une e le altre sono chiamate ad alleviare.

Credo non sia necessario forzare le pur numerose corrispondenze tra la "medicina popolare" delle classi subalterne italiane e la "medicina tradizionale" delle popolazioni rurali e indigene del Messico, per riconoscere anche in questa la caratteristica della pervasività. A titolo di esempio, può essere utile proporre un dato emerso, in modo imprevisto e quasi casuale, nel lavoro sul campo a Temalac<sup>(31)</sup>. Si tratta di una "sofferenza" che consiste in una intensa perturbazione della relazione madre-figlio/a che soltanto la madre può "curare". La catena eziologica viene così descritta, in modo sorprendentemente uniforme, dalle informatrici: la madre soffre una profonda pena causata dal figlio (*tiene coraje de él, se enoja, se molesta*) perché lui non le obbedisce, si comporta male oppure perché è costretto a emigrare e ad allontanarsi da lei (*se va por allá, al norte*), allora comincia a piangere, piange e piange e questo pianto *le resulta al hijo, le entra [si ripercuote su di lui, gli entra dentro]*, così il figlio comincia ad ammalarsi, smette di mangiare, dimagrisce, sente dolori in tutto il corpo. Il medico, ovviamente, non riconosce questa "malattia" ma nemmeno il *curandero* può fare niente: l'unica titolare della cura è la stessa madre che con la sua saliva bagna il proprio figlio in tutto il corpo. Lo deve fare la mattina presto, a digiuno, per quattro volte, il giovedì e il venerdì, e così il figlio guarisce (*se compone*).

Per ciascuno degli elementi simbolici che compongono il quadro di questa terapia si potrebbero esaminare le corrispondenze con numerosi altri ambiti di intervento della medicina tradizionale di Temalac (la saliva, il numero quattro, il digiuno, il valore magico del giovedì e del venerdì), ma in questa sede, per rispettare le dimensioni di un articolo, conviene insistere sulla esperienza del soffrire perché è su questa che si misura l'ampiezza degli ambiti di intervento dei saperi popolari e la loro irriducibilità ai criteri nosografici e diagnostici, oltreché terapeutici, della biomedicina.

Esplorando la malattia e la sofferenza come espressioni corporee, culturalmente modellate, di relazioni sociali caratterizzate dalla privazione e dalla

diseguaglianza, Nancy Scheper-Hughes ritiene impossibile “sussumere entro le categorie diagnostiche della biomedicina quelle delle varie etnomedicine” e fuorviante tradurre «una forma comunicativa culturalmente ricca nel ristretto e individualizzante linguaggio della fisiologia, della psicologia e della psichiatria» (SCHEPER-HUGHES N. 2000: 291-292). Questa operazione risulta tanto più impraticabile se si considera con attenzione l'aspetto della guarigione, ovvero della efficacia della pratica popolare, che nel caso della applicazione della saliva materna, come in molti altri che abbiamo rilevato sul campo, viene costantemente sottolineata dagli informatori. Rispetto a molte situazioni di sofferenza – di seguito se ne offrirà un ulteriore e ultimo esempio – ci si trova di fronte ad imbarazzanti (soprattutto per il medico) affermazioni: mentre da una parte si rappresenta una condizione patologica come molto grave e pericolosa che può condurre alla morte (*se acaba uno; se estaba muriendo*), dall'altra si descrivono guarigioni rapide e definitive come effetto della terapia. Certo non è questa la sede per discutere la complicata questione dei criteri di valutazione della efficacia della medicina tradizionale<sup>(32)</sup> ma intanto non sembra possibile sottovalutare, o liquidare come inconsistente, il criterio della soddisfazione del sofferente, se non altro per la frequenza con cui ricorre nelle narrazioni dei nativi. Se l'oggetto della ricerca non è un catalogo astratto di sintomi, di malattie e di terapie, ma invece la concretezza vissuta (e narrata) del soffrire, la fiducia dei nativi nella efficacia della risposta tradizionale alla sofferenza e la valutazione soggettiva di guarigione acquistano una piena e inevitabile pregnanza epistemologica. Così il ricercatore, posto di fronte ai tanti racconti di guarigione che raccoglie sul campo, o li squalifica come manifestazioni di ignorante credulità, di superstizione o di falsificazione della realtà, oppure è costretto a prenderli in seria considerazione come prospettive da esplorare e da interpretare.

## 7.

Per concludere, può essere utile presentare brevemente un altro esempio di patologia causata da una forte emozione e nella cui terapia gioca un ruolo importante la saliva; anche questa, peraltro, è ritenuta di notevole gravità ma nello stesso tempo è caratterizzata da una rapida guarigione. Si tratta della *vergüenza*, una “malattia” riscontrata in numerosi gruppi indigeni del Messico (ZOLLA C. cur. 1994: 858-9) e largamente documentata anche nello stato di Guerrero, dove, come si è detto, si trova la comunità di Temalac. I suoi sintomi variano a seconda della parte del corpo che

viene colpita: può interessare una mano, il viso, un piede, un orecchio, ecc., e in questi casi generalmente si manifesta con prurito (*comezón*) e con gonfiore ma non viene ritenuta di particolare gravità. Invece «*si te cae en el estomago y uno no hace nada, se puede morir uno de vergüenza, le agarra vómito y diarrea, se muere en un ratito [lett.: se ti colpisce lo stomaco e uno non fa niente, si può morire di vergüenza, lo prende vomito e diarrea, muore in poco tempo]*». Gli informatori raccontano di amici o parenti che sono morti proprio perché il vomito e la diarrea di cui soffrivano non sono stati identificati a tempo come sintomi di *vergüenza* e dunque non sono stati adeguatamente trattati. Un'altra manifestazione di questa malattia è che la persona colpita inizia a salivare molto, e la sua saliva è salata. Mentre per quanto riguarda la terapia, in cui il sale e la saliva costituiscono due elementi cruciali, esistono numerose varianti, la causa della malattia è universalmente attribuita a un sentimento di vergogna, a un'esperienza di pena e di turbamento, dovuti al timore di essersi messi in ridicolo o di aver compiuto qualcosa di umiliante di fronte ad altre persone. Per Zolla (ZOLLA C. cur. 1994: 858) la *vergüenza* è una «malattia che colpisce le persone che sono state umiliate, ridicolizzate o offese in pubblico», ma a mio parere tale definizione non corrisponde ai dati raccolti sul campo che mettono invece l'accento più sul *timore soggettivo* che non su una *reale* esperienza di essersi esposto alla umiliazione o al ridicolo. In effetti gli esempi riferiti dagli informatori parlano di situazioni sconvenienti o inopportune in cui il soggetto malato di *vergüenza* *potrebbe* essere stato oggetto di critica o di derisione da parte di altri: uno ha provato un senso di vergogna perché si è recato a casa di persone che stavano mangiando e queste possono aver pensato che sia venuto perché affamato e in cerca di cibo; una signora può provare vergogna perché qualcuno è andata a trovarla e la sua casa era sporca, ecc. In generale, viene soltanto *immaginato* o temuto che altri possano aver trovato ridicolo o umiliante il comportamento o la situazione della persona che ha provato vergogna. Questa puntualizzazione sembra importante proprio perché la ricerca della causa scatenante della malattia presenta il caratteristico andamento a ritroso della indagine anamnestica: prima si avvertono i sintomi «*vas a sentir como viene tu saliva muy salada y te quieres vomitar, sientes mal del estomago [senti la tua saliva molto salata e hai voglia di vomitare, senti male allo stomaco]*», poi si attribuiscono questi sintomi alla *vergüenza*, infine si torna indietro con il pensiero alla ricerca di quale può essere stata la causa del sentimento di vergogna («*a lo mejor un señor vino, a lo mejor la casa estaba sucia, a lo mejor me dió pena... [magari è venuto un signore, magari la mia casa era sporca, magari mi sono vergognata...]*»). Non c'è un lasso di tempo definito tra il presentarsi dei sintomi e l'evento

che si suppone aver provocato un sentimento di vergogna<sup>(33)</sup>. I sintomi possono apparire anche molto tempo dopo, anche quando uno è da solo nei campi a lavorare la *milpa* o nei monti circostanti a raccogliere legna.

La terapia della *vergüenza* prevede come opzione prioritaria l'uso del sale, meglio se regalato da altra persona. Perché sia efficace, però, il sale deve essere “pregato” o dalla stessa persona malata, se conosce la preghiera, o da una delle tante che lo conoscono e si prestano ad offrire la *sal preparada*. “Preparare” il sale significa porne una presa nel palmo di una mano e mescolarlo con le dita dell'altra recitando la preghiera. Questa operazione, fondamentale nel rituale terapeutico, ha al tempo stesso un valore diagnostico, poiché se il sale non si inumidisce significa che non si tratta di *vergüenza*<sup>(34)</sup>. Quando si valuta che il male sia particolarmente grave e che dunque sia necessario intervenire in modo più energico, soccorre la “magia” del numero quattro: in questi casi, infatti, è meglio che il sale sia regalato da quattro famiglie diverse e poi “pregato” da quattro persone, due uomini e due donne. Il sale così preparato<sup>(35)</sup> viene usato per frizionare la pancia o la parte colpita o tutto il corpo e poi viene anche ingerito. Questa è la terapia che gli informatori di solito ricordano per prima, ma ce ne sono molte altre, a quanto dicono, equivalenti. La più semplice e la più a portata di mano consiste nello strofinarsi le ascelle o i genitali con le mani<sup>(36)</sup> e poi annusare il sudore-odore così raccolto oppure sfregarsi la faccia o schiaffeggiarsi le guance. Altri, se non hanno a disposizione il sale, preferiscono strofinarsi la faccia con della terra oppure con la propria saliva dopo essersi sputati nelle mani. Infine, se si viene colti da *vergüenza* mentre si è da soli nel campo o sul monte ci si toglie la camicia, la si mette a rovescio, ci si strofina la faccia e infine la si indossa di nuovo, tenendola a rovescio.

Gli informatori riferiscono, inoltre, diverse forme di prevenzione della *vergüenza*: «*tomar agua donde toman los perros* [bere acqua da dove bevono i cani]»; «*cuando estás comiendo agarras de tu tortilla y le das al perro, el perro muerde tu tortilla y tu vuelves a comer* [mentre stai mangiando dai un po' della tua tortilla al cane, lui l'addenta e tu ricominci a mangiare]»; «*comer tortilla mientras estás defecando* [mangiare tortillas mentre stai defecando]», farsi lec-care la propria bocca dal cane. Sul piano simbolico risulta abbastanza chiara la funzione del cane, animale *sin-vergüenza* che fa i propri bisogni e si accoppia in mezzo alla strada.

Il sentimento della vergogna appare caratterizzato da una profonda ambivalenza: da una parte può causare una grave malattia ma dall'altra è valorizzato come dispositivo psicoculturale che svolge una funzione im-

portante nel mantenimento degli equilibri della comunità e del gruppo domestico. È proprio per questo, infatti, che secondo alcuni informatori non conviene ricorrere con i propri figli a nessun metodo di prevenzione della *vergüenza*: in definitiva è meglio correre il rischio che si ammalino piuttosto che privarli di un efficace strumento di autocontrollo, o di controllo sociale incorporato, come è il sentimento della vergogna<sup>(37)</sup>. In questo senso, forse, si può interpretare la convinzione, vivacemente espressa da alcuni informatori, che coloro che emigrano dal paese, che «*andan por allá, por el norte* [se ne vanno al Nord, cioè negli USA]», così come anche l'antropologo, estraneo alla comunità e abituato ad andare per il mondo, non possono essere colpiti dalla *vergüenza*, non hanno più bisogno «*que se le reze la salita* [che si preghi il sale]».

## 8.

Devo riconoscere che finora non mi è capitato di *vedere* nessun malato di *vergüenza* (come del resto non ho visto nessuno mettere in atto la relativa terapia) e pertanto tutte le informazioni che ho presentato sono basate sulle *parole* degli informatori<sup>(38)</sup>. Tuttavia mi sembra di non avere nessun motivo di metterle in dubbio, tanto più che le descrizioni e i racconti di tutti gli informatori mostrano, su questo terreno, una notevole omogeneità<sup>(39)</sup>. In particolare, come si è detto, tutti parlano della frequenza di questa malattia e della sua rapida e risolutiva guarigione, se prontamente diagnosticata e correttamente trattata. Devo anche riconoscere che qui non mi interessa azzardare una spiegazione specifica, e scientifica, dei *meccanismi* che entrano in gioco nel determinare l'efficacia del trattamento della *vergüenza*: con Csordas e Kleinman, mi limito a registrare che «sebbene gli studiosi non riescano a determinarne con esattezza gli esiti, il fatto che la gente continui a ricorrere a certe forme di trattamento indica che queste producono un qualche effetto» (CSORDAS T. - KLEINMAN A. 1990: 18-19)<sup>(40)</sup>. Ma intanto, e per circoscrivere il campo, si può comunque ricordare che qui si sta parlando di una pratica di autocura e che dunque la sua eventuale efficacia non può essere ascritta all'azione di un sistema di simboli o di un "mondo mitico" evocati da un terapeuta (DOW J. 1986; KIRMAYER L. 1993). Piuttosto, la "preghiera" del sale si limita a evocare con semplicità gli scenari e gli oggetti della vita quotidiana (il *patio*, la *tortilla*, il *sombrero*, i *guaraches*, ...) a cui può essere riferito l'evento che ha provocato un vissuto di vergogna e, nello stesso tempo, punta a sdrammatizzarlo<sup>(41)</sup>.



Certo sarà necessario tornare sul campo per raccogliere altri elementi sulla base dei quali costruire un più solido modello interpretativo della *vergüenza*, ma intanto e in conclusione si può osservare che il contrasto tra il carattere di gravità attribuito alla malattia e la relativa “semplicità” del trattamento non va, a mio modo di vedere, nella direzione di sottrarre credibilità e valore alle “medicina tradizionale”. Al contrario, può essere esplorato come un indizio della sua potenzialità nel *contesto* materiale e culturale di esistenza della comunità. Anzi, si può ragionevolmente ipotizzare che il contrasto sia piuttosto un prodotto dello sguardo dell’osservatore, una sua costruzione o un effetto ottico della sua inconsapevole “boria culturale” che lo dispone ad assumere «il piano della *datità* naturalistica come l’unico possibile» (DE MARTINO E. 1958 [1948]: 70). Si può pensare allora, che invece di un contrasto siano da scoprire continuità e corrispondenze che nel contesto dato legano insieme indissolubilmente i meccanismi del controllo sociale interiorizzato, la precarietà delle condizioni materiali di esistenza, la fiducia nel dispositivo culturale di risoluzione del male.

La “malattia” della *vergüenza*, come del resto il deperimento che affligge il figlio in conseguenza del pianto della madre, non si limitano ad esistere come semplici entità nosologiche (se così fosse, potrebbero forse essere inserite, magari a prezzo di qualche forzatura, entro le categorie diagnostiche della biomedicina): esse sono vissute e dette come veri e propri dispositivi culturali che conferiscono forma e significato a specifiche esperienze dolorose entro un contesto che *simultaneamente* mette a disposizione gli strumenti per lavorarle e risolverle.

In questo senso non è forse legittimo ritenere che, «date le condizioni negative che agiscono sulla salute, la malattia e la morte nei gruppi indigeni americani” il “sapere medico tradizionale”, almeno da questo punto di vista, svolge una funzione positiva “in termini di riduzione dei danni alla salute?» (MENÉNDEZ E. L. 1994: 77).

## Note

(\*) Il testo che qui si presenta uscirà in versione spagnola (*¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México*) nella “Revista de Antropología Social”, n. 14 (fascicolo dedicato alla *Antropología médica crítica*, a cura di Rosario OTEGUI PASCUAL e Tullio SEPELLI), di prossima pubblicazione.

(1) Sul carattere fortemente problematico della nozione di medicina popolare mi limito a rimandare a: SEPELLI T. 1983, DI NOLA A. M. 1983, MARTÍNEZ HERNÁNDEZ A. - COMELLES J. M. 1994, COMELLES J. M. 1996, CHARUTY G. 1997.

(2) Su alcuni aspetti della complessa vicenda politico-culturale dell’incontro/scontro fra “medicina ufficiale” e “medicina popolare” si possono vedere BARTOLI P. - FALTERI P. 1983, BARTOLI P. 1985, BARTOLI P. 1989.

<sup>(3)</sup> Nella storia degli studi italiani di medicina popolare un vero e proprio punto di svolta è costituito dal Convegno nazionale su "Salute e malattia nella medicina tradizionale delle classi popolari italiane" (Pesaro 15/18 dicembre 1983), organizzato dall'Istituto di etnologia e antropologia della Università degli studi di Perugia, allora diretto da Tullio Seppilli. Allo stesso Seppilli si deve la cura del numero monografico di "La Ricerca Folklorica" (n. 8, 1983), *La medicina popolare in Italia*, uscito in occasione del Convegno.

<sup>(4)</sup> Per una valutazione dei contributi etnografici dei medici folkloristi italiani, e in particolare di Zeno Zanetti, appassionato e attento studioso della medicina popolare umbra, si possono vedere BARTOLI P. - FALTERI P. 1987, J. M. COMELLES 1996.

<sup>(5)</sup> Anche la nozione di "medicina tradizionale" risulta quanto mai problematica e difficile da usare senza porla fra diligenti virgolette; per una critica serrata di questa nozione si veda MENÉNDEZ E. L. 1990 e 1994.

<sup>(6)</sup> Con Paul Hersch Martínez e con sua moglie Lilian González Chévez, docente di antropologia medica nella Universidad autónoma del Estado de Morelos, ho avuto occasione di stringere un caldo rapporto di amicizia durante un loro soggiorno a Perugia nell'inverno 1993-94. Desidero qui ringraziarli per la generosità con cui mi hanno aperto le porte del loro terreno di ricerca.

<sup>(7)</sup> Sul carattere strutturale della *autoatención* è indispensabile vedere MENÉNDEZ E. L. 1984, 1990 e 1992. Si veda anche la recente rassegna di HARO ENCINAS J. A. 2000.

<sup>(8)</sup> Non ci si lasci ingannare dal "maschilismo obbligatorio" della nostra lingua: almeno metà dei ricercatori sono donne. Mi sembra anche importante sottolineare che nel corso del 2003 anche un nativo è stato inserito nel gruppo di ricerca.

<sup>(9)</sup> Alcuni aspetti del fenomeno migratorio nella comunità di Temalac sono stati indagati in una tesi di laurea, diretta da Lilian González Chévez e discussa nella Escuela nacional de antropología e historia: si veda CAMARGO MARTÍNEZ A. 2002.

<sup>(10)</sup> Non è questa la sede per discutere la questione dei criteri di definizione della "indigenità". Mi limito pertanto a rimandare il lettore al testo già citato di BONFILL BATALLA G. 1994 e a quello recentissimo di WARMAN A. 2003.

<sup>(11)</sup> Il *daño* corrisponde grosso modo al malocchio.

<sup>(12)</sup> «Malattia che si presenta prevalentemente nella popolazione infantile ed è caratterizzata da diversi disturbi digestivi causati dalla ingestione di determinati alimenti o di sostanze non alimentari che "si attaccano" nello stomaco o nell'intestino» (ZOLLA C. cur. 1994: I, 381-382).

<sup>(13)</sup> Il governo di Vicente Fox ha deciso di rifinanziare il programma ridenominandolo però "Oportunidades".

<sup>(14)</sup> Nel 2001 si era costituita una associazione denominata *Unión de campesinos independientes "Tlakaélel"*. L'associazione ha avuto una vita piuttosto breve ma è significativo il fatto che si fosse presentata alla popolazione con un programma di modernizzazione e miglioramento delle condizioni di vita della comunità e allo stesso tempo di rivendicazione delle radici indigene (Tlakaélel era un potente sacerdote azteco). Sul piano della "politica sanitaria" si proponeva di potenziare il servizio medico prestato dal *Centro de salud* e insieme di valorizzare la medicina tradizionale.

<sup>(15)</sup> Mi riferisco, per esempio, alle continue domande sulla mia famiglia, sul mio paese, sulle mie opinioni religiose o politiche, sul costo delle mie scarpe o dei miei occhiali, ma anche ai rimproveri per aver trascurato di visitare alcune persone, fino a più o meno esplicite richieste di regali o di denaro.

<sup>(16)</sup> Anche Giuseppe Pitré e Zeno Zanetti, due dei maggiori medici etnografi operanti in Italia alla fine del secolo XIX, riconoscono di aver approfittato della loro pratica professionale fra i contadini per raccogliere l'enorme quantità di informazioni sulla medicina popolare.

<sup>(17)</sup> Per la verità, il rischio che la fortissima emigrazione che priva la comunità della grande maggioranza dei suoi giovani possa condannare all'oblio o all'abbandono la cultura locale tradizionale, sembra più avvertito dai ricercatori che dai nativi.

<sup>(18)</sup> Una simile penosa esperienza è narrata da Nancy Scheper-Hughes che così scrive: «Spesso la gente della baraccopoli brasiliana di Alto do Cruzeiro mi avvicina bruscamente per farmi guarda-

re, toccare, esaminare una ferita infetta e infiammata, oppure una frattura malamente ricomposta che sporge, con una improbabile angolazione, da sotto i pantaloni laceri»; però l'antropologa statunitense sembra aggirare il problema del *che fare* di fronte alla sofferenza ostentata dal nativo invocando il fatto che «gli antropologi medici non sono dei dottori frustrati» e teorizzando che «lo sguardo dell'antropologo medico sfiora la superficie del corpo per muoversi verso il contesto, per cogliere il gioco di metafore, figure retoriche e significati simbolici» (SCHEPER-HUGHES N. 2000: 282).

<sup>(19)</sup> A puro titolo d'esempio, ma si tratta di un esempio particolarmente significativo, si può ricordare l'introduzione nella comunità, da parte dei ricercatori medici, della tintura di *guaco* (Aristolochia fragrantissima) per il trattamento della puntura di scorpione. Il *guaco* dalla cui radice si ottiene la tintura è una pianta che abbonda nella zona ma che tuttavia non viene usata localmente come medicinale; a quanto mi risulta la pianta era già nota a una *curandera* del posto, ma solo per le sue proprietà tussifughe. Qualche cenno alla ricerca scientifica sulle proprietà farmacologiche del *guaco* è in HERSCH MARTÍNEZ P. 2000: 433.

<sup>(20)</sup> Per questa forma di terapia manuale dell'empacho si possono vedere ZOLLA C. 1994: II, 830-832, GONZÁLEZ CHÉVEZ 1996 e 2000.

<sup>(21)</sup> Ovviamente non è qui in discussione l'interesse storico di tale tipo di indagini che appassiona molti studiosi della medicina tradizionale messicana: si vedano, per esempio FOSTER G. 1980 e LUPO A. 1998.

<sup>(22)</sup> Così, per esempio, riferisce una informatrice: «*tienes que ir ocho veces a la iglesia para que te reze, le hablas al sacerdote, rezame, estoy enfermo, te va a rezar* [devi andare otto volte in chiesa perché preghi per te, parli con il sacerdote, prega per me, sono malato, lui prega]».

<sup>(23)</sup> Non si sottolineerà mai abbastanza il fatto che i nativi manifestano spesso livelli di conoscenza e di fiducia molto diversi nei riguardi di una stessa pratica tradizionale; ecco, a puro titolo d'esempio, alcune delle espressioni con cui gli informatori puntualizzano la propria posizione rispetto all'oggetto della domanda del ricercatore: *Lo comprobé y sí me hizo* [l'ho sperimentato e mi ha fatto bene]; *nomás platican, lo he escuchado* [ne parlano, l'ho sentito dire]; *lo he visto, pero yo nunca lo ocupo* [l'ho visto però io non lo uso]; *eso sí no sé* [questo proprio non lo so]; *los ancianos lo hacían pero ahora ya no se hace* [gli anziani lo facevano però ora non si fa più]; *eso lo saben los curanderos* [questo lo sanno i curanderos].

<sup>(24)</sup> La *limpia* è un procedimento rituale assai diffuso in tutto il Messico che si esegue con una grande varietà di oggetti (piante odorose, uova, ecc.) e serve per prevenire o curare un gran numero di malattie.

<sup>(25)</sup> Pianta silvestre (*Piper amalago*) le cui foglie emanano un intenso e gradevole odore e che «si usa per fare "limpias" o abluzioni in caso di "daño"» (ACTORES SOCIALES DE LA FLORA MEDICINAL EN MÉXICO 2000: 14).

<sup>(26)</sup> Entità invisibile [lett.: aria], che ha la capacità di provocare diversi disturbi.

<sup>(27)</sup> Un esempio, tra tanti, è quello di una anziana signora che si è curato un grosso foruncolo con *velas y oraciones* e, insieme, con una pomata prescritta dal medico del *Centro de salud*.

<sup>(28)</sup> Così esemplifica una informatrice: «*Tus hijos si están lejos, nunca te han hablado o no llaman ni se acuerdan de ti, a lo mejor te vas a enfadar porque les quieres hablar ni sabes como están, niquiera se acuerdan de ti, niquiera te mandan un peso...* [Se i tuoi figli sono lontani, da tanto tempo non ti parlano, non ti chiamano né si ricordano di te, magari ti arrabbi perché vuoi parlare con loro e non sai come stanno, nemmeno si ricordano di te, non ti mandano nemmeno un peso...]».

<sup>(29)</sup> L'*aceite* [olio] *rosado* è un preparato a base di petali secchi di rosa in olio di sesamo; più di un secolo fa faceva parte della farmacopea messicana, oggi viene prodotto da piccole imprese artigianali e venduto nelle farmacie di paese (informazione di Paul Hersch Martínez).

<sup>(30)</sup> La nozione di *bricolage*, come è noto, è stata ripresa da Bastide (1970) negli studi sui processi di acculturazione delle popolazioni afro-americane.

<sup>(31)</sup> È questo un caso classico di *serendipity*, che nella ricerca etnografica è più frequente di quanto di solito non si ammetta. Della serendipità nella ricerca sociale si è occupato alla fine degli anni '50 il sociologo nordamericano Robert Merton in un testo solo recentissimamente pubblicato in Italia: MERTON Robert K. - BARBER Elinor G. (2002), *Viaggi e avventure della Serendipity*, Milano, Il Mulino.

<sup>(32)</sup> LIONETTI R. 1993 ha messo in rilievo la non neutralità dei protocolli biomedici di valutazione dell'efficacia terapeutica quando questi vengono applicati a sistemi medici altri.

<sup>(33)</sup> Una stessa configurazione si rileva per il *susto*: «La durata del tempo che è trascorso tra il presunto evento scatenante e la comparsa dei sintomi non è significativa; ciò che si ricerca è qualche evento passato che possa fornire supporto eziologico alla diagnosi di *susto*»: RUBEL A. - O'NEILL C. - COLLADO-ARDÓN R. 1991: 42.

<sup>(34)</sup> La netta distinzione tra diagnosi e trattamento, che costituisce uno dei presupposti della biomedicina, «crolla quasi immediatamente quando viene applicato negli studi comparativi dei sistemi terapeutici»: CSORDAS T. - KLEINMAN A. 1990: 12.

<sup>(35)</sup> Il sale può essere preparato al momento del bisogno ma alcuni informatori riferiscono di tenerne sempre un po' in casa già preparato per ogni evenienza, per esempio se la *vergüenza* colpisce di notte.

<sup>(36)</sup> Secondo alcuni, con la mano sinistra.

<sup>(37)</sup> (IMBERTON DENEKE G. M. 2000), che ha studiato la *vergüenza* fra i Choles del Chiapas, propende invece per una interpretazione di questa malattia in termini di concorrenza fra le persone che vivono in un contesto marcato dalla scarsità delle risorse e da forti disegualianze sociali.

<sup>(38)</sup> Questa precisazione intende in qualche modo corrispondere a una importante osservazione di Menéndez che individua in molte etnografie «una sorta di malinteso secondo il quale la rappresentazione esprime isomorficamente la pratica» e invita i ricercatori sul campo a tenere conto delle «differenze ed anche discrepanze» che esistono invece tra le rappresentazioni e le pratiche (MENÉNDEZ E. L. 1996: 129-130).

<sup>(39)</sup> Anche i pochi che affermano di non credere nell'esistenza della *vergüenza* la conoscono e la raccontano negli stessi termini di coloro, la maggioranza, che invece ci credono.

<sup>(40)</sup> Quasi cinquanta anni fa de Martino così scriveva delle terapie popolari delle malattie causate dalla fascinazione: «In senso psicologico-protettivo le pratiche magiche hanno sempre successo per coloro che vi sono impegnati, e in senso psicosomatico possono anche facilitare la guarigione: ma ciò che le mantiene è la regolarità del successo psicologico-protettivo e non la eccezionalità e la irregolarità delle effettive guarigioni organiche» (DE MARTINO E. 1966 [1959]: 24).

<sup>(41)</sup> A titolo di esempio si riporta la traduzione in spagnolo di uno dei *rezos* che abbiamo raccolto a Temalac e che si apre con una sorta di invocazione alla vergogna: «*Vergüenza, vergüenza / que es lo que te avergonzó? / te avergonzó tu cabello o tu trenza / o te avergonzó tu sombrero / o tu sarape te avergonzó / o te avergonzó tu guarache / nada más eso te avergonzó? / por ahí pasé / rien, hacen tortillas, comen / el comisario está con su cara enojada / yo no me avergonzé / y a ti nada más eso te dió vergüenza? [Vergogna, vergogna / cos'è che ti ha fatto vergognare? / ti hanno fatto vergognare i tuoi capelli o la tua treccia / o ti ha fatto vergognare il tuo cappello / o ti ha fatto vergognare il tuo scialle / o ti hann fatto vergognare i tuoi sandali / solo questo ti ha fatto vergognare? / sono passato di là / ridono, fanno tortillas, mangiano / il commissario sta con la sua faccia arrabbiata / io non mi sono vergognato / e a te solo questo ti ha fatto vergognare?]*». Lo spagnolo *vergüenza* traduce il nahuatl *pipinahuiztli*, un vocabolo di cui sarebbe utile approfondire l'analisi: nel *Vocabulario en lengua castellana y mexicana* di Alonso de Molina e nelle opere di Bernardino di Sahagún *pinahuiz* significa «*genitali esterni sia maschili che femminili*», «*las vergüenzas*» (LÓPEZ AUSTIN A. 1996 [1980]: II, 177). Lo stesso Bernardino A. de Sahagún, però, parla del «*mal agüero que tomaban los naturales desta Nueva España cuando encontraban con una sabandija o gusano que la llaman pinahuizt [cattivo presagio che i nativi della Nuova Spagna traevano quando incontravano con un animaletto che chiamano pinahuizt]*» descrivendo così la credenza che lo riguardava: «*Cuando quiera que esta sabandija entraba en la casa de alguno, o alguno la encontraba en el camino, luego concebía en su pecho que aquello era señal que había de caer en enfermedad, o que algún mal le había de venir, o que le había alguno de afrontar o avergonzar [sottolineatura mia]. Y para en remedio desto hacia la ceremonia que se sigue: tomaban aquella sabandija y hacían dos rayas en cruz en el suelo, y poníala en medio dellas, y escupíala [sottolineatura mia] y luego decían estas palabras que se siguen, enderezándolas a aquella sabandija: "¿A qué has venido? Quiero ver a qué has venido" y luego se ponía a mirar hacia a qué parte iría aquella sabandija [Quando questo animaletto entrava nella casa di qualcuno, o qualcuno lo incontrava lungo il cammino, pensava che quello era*

il segnale che si sarebbe ammalato, o che lo avrebbe colto qualche male, o che qualcuno lo avrebbe affrontato o fatto vergognare. Per porre rimedio a ciò eseguiva la seguente cerimonia: prendevano quell'animaletto, tracciavano due righe in croce per terra e lo mettevano al centro, gli sputavano sopra e poi dicevano le seguenti parole rivolgendole all'animaletto: "Che sei venuto a fare? Voglio vedere che sei venuto a fare" e poi si metteva a guardare verso dove si sarebbe diretto l'animaletto» (DE SAHAGÚN B. 1988: I, 292-293). Le stesse notizie, compreso il fatto che gli indigeni sputavano sull'animale oppure gli gettavano addosso un po' di *pulque* per, dicevano, ubriacarlo, sono riportate anche, alla metà del secolo XVII, da Jacinto de la Serna (DE LA SERNA J. 1953 [1892]: 224).

## Bibliografia

- ACTORES SOCIALES DE LA FLORA MEDICINAL EN MÉXICO (2000), *Plantas medicinales de Copalilloj Temalac, Guerrero*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México (Serie Patrimonio Vivo, n. 5).
- BARTOLI Paolo (1985), *Farmaci e sacramenti. Organizzazione sanitaria e parroci di campagna nella seconda metà dell'Ottocento*, "Sanità Scienza e Storia", n. 2, 1985, pp. 121-139.
- BARTOLI Paolo (1989), *La medicina popolare e la costruzione del sistema sanitario pubblico nello Stato unitario italiano*, pp. 23-30, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano.
- BARTOLI Paolo - FALTERI Paola (1983), *Il corpo conteso. Medicina "ufficiale" e medicina "popolare" a Magione*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, 1983, pp. 57-66.
- BARTOLI Paolo - FALTERI Paola (1987), *La medicina popolare in Umbria dalla fine dell'800 a oggi: permanenze e trasformazioni*, pp. 167-208, in PASTORE Alessandro - SORCINELLI Paolo (curatori), *Sanità e società. Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, secoli XVI-XX*, Casamassima, Udine.
- BASTIDE Roger (1970), *Mémoire collective et sociologie du bricolage*, "L'Année Sociologique", n. 21, 1970, pp. 65-108.
- BONFILL BATALLA Guillermo (1994), *México profundo. Una civilización negada*, Grijalbo, México.
- CAMARGO MARTINEZ Abbdel (2002), *Migrante de retorno ¿volver a lo mismo? Transformaciones culturales y el dilema del retorno en Temalac, Gro. México, tesis de licenciatura en Antropología social*, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- CHARUTY Giordana (1997), *L'invention de la médecine populaire*, "Gradhiva", n. 22, 1997, pp. 45-57.
- COMELLES Josep Maria (1996), *Da superstizione a medicina popolare. La transizione da un concetto religioso a un concetto medico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, 1996, pp. 57-87.
- CSORDAS Thomas - KLEINMAN Arthur (1990), *The therapeutic process*, pp. 11-25, in JOHNSON Thomas - SARGENT Carolyn (curatori), *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Praeger, Westport (CT) - London.
- DE CERTEAU Michel (1990), *L'invention du quotidien. I Arts de faire, nouvelle édition établie et présentée par Luce GIARD*, Gallimard, Paris.
- DE LA SERNA Jacinto (1953 [1892]) *Manual de ministros de indios para el conocimiento de sus idolatrías y extirpación de ellas*, Ediciones Fuente Cultural, México.
- DE MARTINO Ernesto (1958 [1948]), *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, II ediz., Einaudi, Torino.
- DE MARTINO Ernesto (1953), *Etnologia e cultura nazionale negli ultimi dieci anni*, "Società", n. 3, 1953, pp. 313-342.
- DE MARTINO Ernesto (1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano.
- DE MARTINO Ernesto (1966 [1959]), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.

- DE SAHAGÚN Bernardino (1988), *Historia general de las cosas de Nueva España*, 2 voll., Alianza Editorial, Madrid.
- DI NOLA Alfonso M. (1983), *La medicina popolare: questioni di metodo*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, 1983, pp. 7-12.
- DOW James (1986), *Universal aspects of symbolic healing: a theoretical synthesis*, "American Anthropologist", vol. 88, n. 1 marzo 1986, pp. 56-69.
- FOSTER George (1980), *Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana*, pp. 123-147, in KENNY Michael - DE MIGUEL Jesús (curatori), *La antropología médica en España*, Anagrama, Barcelona.
- GONZÁLEZ CHÉVEZ Lilian (1996), *Terapia manual en la medicina doméstica*, pp. 201-230, in MALVIDO E. - MORALES M. E. (curatori), *Historia de la salud en México*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- GONZÁLEZ CHÉVEZ Lilian (2000), *Interpretación y cura del empacho en la medicina doméstica*, pp. 232-253, in CAMPOS NAVARRO Roberto (curatore), *El empacho en la medicina mexicana. Antología (siglos XVI-XX)*, Instituto Nacional Indigenista, México.
- GREENWOOD Davydd (2000), *De la observación a la investigación-acción participativa: una visión crítica de las prácticas antropológicas*, "Revista de Antropología Social", n. 9, 2000, pp. 27-49.
- GRUZINSKI Serge (1988), *La colonisation de l'imaginaire. Sociétés indigènes et occidentalisation dans le Mexique espagnol (XVI-XVIII siècle)*, Gallimard, Paris.
- GUASCH Oscar (1995), *Observación participante*, Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, (Cuadernos Metodológicos, 20).
- HAMMERSLEY Martyn - ATKINSON Paul (1983), *Ethnography. Principles in practice*, Routledge, London-New York.
- HARO ENCINAS Jesús Armando (2000), *Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud*, pp. 101-161, in PERDIGUERO Enrique - COMELLES Josep M. (curatori), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Bellaterra, Barcelona.
- HERSCH MARTÍNEZ Paul (1996), *Destino común: los recolectores y su flora medicinal. El comercio de la flora medicinal desde el suroccidente poblano*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- HERSCH MARTÍNEZ Paul (2000), *Plantas medicinales: relato de una posibilidad confiscada. El estatuto de la flora en la biomedicina mexicana*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- HERSCH MARTÍNEZ Paul (2003), *Actores sociales de la flora medicinal en México*, "Universidad de México. Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México", n. 629, 2003, pp. 30-36.
- HERSCH MARTÍNEZ Paul - GONZÁLEZ CHÉVEZ Lilian - GARCÍA FAJARDO Francisco (1998), *Vergüenza y aires de basura: algunas implicaciones simbólicas en dos entidades nosológicas de raigambre prehispánica*, ponencia presentada en la XXV Mesa Redonda de la Sociedad Mexicana de Antropología (San Luis Potosí, 12-18 de julio de 1998), dattiloscritto.
- HERSCH MARTÍNEZ Paul - GONZÁLEZ CHÉVEZ Lilian - GARCÍA FAJARDO Francisco (in corso di stampa), *Refiguración histórica del sentimiento de vergüenza entre los nahuas. Su análisis a través de una entidad nosológica en Copalillo, Guerrero*, in LAGARRIGA I. - RAJSBAUM A. (curatori), *Aspectos de antropología y psicología en México*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México (in corso di stampa).
- IMBERTON DENEKE Gracia María (2000), *La vergüenza: una enfermedad entre los Choles de Chiapas*, "Thule. Rivista italiana di studi americanistici", n. 8/9, 2000, pp. 223-244.
- JORGENSEN Danny L. (1989), *Participant observation. A methodology for human studies*, Sage, Newbury Park (CA) - London - New Delhi.
- KIRMAYER Laurence (1993), *Healing and the invention of metaphor: the effectiveness of symbols revisited*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", n. 2, 1993, pp. 161-195.
- LÉVI-STRAUSS Claude (2003 [1962]), *Il pensiero selvaggio*, Net, Milano.
- LIONETTI Roberto (1993), *Etica e dialettica della valutazione. Alcune osservazioni sullo studio della efficacia terapeutica nei progetti di cooperazione sanitaria*, "I Fogli di ORISS. Luoghi e lingue di confine tra antropologia e psicologia, medicina e psichiatria", n. 1, 1993, pp. 13-33.
- LÓPEZ AUSTIN Alfredo (1996 [1980]), *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, 2 voll., Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- LOUX Françoise (1990), *Traditions et soins d'aujourd'hui. Anthropologie du corps et professions de santé*, II édition revue et corrigée, InterEditions, Paris.
- LUPO Alessandro (1998), *Postille sulle trasformazioni della medicina tradizionale in Messico*, pp. 185-214, in LUPO Alessandro (curatore), *La cultura plurale: riflessioni su dialoghi e silenzi in Mesoamerica*, CISU, Roma, (Quaderni de "L'Uomo", n. 2).
- MARTÍNEZ HERNÁEZ Angel - COMELLES Josep María (1994), *La medicina popular: ¿Los límites culturales del modelo médico?*, "Revista de Dialectología y Tradiciones Populares", n. 49, 1994, pp. 109-136.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1984), *El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud*, "Arxiu d'Etnografia de Catalunya", n. 3, 1984, pp. 83-119.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuadernos de la Casa Chata, 179).
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1992), *Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes*, pp. 141-185, in CAMPOS NAVARRO Roberto (curatore), *La antropología médica en México*, 2 voll., vol. I, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1994), *La enfermedad y la curación: ¿Que es medicina tradicional?*, "Alteridades", n. 7, 1994, pp. 71-83.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1996), *Struttura sociale e struttura di significato nel processo salute/malattia/cura: il punto di vista dell'attore*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 111-140.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1997), *Holísticos y especializados: los usos futuros de la Antropología*, "Nueva Antropología", n. 52, 1997, pp. 9-37.
- MÓDENA María Eugenia (1990), *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Ediciones de la Casa Chata, México.
- OSORIO CARRANZA Rosa María (2001), *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, CIESAS - INAH - INI, México.
- RUBEL Arthur - O'NEILL Carl - COLLADO-ARDÓN Rolando (1991), *Susto, a folk illness*, University of California Press, Berkeley-Oxford.
- RUIZ DE ALARCÓN Hernando (1953 [1629]), *Tratado de las supersticiones y costumbres gentilíscas que hoy viven entre los indios naturales de esta Nueva España*, Ediciones Fuente Cultural, México.
- SCHÉPER-HUGHES Nancy (2000), *Il sapere incorporato: pensare il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, pp. 281-295, in BOROFKY Robert (curatore), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma.
- SEPPILLI Tullio (1983), *La medicina popolare in Italia: avvio a una nuova fase della ricerca e del dibattito*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, ottobre 1983 (numero monografico su *La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPPILLI), pp. 3-6.
- SEPPILLI Tullio (curatore) (1983), *La medicina popolare in Italia*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, 1983 (numero monografico), pp. 3-136.
- WARMAN Arturo (2003), *Los indios mexicanos en el umbral del milenio*, Fondo de Cultura Económica, México.
- ZOLLA Carlos (curatore) (1994), *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, 2 voll., Instituto Nacional Indigenista, México.

## Scheda sull'Autore

Paolo Bartoli, nato a Foligno (provincia di Perugia) il 3 settembre 1943, è professore associato di antropologia culturale (Facoltà di lettere e filosofia), Sezione antropologica

del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia. Per molti anni ha collaborato con il Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario (CSESI), della Università degli studi di Perugia, svolgendo attività di docente in numerosi corsi di formazione in salute pubblica e in educazione sanitaria organizzati da istituzioni sanitarie e universitarie italiane e spagnole. Dal 1995 è docente nel Master di antropologia della medicina, presso la Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona (Catalunya, Spagna).

Ha condotto ricerche nel campo dei processi di socializzazione e inculturazione, dei modelli culturali connessi alla solitudine abitativa nella società dei consumi (in collaborazione con altri, *Una nuova solitudine. Vivere soli tra liberazione e integrazione*, Savelli, Roma, 1981), della condizione giovanile (*Giovani del silenzio. Una ricerca sulle rappresentazioni sociali del disagio giovanile a San Giustino*, Protagon, Perugia, 1990) e soprattutto su temi di antropologia medica. In quest'ultimo ambito le sue principali direttrici di ricerca concernono: modelli culturali di salute e malattia; dinamiche dell'incontro-scontro fra medicina ufficiale e medicina popolare in Italia; organizzazione sanitaria come apparato di controllo sociale; conoscenze, atteggiamenti e comportamenti connessi alla prevenzione della tossicodipendenza e dell'Aids; effetti delle campagne di educazione sanitaria sui comportamenti del pubblico; contributo della antropologia culturale agli interventi di educazione alla salute. Fra i relativi lavori si segnalano: (in collaborazione con Paola FALTERI), *Il corpo conteso. Medicina "ufficiale" e medicina "popolare" a Magione*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, ottobre 1983 (numero dedicato a *La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPPILLI), pp. 57-66 / *Farmaci e sacramenti. Organizzazione sanitaria e parroci di campagna nella seconda metà dell'Ottocento*, "Sanità, Scienza e Storia", n. 2, 1985, pp. 121-139 / *Antropologia culturale ed educazione sanitaria. Considerazioni su una esperienza didattica*, "Antropologia Medica. Per un confronto di culture sui temi della salute", n. 1, maggio 1986, pp. 13-16 / (in collaborazione con Paola FALTERI), *La medicina popolare in Umbria dalla fine dell'800 ad oggi: permanenze e trasformazioni*, pp. 167-208, in PASTORE Alessandro - SORCINELLI Paolo (curatori), *Sanità e società. Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio. Secoli XVI-XX*, Casamassima, Udine, 1987 / *La medicina popolare e la costruzione del sistema sanitario pubblico nello Stato unitario italiano*, pp. 23-30, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano, 1989 / *Antropologia en la educación sanitaria*, "Arxiu d'Etnografia de Catalunya", n. 7, 1989, pp. 17-24 / (in collaborazione con Paola FALTERI), *Usage social de l'anthropologie. Pour un éloge de la formation*, "Ethnologie Française", tomo 24, n. 3, luglio-settembre 1994, pp. 531-548 (numero dedicato a *Italia. Regards d'antropologues italiens*, a cura di Françoise LOUX e Cristina PAPA) / in collaborazione con Paola FALTERI - Françoise LOUX - Francine SAILLANT, ha pubblicato in questa stessa rivista "AM", nel n. 3-4, ottobre 1997, "Non fissare il ciclo stellato". *Le verruche nella medicina popolare in Italia, Francia e Québec*, pp. 103-144.

In anni più recenti ha condotto ricerche sul campo incentrate sulle pratiche di attraversamento del fuoco (*firewalking*); esse hanno riguardato sia le pratiche "moder-



ne” che si realizzano in Umbria (*Firewalkers de l'Europe de l'Ouest. Experience du corps et quête de sens*, “*Europaea. Journal des Européanistes / Journal of the Europeanists*”, vol. II, n. 2, 1996, pp. 61-84, e vol. III, n. 1, 1997, pp. 195-198), sia una pratica “tradizionale” che ha luogo con cadenza annuale nel villaggio di San Pedro Manrique (Soria, Spagna) in occasione della festa di San Giovanni (*La prova del fuoco. Contesti culturali e tecniche del corpo nella pratica del firewalking*, “*AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*”, n. 5-6, ottobre 1998, pp. 41-82). Sul *paso del fuego* di San Pedro Manrique ha realizzato un documentario etnografico (*El paso del fuego. La festa di San Giovanni a San Pedro Manrique*, formato Umatic, durata 56 minuti).

Ha condotto ricerche sui problemi di integrazione degli immigrati nel contesto umbro, in particolare per quanto riguarda l'accesso e le modalità di fruizione del servizio sanitario pubblico (in collaborazione con Caterina PASQUINI e César ZÚNIGA VALLE, *Health-seeking behaviors of immigrants in Umbria. Practices of domestic management of health and illness and recourse to health and social services*, “*AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*”, n. 11-12, ottobre 2001, pp. 255-271).

Da qualche anno collabora con l'Instituto nacional de antropología e historia (INAH) del Messico a una ricerca sulle pratiche di autocura e il ricorso ai guaritori tradizionali in alcune comunità rurali del Messico (*Antropologi, amas de casa e curanderos: appunti da una ricerca in corso in una comunità nahua dello stato di Guerrero (Messico)*, *Atti del XXIII Congresso internazionale di americanistica (Perugia, 4-6 maggio 2001)*, “*Quaderni di Thule. Rivista italiana di studi americanistici*”, n. 1, luglio 2002, pp. 333-338).

Al di fuori dell'ambito dell'antropologia medica ha recentemente lavorato sulle lapidi commemorative della città di Perugia nel quadro dei processi sociali di costruzione della memoria e della identità locale (*Tecnologie della memoria, politiche dell'identità*, pp. 9-28, in BARTOLI PAOLO (curatore), *Parole di Pietra. Le lapidi commemorative a Perugia dal 1860 al 2004*, Benucci, Perugia, 2004).

È socio fondatore e membro del Consiglio direttivo della Società italiana di antropologia medica (SIAM) ed è membro del Comitato scientifico e del Comitato di redazione di “*AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*”.

## Riassunto

### *Aspettando il dottore? Riflessioni su una ricerca di antropologia medica in Messico*

Facendo riferimento a una ricerca di antropologia medica condotta in collaborazione con l'Instituto nacional de antropología e historia (INAH) del Messico, l'articolo discute una serie di questioni teorico-metodologiche che riguardano in modo particolare lo statuto della medicina tradizionale e le relazioni di reciprocità che si stabiliscono fra antropologi medici e nativi. Sul campo la cosiddetta medicina tradizionale si presenta completamen-

te incorporata negli scenari della vita quotidiana e si lascia osservare soltanto insieme alle carenze dell'assistenza medica e insieme alla precarietà delle condizioni economiche e igieniche della popolazione. In questo quadro l'oggetto proprio o primo dello sguardo dell'antropologo non è un astratto inventario o un repertorio sistematico e strutturato di credenze e pratiche tradizionali, bensì un insieme eterogeneo, provvisorio e mutevole di interpretazioni e di azioni messe in campo dalle persone per fronteggiare la sofferenza e la malattia. Si sottolinea l'impossibilità di considerare la medicina tradizionale (in questo caso di alcune comunità indigene del Messico) come un patrimonio culturale immutabile e immune da contaminazioni, omogeneo e coerente e si osserva come, nelle strategie locali di difesa della salute, si intrecciano una pluralità di risorse che vanno dalla medicina tradizionale (intesa sia come medicina domestica che come attività dei *curanderos*) al medico del *Centro de salud* e, spesso, agli stessi antropologi sul campo quando, come nel caso in questione, questi hanno anche una formazione medica.

Nella seconda parte dell'articolo si presentano alcune considerazioni relative alla questione della efficacia della medicina tradizionale a partire da dati di ricerca riguardanti "malattie" come l'*enfado* e la *vergüenza*.

## Résumé

### *En attendant le médecin? Réflexions sur une recherche d'anthropologie médicale au Mexique*

En prenant comme référence une recherche d'anthropologie médicale menée en collaboration avec l'Instituto nacional de antropología e historia (INAH) du Mexique, cet article aborde une série de questions théorico-méthodologiques concernant notamment le statut de la médecine traditionnelle et les rapports de réciprocité instaurés entre les médecins anthropologues et les autochtones. Sur le terrain, la médecine dite traditionnelle semble complètement incorporée aux scénarii de la vie quotidienne et on ne l'observe qu'à travers les carences de l'assistance médicale et la précarité des conditions d'économie et d'hygiène de la population. Dans ce contexte, l'objet propre ou premier du regard de l'anthropologue n'est ni un inventaire abstrait ni un répertoire systématique et structuré de croyances et de pratiques traditionnelles mais bien un ensemble hétérogène, provisoire et changeant d'interprétations et d'actions mis en place par les gens pour faire face à la souffrance et à la maladie. L'Auteur souligne l'impossibilité de considérer la médecine traditionnelle (en l'occurrence de quelques communautés indigènes du Mexique) comme un patrimoine culturel immuable, à l'abri des contaminations, homogène et cohérent; il constate aussi, dans les stratégies locales de protection de la santé, l'entrelacement de plusieurs ressources allant de la médecine traditionnelle (entendue à la fois comme médecine domestique et activité des *curanderos*) au médecin du *Centro de salud* et souvent aux anthropologues eux-mêmes lorsque ces derniers, comme c'est le cas ici, ont aussi une formation médicale.

Dans la deuxième partie de l'article, l'Auteur propose quelques considérations sur la question de l'efficacité de la médecine traditionnelle à partir de données de recherche concernant des "maladies" comme l'*enfado* et la *vergüenza*.

## Resumen

### *¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México*

Refiriéndose a una investigación de antropología médica llevada a cabo en colaboración con el Instituto nacional de antropología e historia (INAH) de México, el artículo plantea una serie de temas teóricos y metodológicos que atañen concretamente al estatuto de la medicina tradicional y las relaciones de reciprocidad que se producen entre antropólogos médicos y nativos. En el campo, la llamada medicina tradicional se presenta completamente incorporada a los escenarios de la vida diaria y se deja observar tan sólo junto a las carencias de la atención médica y junto a las precariedades de las condiciones económicas e higiénicas de la población. En dicho marco, el objeto propio o primero de la mirada del antropólogo no es un inventario abstracto o un repertorio sistemático y estructurado de creencias y prácticas tradicionales, sino un conjunto heterogéneo, provisional y variable de interpretaciones y actuaciones realizadas por las personas para encarar el sufrimiento y la enfermedad. Se destaca la imposibilidad de considerar la medicina tradicional (en este caso de algunas comunidades indígenas de México) como un legado cultural inmutable e inmune a las contaminaciones, homogéneo y consecuente, y se observa que, en las estrategias locales de defensa de la salud, se entrelaza un sinfín de recursos que van desde la medicina tradicional (entendida como medicina doméstica y como actividad de los curanderos) hasta el médico del Centro de salud y, a menudo, hasta los propios antropólogos en el campo, cuando, como en el caso que nos ocupa, éstos también tienen una formación médica.

En la segunda parte del artículo se presentan algunas reflexiones sobre el tema de la eficacia de la medicina tradicional sobre la base de datos de investigación sobre "enfermedades" como el *enfado* y la *vergüenza*.

## Abstract

### *Waiting for the doctor? Considerations on a medical anthropological study in Mexico*

With reference to a study in medical anthropology carried out jointly with the Instituto nacional de antropología e historia (INAH) in Mexico, this paper examines a number of theoretical-methodological issues which especially concern the statute of traditional

medicine and reciprocal relations between medical anthropologists and the local population. In the field, so-called traditional medicine appears to be fully integrated in every-day life and can be observed mainly in situations characterised by poor healthcare, the precariousness of economic conditions and health conditions of the population. Given such a framework, the main subject of interest for an anthropologist is not an abstract inventory or systematic structured register of traditional beliefs and practices, rather a heterogeneous, provisional and changeable collection of interpretations and actions deployed by people to better handle suffering and illness. The paper also highlights the impossibility to conceive traditional medicine (in this case, the medicine practiced by various indigenous communities in Mexico) as an immutable cultural heritage which is also homogeneous and consistent, immune from contamination; one cannot but note that the local strategies employed to protect the health of a community make use of a number of resources which range from traditional medicine (in the sense of domestic medicine and the activities of the *curanderos*) to the doctors practicing at the *Centro de salud* and, frequently, even anthropologists in the field if, as in the case in question, the same have a medical background and training.

The second part of the paper includes a number of considerations concerning the question of the efficacy of traditional medicine starting from research data which concerns “disorders” like the *enfado* and *vergüenza*.

## *Le concezioni del cancro tra gli indigeni maya del Chiapas, Messico*

**Lorenza Menegoni**

antropologa, Ph.D.

Il presente articolo espone i risultati di una ricerca sulle interpretazioni culturali del cancro, che ho condotto tra gli indigeni tzeltal e tzotzil (Maya) del Chiapas, nel Messico meridionale, nella primavera del 1992. Questi due gruppi linguistici occupano la parte centrale dell'Altipiano del Chiapas – comunemente chiamato Los Altos. La vasta area include l'entroterra della città di San Cristóbal de Las Casas, il principale centro di cultura ispanica della regione (110.000 abitanti), come pure centro economico e commerciale verso il quale gravitano le comunità indigene dell'Altipiano. La popolazione tzeltal e tzotzil ammonta approssimativamente a 500.000 persone e vive distribuita in 17 unità territoriali di origine coloniale, chiamate *municipios*. I municipi indigeni comprendono un centro municipale, o *cabecera*, che è la sede degli organi amministrativi locali, ed una serie di piccoli villaggi dispersi sui pendii più pianeggianti delle valli. L'economia è basata principalmente sull'agricoltura di sussistenza (mais e fagioli) ed è integrata con l'allevamento degli ovini, l'artigianato (tessuti e terracotte), alcune piccole attività commerciali e, là dove le condizioni climatiche lo permettono, la coltivazione su piccola scala del caffè.

I Maya del Chiapas sono entrati drammaticamente sulla scena con l'insurrezione zapatista del 1994, che ha portato all'attenzione internazionale le condizioni di povertà ed emarginazione delle comunità indigene. Questo conflitto ha messo in luce, ancora una volta, il precario stato di salute della popolazione maya e il perdurare delle cosiddette "malattie della povertà": malnutrizione, malattie parassitarie e infettive, alta mortalità infantile, ecc. Sebbene i programmi di assistenza medica fossero presenti nelle comunità indigene, anche se in gradi diversi, non erano sufficienti a migliorare la situazione. In assenza di un programma articolato e globale di sviluppo economico e sociale, i servizi medici non potevano da soli incidere positivamente sulle condizioni di salute delle comunità. Le rivendicazioni del movimento zapatista per una maggior partecipazione politica e sociale

hanno incluso, fin dall'inizio, la richiesta di servizi medici più adeguati e di tutti quelli interventi atti ad innalzare gli standard di vita e di salute della popolazione rurale. Oggi, a dieci anni dall'inizio del conflitto, vari fattori indicano un deterioramento drammatico delle condizioni di salute a causa delle conseguenze della guerra sull'economia locale e sulla vita sociale, come pure a causa della progressiva paralisi dei servizi medici pubblici. Per far fronte a questa situazione, in alcune aree de Los Altos, il movimento zapatista ha iniziato da tempo a fornire autonomamente medicina di base alle comunità con il supporto di varie organizzazioni internazionali.

Per la diversità etnica e la ricchezza di espressioni culturali, l'Altipiano Centrale del Chiapas ha sempre esercitato un forte richiamo e ha offerto ampie possibilità per la ricerca antropologica. Tra le maggiori etnografie si possono citare i lavori di Cancian (CANCIAN F. 1965), Vogt (VOGT E. 1969) e Nash (NASH J. 1970) che, assieme ad altre numerose pubblicazioni, hanno delineato gli aspetti generali della cultura dei Tzeltal e dei Tzotzil. Tuttavia, mentre le opere a carattere generale contengono molti dati relativi alle credenze e alle pratiche mediche indigene, i lavori più specifici sono stati relativamente pochi. Le maggiori monografie a carattere medico-antropologico hanno analizzato le concezioni delle malattie e la cura sciamanica (FABREGA H. Jr. - SILVER D. B. 1973); il pluralismo medico, cioè l'uso alterno della medicina tradizionale e di quella occidentale (HOLLAND W. 1963); gli effetti del cambiamento religioso (Protestantesimo) sulle pratiche mediche (HARMAN R. 1974). Seppur ampi e dettagliati, questi lavori non hanno dato molto spazio all'analisi delle concrete condizioni di salute nelle comunità indigene o allo studio di malattie particolarmente frequenti o molto gravi. Le ricerche sul problema della tubercolosi, che ho svolto nel Chiapas nel 1987-1988, avevano come scopo quello di considerare anche questi aspetti, esaminando non solo le concezioni mediche tradizionali, ma anche l'incidenza di vari tipi di malattie e l'organizzazione dei servizi sanitari (MENEGONI L. 1991, 1996). Anche le ricerche più recenti di Elois e Brent Berlin sulle conoscenze botaniche degli indigeni tzeltal e tzotzil hanno seguito una simile linea di indagine. La loro opera, *Medical ethnobiology of the Highland maya* (BERLIN E. A. - BERLIN B. 1996), rappresenta uno studio ampio e sistematico delle classificazioni indigene delle diarree e dei disturbi intestinali e dei rimedi botanici utilizzati per curarli. Anche se prevalentemente ad orientamento socio-culturale, le ricerche di Eber sul problema dell'alcoolismo contengono molti dati rilevanti per lo studio dei problemi di salute in generale (EBER C. 1995, 2001).

Nel corso della mia ricerca sulla tubercolosi (febbraio 1987 - luglio 1988), avevo lavorato soprattutto con una popolazione indigena di religione prote-

stante, fortemente orientata verso la medicina occidentale. Le mie ricerche si erano svolte nella comunità tzeltal di Yochib (municipio di Oxchuc) e tra un gruppo di indigeni tzotzil, che si erano rifugiati a San Cristóbal a causa del conflitto religioso nella loro comunità di origine, Chamula. La mia ricerca sulle concezioni del cancro, invece, si è svolta principalmente tra una popolazione di religione maya tradizionale ed è quindi complementare rispetto alla precedente. Trattandosi di una ricerca a breve termine (maggio e giugno del 1992), lo studio si è basato per la maggior parte su contatti diretti e interviste con vari guaritori e levatrici indigeni in differenti comunità. L'articolo esamina prima i dati epidemiologici riguardanti l'incidenza del cancro nella regione de Los Altos. Successivamente, presenta le mie osservazioni circa la comprensione di questa malattia e le reazioni emotive di alcuni pazienti indigeni con diagnosi di cancro. La parte centrale dell'articolo analizza un gruppo di categorie etnomediche che si riferiscono a processi di crescita e/o degenerazione di organi e tessuti.

In anni recenti, il problema del cancro è diventato oggetto di un crescente numero di studi in antropologia medica. A causa dell'elevata incidenza di questa malattia nei paesi industrializzati, gli antropologi hanno lavorato soprattutto con popolazioni occidentali o occidentalizzate. Per esempio, Balslem (BALSLEM M. 1991) ha esaminato le percezioni e atteggiamenti verso il cancro tra i membri della classe operaia in una comunità degli Stati Uniti. Chavez *et al.* (CHAVEZ L. R. *et al.* 1995) hanno condotto uno studio comparato delle percezioni del rischio di cancro cervicouterino e mammario tra le donne americane e quelle ispaniche residenti negli Stati Uniti. Seguendo una diversa linea di indagine, Good M. J. *et al.* (GOOD M. J. *et al.* 1990) hanno analizzato il discorso sul cancro nell'oncologia americana. In due diversi articoli, Hunt ha discusso i modelli interpretativi del cancro tra gli oncologi messicani nella città di Oaxaca (HUNT L. M. 1994) e tra i pazienti di estrazione sia meticcia che indigena nella stessa città (HUNT L. M. 1998).

Questo articolo discute il problema del cancro tra una popolazione indigena solo parzialmente familiare con i concetti medici occidentali. Sebbene il cancro non sia una malattia nuova nel Chiapas, la cultura medica indigena non possiede dei concetti adeguati per riconoscerne le manifestazioni. Questo articolo si propone due obiettivi: illustrare come i principi ideologici nativi influenzino le percezioni del cancro degli indigeni maya; stabilire se le categorie indigene che si riferiscono alla crescita o degenerazione di parti del corpo possano, in certi casi, avere una relazione con il cancro come definito dalla medicina scientifica. L'analisi di queste categorie potrebbe fornire delle indicazioni utili all'elaborazione di campagne di in-

formazione per gli indigeni che siano culturalmente sensibili e quindi più accettabili. Potrebbe inoltre aiutare il personale medico a valutare e riconoscere in modo più efficace la presenza di casi di cancro tra la popolazione indigena.

### *Metodi*

I dati epidemiologici relativi al periodo della mia ricerca sono stati tratti dagli archivi dei due maggiori ospedali di San Cristóbal, l'Ospedale generale della Secretaría de salud (Ministero messicano della salute) e l'Ospedale rurale del Programma IMSS-Solidaridad<sup>(1)</sup>. Ai fini del presente articolo, questi dati sono stati aggiornati con le statistiche più recenti derivanti dal sito web della Secretaría de salud del Chiapas (si veda più avanti). Oltre a consultare i registri ospedalieri, ho avuto frequenti contatti con il personale medico locale e questi mi hanno permesso di ampliare la mia indagine e inquadrare il problema del cancro nei suoi vari aspetti.

I dati riguardanti le percezioni e atteggiamenti degli indigeni nei confronti di questa malattia sono stati raccolti attraverso le interviste con alcuni pazienti con diagnosi di cancro (cinque pazienti). Il difficile caso di un bambino tzotzil, affetto da un cancro avanzato all'occhio, mi ha permesso di osservare più da vicino il processo mediante il quale gli indigeni prendono coscienza della natura di questa malattia, come indirizzano la loro ricerca della terapia e quali ostacoli incontrano in tale ricerca. Alcuni pazienti con cancro mi sono stati indicati dai medici, altri da amici e informatori. I contatti e le interviste con loro sono stati condotti in spagnolo o con l'aiuto di interpreti bilingui. Per la diversità di situazioni umane e la gamma di emozioni espresse da questi pazienti, le loro interviste saranno analizzate dettagliatamente in una sezione separata.

Lo studio delle nozioni tradizionali relative ai processi di crescita e/o degenerazioni di parti del corpo ha costituito la parte più estesa della mia ricerca. Questi dati sono stati raccolti attraverso le interviste con i guaritori e le levatrici locali in varie comunità indigene<sup>(2)</sup>. I miei informatori più importanti di lingua tzotzil hanno incluso quattro guaritori originari di Chenalhó, Zinacantán, Chamula e La Ventana (un villaggio nel municipio di Chamula). Questi guaritori erano molto conosciuti nelle loro comunità, come pure a San Cristóbal. Due di loro erano membri dell'OMIECH, un'organizzazione creata dai guaritori indigeni per preservare le loro tradizioni. Tre dei miei informatori erano delle persone altamente bilingui, che



avevano viaggiato estesamente al di fuori delle loro comunità; due di loro avevano lavorato con antropologi stranieri nel passato. Oltre ai guaritori, ho intervistato alcune levatrici tzotzil a Chenalhó, Zinacantán e Larráinzar (o San Andrés, come lo chiamano gli indigeni dal nome del santo patrono).

Nei centri municipali tzeltal ho potuto intervistare soltanto le levatrici indigene (cinque levatrici originarie di Amatenango, Tenejapa e Cancuc). Non ho potuto invece intervistare i guaritori, o per difficoltà pratiche o perché questi si mantenevano nell'ombra a causa delle frequenti accuse di stregoneria mosse nei loro confronti. Nel centro municipale di Oxchuc ho intervistato una guaritrice indigena di fede protestante, che diagnosticava e curava le malattie mediante l'imposizione delle mani. In questo municipio, la medicina tradizionale ha subito un declino in conseguenza della conversione in massa al Protestantismo tra il 1950 e il 1955. Tale processo era stato iniziato da alcuni missionari statunitensi, appartenenti alla Chiesa Presbiteriana, i quali hanno introdotto l'uso della medicina occidentale e osteggiato le pratiche mediche tradizionali, fondate in gran parte sulla stregoneria come forma di controllo sociale (si veda, HARMAN R. 1974; MENEGONI L. 1993).

La mia indagine ha incluso anche levatrici di cultura ispanica o *ladina*. Nel Chiapas si definiscono *ladinos* le persone di discendenza spagnola o mista (queste ultime sono chiamate *mestizos*, cioè meticci, nel resto del Messico). La cultura *ladina* non è una cultura omogenea in quanto riflette una struttura sociale stratificata, seppur non rigida, e una diversità di influenze sia locali (indigene) che nazionali (MCVAY C. - VOGT E. 1988). Nei termini delle pratiche mediche, si possono distinguere due orientamenti predominanti: una cultura basata sulla medicina scientifica occidentale, di cui sono portatori i membri dei ceti medio-alti, e una tradizione di medicina popolare appartenente ai ceti più bassi. La medicina popolare ha i propri praticanti (*curanderos*, erboristi e levatrici) e possiede un sistema specifico di credenze circa la natura e le cause delle malattie. Secondo Manning e Fabrega (MANNING P. K. - FABREGA H. Jr. 1973), alla base della medicina popolare *ladina* c'è l'idea che i conflitti interpersonali e gli stati emotivi troppo intensi o negativi (come la rabbia, l'invidia o il risentimento) siano dei fattori determinanti nell'insorgere delle malattie. Pur possedendo le proprie caratteristiche, la medicina popolare *ladina* incorpora vari elementi della medicina scientifica, come i farmaci più comuni e alcuni semplici tipi di analisi ed esami medici. A seconda delle situazioni o del tipo di malattia, può essere utilizzata anche dalle persone che normalmente si rivolgono ai servizi medici di tipo occidentale. Infine, essa risente dell'influenza delle tradizioni mediche indigene, di cui ha assimilato varie credenze, come quelle relative all'*ojo* (malocchio), al *susto* (spavento) e alla stregoneria.

Ad esclusione di qualche municipio, come Chamula, nei centri municipali indigeni vive generalmente una popolazione *ladina* più o meno numerosa, dedita soprattutto al commercio e alla gestione di piccoli negozi. Anche se i rapporti inter-etnici sono spesso caratterizzati da atteggiamenti di superiorità e perfino disprezzo da parte dei *ladinos*, tra i due gruppi esistono molte interazioni quotidiane e molte influenze reciproche, che si manifestano anche nel campo della salute. Le levatrici *ladinas* non solo assistono le donne indigene nei parti, ma spesso condividono le credenze indigene sul malocchio, il *susto* e la stregoneria; molte di loro utilizzano le erbe medicinali conosciute dagli indigeni. Sei sono le levatrici *ladinas* da me intervistate nei centri municipali tzeltal.

Anche i paramedici indigeni hanno rappresentato una importante fonte di informazione. Alcuni di loro lavoravano nei servizi pubblici di salute, mentre altri lavoravano indipendentemente nei programmi di attenzione medica gestiti dalla Chiesa presbiteriana o dall'Azione cattolica. I paramedici tzeltal che ho intervistato (sei in tutto) provenivano da Tenejapa, Oxchuc e dalla comunità di Yochib nel municipio di Oxchuc. Tra i Tzotzil, ho intervistato soltanto un paramedico di Chamula, incaricato di un programma sanitario finanziato dal Centro di salute di San Cristóbal (servizi della Secretaría de salud). In tutti i centri municipali indigeni che ho visitato, ho avuto vari contatti e scambi di informazioni con i medici e le infermiere dei centri di salute e delle unità mediche locali<sup>(3)</sup>. Questi contatti mi hanno permesso di approfondire le problematiche relative alle condizioni di salute della popolazione indigena e mi hanno spesso fornito indicazioni importanti riguardo il problema specifico del cancro.

Oltre a intervistare i guaritori, le levatrici e i paramedici indigeni, ho raccolto altre informazioni chiedendo alle persone comuni nei vari villaggi. A San Cristóbal ho intervistato alcune persone originarie di Chamula, ma che ora vivevano nei quartieri più poveri alla periferia della città. Come molti altri indigeni di Chamula, anch'essi erano stati espulsi dai loro villaggi qualche anno prima, perché si erano convertiti al Protestantismo<sup>(4)</sup>. Negli ospedali di San Cristóbal, ho avuto degli scambi con delle persone indigene che stavano facendo visita ai loro parenti ricoverati in ospedale.

Nella maggior parte dei casi, ho potuto condurre personalmente le interviste in spagnolo e solo in quattro casi ho dovuto ricorrere all'aiuto di un interprete bilingue. Considerata la complessità dell'argomento della mia ricerca, la possibilità di comunicare direttamente con i guaritori e le levatrici indigeni ha rappresentato un grande vantaggio. Tutte le interviste estese sono state registrate e successivamente trascritte (16 interviste). Le intervi-

ste includevano una serie prestabilita di domande, ma gli intervistati erano liberi di espandere l'argomento e approfondire gli aspetti che consideravano più importanti.

### *Incidenza del cancro nell'Altipiano del Chiapas*

Come in altri paesi in via di industrializzazione, i dati sulle condizioni di salute in Messico negli ultimi decenni evidenziano una tendenza al declino delle malattie infettive e al progressivo aumento delle malattie cronicodegenerative, in primo luogo le malattie cardiovascolari, il diabete e il cancro (fonte: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx), sito web del Ministero messicano della salute). Il cancro, tuttavia, non è una malattia caratteristica soltanto delle società tecnologicamente avanzate. Vari studi hanno dimostrato che l'incidenza di certi tipi di cancro varia nel tempo e a seconda del grado di occidentalizzazione e industrializzazione (DOLL R. - ARMSTRONG B. 1981). Le forme di cancro più frequenti in Messico sono, in ordine di importanza, il cancro dei polmoni, dello stomaco, della cervice, del fegato e della prostata. Gli indici di mortalità per l'anno 2000 collocano il cancro (tutte le forme) al terzo posto nella lista delle prime dieci cause di morte<sup>(5)</sup>.

Per quanto riguarda l'incidenza del cancro nello stato del Chiapas, i dati epidemiologici relativi al 1990, ma corroborati dai dati più recenti (anno 2000), evidenziano una situazione diversa rispetto al resto del Messico. In primo luogo, i tumori maligni rappresentano la prima causa di morte nel Chiapas. In secondo luogo, il cancro gastrico è la forma più frequente di tumore maligno, sia in termini di morbilità che di mortalità<sup>(6)</sup>. Al riguardo, si può notare che l'incidenza di questa forma di cancro è diminuita enormemente nei paesi occidentali negli ultimi decenni. Le altre due forme più comuni di cancro nel Chiapas sono il cancro della cervice e del fegato. Le tre forme di cancro menzionate (stomaco, cervice e fegato) sono maggiormente tipiche dei paesi poveri; la loro eziologia è stata associata alle abitudini alimentari e ai comportamenti sessuali e riproduttivi delle società tradizionali<sup>(7)</sup>. Altre forme frequenti di cancro nel Chiapas sono il cancro dei polmoni, della prostata e del seno.

Per analizzare il problema del cancro nella regione de Los Altos, è necessario esaminare prima i dati epidemiologici relativi al periodo della mia ricerca (1992). Questi dati si riferiscono alla Giurisdizione sanitaria II, una divisione amministrativa dei servizi della Secretaría de salud del Chiapas, che comprende la città di San Cristóbal e i 17 municipi tzeltal e tzotzil

gravitanti su quella città. I dati disponibili tuttavia non forniscono un quadro completo della situazione, particolarmente per quanto riguarda le comunità indigene. Le uniche statistiche esistenti per il periodo 1990-1992 si riferivano al cancro cervico-uterino ed erano basate sulle diagnosi effettuate negli ospedali di San Cristóbal e su di un numero limitato di campagne di prevenzione e diagnosi precoce. Di queste, solo alcune erano state implementate nelle comunità indigene e con esiti diversi. Per ottenere dei dati sull'incidenza di altre forme di cancro, ho dovuto consultare personalmente i registri dei due maggiori ospedali di San Cristóbal<sup>(8)</sup>.

Poiché i dati relativi alla morbilità per cancro erano basati principalmente sui casi diagnosticati in ospedale, gran parte della popolazione indigena sfuggiva a questa indagine. Lasciando da parte per il momento le conseguenze dell'attuale situazione di conflitto, si possono enumerare vari fattori che limitano il ricorso ai servizi ospedalieri urbani da parte della popolazione indigena, specialmente il ricovero in ospedale (si veda, MENEGONI L. - HENDERSHOTT C. 1992). Questi fattori includono le barriere linguistiche e le differenze culturali; un atteggiamento di profondo rifiuto degli interventi chirurgici da parte degli indigeni; la separazione dall'ambiente familiare e dagli amici; la presenza di pregiudizi etnici tra il personale sanitario, specialmente tra le infermiere locali. I fattori economici giocano pure un ruolo importante. Anche qualora i servizi ospedalieri vengano offerti gratuitamente, le famiglie dei malati devono sostenere i costi indiretti di un eventuale ricovero, per esempio le spese di viaggio e tutte le altre spese necessarie per assistere un parente in ospedale. L'insieme di questi fattori fa sì che eventuali casi di cancro, sospettati dai medici nei servizi sanitari rurali, difficilmente raggiungano gli ospedali della città e vengano quindi diagnosticati. Inoltre, anche se i pazienti indigeni si rivolgono agli ambulatori degli ospedali, le infermiere *ladinas* a volte trascurano di registrare il loro nome e luogo di residenza, specialmente se si tratta di bambini. Nel corso della mia ricerca ho potuto constatare vari casi del genere.

La mia analisi dei registri ospedalieri per gli anni 1990, 1991 e 1992 (gennaio-giugno) dimostrò che la maggioranza delle donne con diagnosi di cancro cervico-uterino erano *ladinas*. Questo dato, comunque, potrebbe essere semplicemente il risultato della maggior utenza dei servizi ospedalieri da parte della popolazione *ladina* rispetto a quella indigena che, come si è detto, evita il più possibile il ricovero in ospedale. I dati derivanti da altre fonti, come le campagne di screening e diagnosi precoce (pap test ed eventuale biopsia), non sono conclusivi e non dimostrano in modo univoco una maggior incidenza di questa forma di cancro tra le donne *ladinas* rispetto a quelle indigene. Si deve comunque considerare il fatto che le campagne

di screening implementate nelle comunità indigene sono state relativamente poche e, di queste, solo quelle appoggiate dal DIF hanno avuto un certo successo<sup>(9)</sup>. I valori culturali tradizionali spesso impediscono alle donne indigene di sottoporsi ad esami ginecologici, specialmente se i medici sono uomini, e questo limita l'efficacia dei programmi di prevenzione.

Gli stessi registri mostravano che il cancro allo stomaco, il secondo in termini di morbilità, colpiva ugualmente gli uomini indigeni e quelli *ladinos*. L'eziologia di questo tipo di cancro, in particolare la sua relazione con i fattori alimentari, è stata oggetto di uno studio a lungo termine condotto da alcuni ricercatori dell'Università di Stanford (California) in collaborazione con l'Ospedale generale di Comitán, nella parte meridionale dell'Altipiano (HALPERIN D. C. - BELGRADE M. E. - MOHAR A. 1988). Altre forme di cancro presenti nell'Altipiano del Chiapas includevano il cancro della pelle, del colon, del retto e il cancro al seno (a quel tempo, il cancro al fegato, oggi frequente, veniva diagnosticato raramente). Tra i bambini indigeni erano stati diagnosticati alcuni casi di retino-blastoma, una forma congenita di cancro dell'occhio. Durante la mia permanenza nel Chiapas, un bambino *tzotzil* venne ricoverato all'Ospedale generale di San Cristóbal per un rhabdomyosarcoma, una forma più rara di cancro congenito dell'occhio. Nello stesso periodo, un bambino *ladino* stava morendo per questa terribile malattia.

Mentre alcuni medici ritenevano che il cancro fosse ancora raro tra gli indigeni, altri pensavano che i casi fossero numerosi e addirittura in aumento. Generalmente erano i medici che lavoravano nelle comunità indigene, e che vivevano quindi a più stretto contatto con la popolazione rurale, a ritenere che i casi di cancro fossero più numerosi di quelli riportati dalle statistiche ufficiali, che come si è visto presentavano molte lacune. Inoltre, secondo uno di loro, nelle comunità indigene stavano cominciando ad apparire delle forme di cancro più tipiche dei paesi industrializzati, come la leucemia. Le statistiche più recenti sembrano confermare l'opinione di questi medici.

I dati epidemiologici relativi al 2000, e in misura minore quelli relativi al 2001, mostrano un netto aumento del numero dei tumori maligni nel dipartimento sanitario di San Cristóbal, che come si è detto corrisponde alla regione de Los Altos. Le statistiche non forniscono dati circa la morbilità per cancro, perché i tumori maligni non rientrano nelle prime dieci cause di morbilità (tra queste, le infezioni respiratorie e quelle intestinali occupano, rispettivamente, il primo e il secondo posto, come del resto ci si può aspettare sulla base del bassissimo tenore di vita di gran parte della popolazione). Secondo le statistiche, invece, i decessi per cancro occupano il

secondo posto nella lista delle prime dieci cause di morte: le forme più frequenti sono il cancro dello stomaco e il cancro della cervice<sup>(10)</sup>.

I dati relativi al 2000 indicano un totale di 164 decessi per cancro nel dipartimento sanitario di San Cristóbal (con un tasso del 32,5 per 100.000 abitanti), mentre quelli del 2001 indicano un totale di 128 decessi (24,9 per 100.000). Come osservato sopra, questi dati evidenziano un notevole aumento dei casi di tumore maligno rispetto al 1990, ma alcuni fattori inducono a pensare che l'incremento sia maggiore. In primo luogo, i dati relativi al 2000-2001 si riferiscono ai decessi per cancro, mentre i dati relativi al periodo 1990-1992 si riferivano unicamente alla morbilità (26 casi accertati nel 1990, 20 casi nel 1991 e 26 casi nel periodo gennaio-giugno 1992). In secondo luogo, mentre i dati relativi alla città di San Cristóbal sono probabilmente affidabili (rispettivamente, 75 e 64 decessi per cancro nei due anni considerati, il che colloca il cancro al primo posto come causa di morte), ci sono motivi per ritenere che i dati disponibili per le aree rurali non siano completi e non rappresentino in modo esaustivo la situazione nei municipi indigeni (rispettivamente, 89 e 64 decessi per cancro nei due anni considerati).

L'incompletezza e inaffidabilità dei dati è direttamente legata al perdurare del conflitto politico-militare ne Los Altos e al conseguente sconvolgimento della vita sociale e, di riflesso, al mancato funzionamento dei servizi medici rurali. Sulla base delle notizie provenienti dal Chiapas, sembra che la parziale paralisi dei servizi medici rurali sia da attribuire a più fattori: la situazione di insicurezza fisica e la difficoltà di movimento delle persone, incluso il personale di salute; il ritiro da parte dello stato delle risorse indispensabili al funzionamento dei servizi sanitari; e, in alcune aree, il rifiuto della popolazione indigena di utilizzare i servizi medici pubblici e lo sforzo del movimento zapatista di fornire autonomamente attenzione medica primaria alle comunità. Non è dato di sapere se questa situazione di sotto-utilizzo riguardi tutti i servizi medici rurali e in che misura essa influisca sul normale svolgimento delle loro attività amministrative, in particolare la notificazione dei dati epidemiologici agli organi centrali di controllo. Nonostante le difficoltà attuali, alcune fonti indicano un'espansione dei servizi medici rurali rispetto al 1992. I dati epidemiologici forniti dalla Secretaría de salud del Chiapas, suddivisi per località e tipo di servizio, mostrano un incremento del numero dei centri di salute e delle unità mediche rurali nei municipi indigeni, anche se non offrono indicazioni circa il personale incaricato dei vari servizi<sup>(11)</sup>.

Per queste e altre ragioni, discusse di seguito, è difficile determinare con certezza l'incidenza del cancro nelle comunità indigene de Los Altos.

La diversità di situazioni e di contesti rende complesso il confronto con le problematiche di altre aree. Tra le regioni limitrofe, comunque, soltanto il dipartimento sanitario di Comitán presenta un'incidenza maggiore dei tumori maligni, un fatto legato in parte alla presenza di un centro diagnostico molto attivo in quell'area<sup>(12)</sup>. Un altro aspetto da considerare è il fatto che, nonostante le statistiche siano basate sulla residenza abituale dei pazienti, i dati disponibili non permettono di stabilire (nella misura in cui queste distinzioni etniche possono avere un senso preciso) in che misura il cancro colpisca la popolazione indigena e quella *ladina*, rispettivamente. Per esempio, non è dato di sapere quanti dei 75 decessi per cancro, riportati nel 2000 dagli ospedali di San Cristóbal, riguardassero pazienti *ladinos* e quanti riguardassero invece pazienti indigeni. Nonostante le difficoltà di accesso agli ospedali urbani, gli indigeni utilizzano queste risorse quando si tratta di malattie molto gravi. Oltre a ciò, la città di San Cristóbal (circa 110.000 abitanti) include una numerosa popolazione indigena di immigrati e di rifugiati appartenenti a varie sette evangeliche (solo questi ammontavano a più di 15.000 nel 1992).

Per quanto riguarda le aree rurali, le statistiche del 2000 riportano un totale di 89 decessi per cancro per i 17 municipi indigeni compresi nel dipartimento sanitario di San Cristóbal (64 decessi nel 2001). Questi decessi si distribuiscono abbastanza uniformemente nelle varie aree, mostrando però tre picchi, rispettivamente, nel municipio di Villa Las Rosas (20 decessi), nel municipio di Teopisca (13 decessi) e nel municipio di Oxchuc (13 decessi). Sebbene si tratti di cifre molto piccole per essere statisticamente significative, rimane comunque il fatto che i tumori maligni rappresentano la prima causa di morte a Teopisca, la seconda causa a Villa Las Rosas e la terza causa a Oxchuc. Per quanto riguarda il tipo di cancro, quello gastrico è il più frequente ovunque ed è seguito dal cancro al fegato, alla cervice e al colon; le statistiche riportano anche alcuni casi di leucemia (fonte: [www.salud.chiapas.gob.mx](http://www.salud.chiapas.gob.mx)).

Nel loro insieme, i dati del 2000-2001 forniscono un quadro più preciso della situazione, anche se sembrano ancora sottovalutare l'incidenza del cancro nelle aree rurali. Sia per quanto riguarda la città di San Cristóbal che i municipi indigeni, comunque, è difficile stabilire se i dati epidemiologici indichino un aumento reale del numero dei tumori maligni, o se siano invece il risultato di una accresciuta attività di diagnosi e di un miglior sistema di notificazione, specialmente considerate le lacune dei dati relativi al 1992. Ciò nonostante, si può concludere affermando che il cancro rappresenta un problema di una certa gravità ne Los Altos del Chiapas. Certamente, l'incidenza di questa malattia è ancora lontana dai

livelli raggiunti nei paesi industrializzati. Nel Chiapas, tuttavia, la situazione dei pazienti indigeni affetti da cancro è resa più grave dalle deficienze dei servizi medici e dalla mancanza di terapie adeguate.

### *Gli aspetti socioculturali del cancro*

#### *I sentimenti e le percezioni dei pazienti*

La mia descrizione delle percezioni e delle reazioni emotive dei pazienti affetti da cancro si basa sulle interviste condotte con cinque pazienti (quattro indigeni e una donna *ladina*). Oltre a queste persone, ho intervistato i parenti di un maestro indigeno che stava morendo di cancro al colon e ho seguito da vicino il caso di un bambino tzotzil, ricoverato per un cancro avanzato all'occhio all'Ospedale generale di San Cristóbal (servizi della Secretaría de salud). In un caso, ho potuto solamente far visita al paziente e osservare il suo ambiente familiare, senza però poter porre domande.

La malattia definita “cancro” dalla biomedicina scientifica non è molto conosciuta tra gli indigeni, che si tratti dei guaritori locali o delle persone ordinarie. I pazienti indigeni con diagnosi di cancro apprendono alcuni fatti circa la natura e le caratteristiche di questa malattia dal personale medico. Sanno di soffrire di una malattia spesso incurabile, ma non riescono a comprenderne pienamente la natura e il trattamento. Poiché le procedure e il linguaggio della medicina scientifica sono estranei alle modalità di pensiero degli indigeni, concetti come quelli di malattia maligna e di crescita incontrollata delle cellule risultano oscuri per loro. Nelle mie interviste con i pazienti, il cancro era percepito come una malattia che portava al progressivo corrompersi e consumarsi – quasi un “venir divorato” - degli organi e dei tessuti. La diffusione del cancro nel corpo era definita come una “infezione” degli organi contigui. Il processo degenerativo dei tessuti veniva descritto come una “produzione di pus”. La radioterapia era concepita come un trattamento che distruggeva il cancro “bruciandolo”.

Il senso di impotenza era un tema che affiorava spesso nelle mie interviste con i malati. In alcuni casi, questo sentimento era accompagnato dalla speranza di trovare una medicina miracolosa, che avrebbe curato la loro malattia. I sentimenti di impotenza dei pazienti non avevano solo a che fare con le caratteristiche stesse della malattia, ma anche con le circostanze della loro diagnosi. Poiché gli indigeni si rivolgono agli ospedali solo quando gravemente malati, al momento della diagnosi il loro cancro è spesso ad uno stadio avanzato. Questo limita enormemente i risultati delle terapie e riduce la loro possibilità di sopravvivenza.



La tecnologia medica è limitata nel Chiapas. Negli ospedali di San Cristóbal vengono effettuati soltanto gli interventi chirurgici per asportare i tumori maligni. Per sottoporsi a radioterapia, i pazienti devono andare a Tuxtla Gutiérrez, la capitale dello stato del Chiapas, e per sottoporsi alla chemioterapia devono andare a Città del Messico. Da questo punto di vista, la situazione sembra immutata rispetto al 1992, almeno per quanto ho potuto verificare attraverso le fonti a me accessibili<sup>(13)</sup>. Al tempo della mia ricerca, i pazienti dovevano pagare una parte della terapia all'Ospedale generale di San Cristóbal, anche se potevano contare sull'aiuto economico del DIF (Desarrollo integral de la familia, un programma federale di sostegno alle famiglie). Il trattamento era gratuito all'Ospedale rurale del Programma IMSS-Solidaridad, ma anche in questo caso i costi indiretti potevano impedire ai pazienti indigeni di completare un trattamento prolungato. Come menzionato in precedenza, questi costi possono includere le spese di viaggio, vitto e alloggio per i parenti che assistono un paziente ricoverato in ospedale; questa assistenza è necessaria specialmente se il paziente non parla lo spagnolo. A volte ai pazienti con cancro avanzato veniva offerta la possibilità di andare a Città del Messico per sottoporsi a chemioterapia. A questo scopo, essi potevano usufruire di un programma dell'Instituto nacional indigenista [INI], che copriva tutti i costi del trattamento, come pure le spese di viaggio del paziente e di un familiare. Ma solo pochi accettavano questa opportunità. Più spesso sceglievano di ritornare alle loro case per morire là.

Le difficoltà incontrate dai pazienti indigeni nell'ottenere un trattamento adeguato, e la frequente incapacità dei medici di aiutarli in modo efficace, rendevano molto difficile la loro situazione. Mentre il senso di impotenza era un sentimento comunemente espresso dai pazienti, le mie interviste con loro hanno messo in luce un'ampia gamma di reazioni emotive. Queste variavano da atteggiamenti di incredulità e diniego, incertezza e speranza, accettazione e conforto trovato nella fede religiosa, silenzio e impotenza nei confronti di eventi impenetrabili. Una breve descrizione dei vari casi può aiutare a cogliere lo stato d'animo dei malati.

Le reazioni dei pazienti variavano in relazione al loro background culturale e alla maggior o minor familiarità con la medicina occidentale, come pure in relazione alle loro vicende personali e alle circostanze della loro malattia. Un'anziana donna di Tenejapa, con sospetto cancro cervicouterino, si era dimostrata incredula circa le spiegazioni del personale medico riguardo la sua malattia. Sebbene non sapesse dare una spiegazione ai suoi persistenti dolori addominali, non riusciva a cogliere il significato delle parole dei medici. Nelle sue reazioni di incredulità e diniego, si pote-

va riconoscere l'influenza dei concetti tradizionali della malattia, in particolare il significato localmente attribuito al cosiddetto "cancro dell'utero" (un'infezione dell'utero causata dal freddo dei morti, che sarà discussa più avanti). Al lato opposto, c'era il caso di una giovane maestra tzeltal, residente a San Cristóbal, che era estremamente consapevole della gravità della sua situazione, un tumore invasivo della cervice. La maestra era stata sottoposta a isterectomia e radioterapia, ma i segni di diffusione del tumore erano preoccupanti. Sebbene considerasse il trattamento medico occidentale l'unica forma possibile di terapia, essa era incerta circa l'esito finale e angosciata al pensiero di poter morire.

Poiché capiva la natura della sua malattia, la maestra si sentiva impotente e sapeva che anche i medici avrebbero potuto non essere in grado di salvarla. Non sempre però i pazienti, o i loro parenti stretti, erano consapevoli dei limiti della tecnologia medica. Nella speranza di una soluzione positiva, non esitavano nel tentare tutte le possibili terapie ed erano determinati a combattere fino all'ultimo. Questo atteggiamento si può riconoscere nel comportamento del padre del bambino tzotzil affetto da cancro all'occhio, un caso che verrà analizzato in modo più dettagliato nella sezione successiva. Questo caso mostrerà in modo drammatico come le speranze dei pazienti indigeni, o dei loro familiari, siano a volte poco realistiche e quanto poco essi si rendano conto delle scarse possibilità di sopravvivere a un tumore maligno diagnosticato ad uno stadio avanzato.

La fede religiosa aiutava i malati terminali a rassegnarsi al loro destino e affidarsi a Dio con la preghiera. Questo atteggiamento di rassegnazione era caratteristico soprattutto dei pazienti anziani, più preparati ad accettare la morte che non quelli giovani, come nel caso di un'anziana donna tzotzil, originaria di Chamula, affetta da un cancro gastrico allo stadio terminale. La donna apparteneva ad una chiesa evangelica (Avventisti del Settimo Giorno) e viveva con i figli in un quartiere alla periferia di San Cristóbal, assieme a molti altri indigeni di fede protestante che erano stati espulsi da Chamula. Pur trovando consolazione e coraggio nella fede in Dio, i pazienti più giovani non riuscivano a rassegnarsi facilmente al loro destino e si interrogavano continuamente sul perché della loro malattia e sul significato della loro morte prematura. Questi atteggiamenti sono illustrati dalle vicende di un giovane tzotzil di religione protestante, al quale era stato diagnosticato un cancro avanzato al retto all'Ospedale San Carlos di Altamirano, nella parte meridionale dell'Altipiano. Poiché non aveva più parenti stretti nella sua comunità di origine, questo malato, ricoverato da vari mesi all'Ospedale di San Carlos, sperava di poter rimanere e terminare lì i suoi giorni. (Anche al momento attuale questo piccolo ospedale

cattolico, amministrato dalle suore dell'ordine di San Vincenzo da Paola, continua a rappresentare un'importante risorsa per gli indigeni).

Quando il malato era giunto alla fine e non c'era ormai più nulla da fare per lui, la famiglia si chiudeva nel proprio dolore, rifugiandosi nel silenzio e rifiutando la presenza di persone estranee. Ho potuto osservare di persona queste reazioni visitando un malato terminale (cancro al retto) nel centro municipale di Oxchuc – un'esperienza che mi ha tristemente mostrato quanto poco aiuto potessero ricevere questi malati, privi anche dei più basilari farmaci antidolorifici. Altre volte, la famiglia viveva come un destino imperscrutabile e malvagio la malattia di un membro della famiglia e, non potendo spiegarne il motivo, la attribuiva alla stregoneria. Sentimenti simili vennero manifestati dai fratelli di un giovane maestro di Amatenango, che stava morendo di cancro al colon (il maestro viveva a San Cristóbal, ma morì prima che potessi trovare la sua casa). I fratelli credevano che il maestro fosse stato vittima di un atto di stregoneria e si mostrarono un po' diffidenti con me e anche con la mia interprete, una donna della loro stessa comunità. La loro percezione di oscure cause della malattia era forse legata al fatto che l'anno precedente era morto un altro fratello, anche lui per un cancro al colon.

Tra gli atteggiamenti manifestati dai pazienti indigeni, o dai loro familiari, non ho mai trovato delle reazioni che potessero rivelare dei sentimenti di vergogna o dei tentativi di nascondere la vera natura della malattia. La percezione del cancro come di una malattia da nascondere si può cogliere invece nell'atteggiamento di una donna *ladina* di mezza età, residente a San Cristóbal. La donna negava di essere stata operata di un tumore allo stomaco tre anni prima (un problema completamente risolto, fra l'altro) e si ostinava a raccontare di essere stata operata per un'ulcera. Tra i *ladinos* è frequente scoprire atteggiamenti del genere. La cultura *ladina* stigmatizza alcune malattie, come il cancro e la tubercolosi, ma questi atteggiamenti non sono presenti tra gli indigeni.

#### *La ricerca della terapia: analisi di un caso*

Nei miei contatti con i pazienti indigeni malati di cancro, generalmente non ero riuscita a ottenere delle descrizioni dettagliate circa la loro ricerca della terapia, un fatto dovuto alla gravità della loro malattia e ai loro sentimenti di ansia. La vicenda del bambino tzotzil, affetto da un cancro all'occhio, esemplifica il complesso processo attraverso il quale i pazienti indigeni, in questo caso la famiglia del bambino, diventano consapevoli della natura di questa malattia e della difficoltà del suo trattamento. Illu-

stra anche la situazione di pluralismo medico che caratterizza l'Altipiano del Chiapas, come pure il ruolo giocato dai fattori economici nell'ostacolare la ricerca del trattamento medico occidentale da parte degli indigeni.

Questo bambino viveva con la famiglia in una comunità del municipio di Chamula, non lontano da San Cristóbal. Il padre parlava fluentemente lo spagnolo e aveva una certa familiarità con i servizi medici urbani. Il bambino iniziò ad avere dei problemi nell'autunno del 1991, quando apparve una piccola escrescenza vicino al suo occhio sinistro. Il padre allora lo portò da un erborista indigeno, che applicò al gonfiore un cataplasma di erbe per farlo maturare e scoppiare. (Il padre non seguì subito il consiglio di un amico di famiglia, uno straniero che viveva a San Cristóbal, di portare il bambino da un medico). Successivamente, quando un'escrescenza incominciò a crescere dentro l'occhio sinistro del bambino, il padre lo portò da un *pulsador*. Con questo termine si indica un guaritore indigeno capace di diagnosticare le malattie ascoltando il battito del polso e interpretandone i segnali<sup>(14)</sup>. Attraverso la tecnica del sentire il polso, il guaritore stabilì che la malattia del bambino era un *pozlom* ed era incurabile. Nel sistema etnomedico dell'Altipiano del Chiapas, il *pozlom* è una malattia molto grave con differenti manifestazioni (si veda più avanti).

Preoccupato dalla diagnosi del *pulsador*, nel dicembre del 1991, il padre portò il bambino da un oftalmologo che aveva uno studio privato a San Cristóbal. Il medico spiegò che il bambino aveva un cancro dell'occhio e offrì di operarlo per due milioni di pesos (circa 700 dollari a quel tempo). Poiché non aveva il denaro necessario ed era egli stesso malato, il padre aspettò fino al maggio del 1992 prima di cercare altre possibilità di trattamento all'Ospedale generale di San Cristóbal (servizi della Secretaría de salud). A quel punto, però, il tumore si era sviluppato così rapidamente che il viso del bambino era sfigurato. Il suo occhio sinistro era cresciuto fuori dall'orbita così da formare una lunga protrusione ed una escrescenza oscura e maleodorante si estendeva dall'occhio fino all'orecchio sinistro.

Nelle nostre conversazioni, il padre del bambino continuò ad affermare che l'oftalmologo non aveva indirizzato il bambino all'ospedale (dove gli indigeni potevano ottenere degli sconti sul costo delle cure). Il personale medico, invece, sosteneva che l'oftalmologo aveva effettivamente indirizzato il bambino all'ospedale e dava la colpa al padre che aveva aspettato troppo a lungo. Non mi fu mai possibile stabilire i motivi della discrepanza tra ciò che presumibilmente aveva detto l'oftalmologo e ciò che il padre del bambino aveva capito. Una diagnosi di cancro provoca solitamente

delle forti reazioni emotive, che interferiscono con la capacità dei pazienti e delle loro famiglie di valutare con serenità ed equilibrio la situazione. Inoltre, quando si ha a che fare con dei pazienti indigeni, è spesso difficile stabilire in che misura le loro decisioni siano influenzate da una mancanza di informazioni o dalle ristrettezze economiche.

Il bambino fu ricoverato per due settimane all'Ospedale generale di San Cristóbal. Dopo aver completato vari esami, i medici decisero che il suo caso richiedeva un intervento di chirurgia specialistica e un trattamento di chemioterapia, entrambi disponibili soltanto a Città del Messico. Inizialmente il verdetto dei medici gettò i genitori in uno stato di angoscia. Il padre pensò che i medici gli avevano mentito in precedenza, quando avevano promesso che avrebbero operato suo figlio. Riflettendo poi con più calma, riuscì a capire la necessità di un trattamento specialistico e, usufruendo del programma dell'Istituto nacional indigenista [INI], portò il bambino a Città del Messico. Tuttavia, egli sperava ancora che il problema del figlio sarebbe stato risolto rapidamente.

Il bambino rimase ricoverato per un mese e mezzo nel reparto oncologico dell'Ospedale generale di Città del Messico. Con la chemioterapia il tumore sul suo viso si ridusse notevolmente e anche la protrusione cancerosa dell'occhio diminuì di grandezza. Il bambino fu dimesso dall'ospedale e riportato a casa. Poiché anche la mia permanenza in Chiapas era terminata, riuscii solo a sapere dai suoi parenti che l'intervento chirurgico non era più necessario: «*ya no sirve*», mi dissero. Sulla base delle loro affermazioni, non potei stabilire con certezza se il tumore del bambino fosse troppo avanzato per essere operato, o se i medici sperassero di distruggerlo completamente ripetendo la chemioterapia.

### *Le nozioni indigene di crescita e/o degenerazione di parti del corpo*

Le difficoltà manifestate dai pazienti indigeni nel capire il concetto biomedico di cancro stimolò il mio interesse a investigare le interpretazioni tradizionali delle malattie. Questa ricerca risultò in uno studio focalizzato di un gruppo di categorie etnomediche, che si riferiscono ai processi di crescita e/o degenerazione di organi e tessuti. Le malattie considerate nel mio studio hanno incluso le condizioni definite come: *cáncer* (una ferita molto infetta); *k'ael* (cancrena); *chakal* (nodulo, ascesso); *apon* (tumore); *pozlom*, una malattia caratterizzata da rigonfiamento e ingrossamento di varie parti del corpo.

Considerato il periodo limitato in cui la mia ricerca si è svolta, la presentazione dei dati raccolti non pretende di fornire un'analisi esaustiva delle suddette categorie. Tuttavia, dai dati emergono alcune caratteristiche distintive e comuni alle diverse classificazioni, che ricerche ulteriori potrebbero confermare o affinare. Per ovviare in parte al problema del numero limitato delle mie fonti, dove possibile, ho fatto riferimento al materiale etnografico di altri autori. Non sempre però tale materiale è utile ai fini della comparazione a causa della variabilità dei termini linguistici. Nei diversi municipi indigeni si parlano delle varianti locali, o dialetti, delle lingue tzeltal e tzotzil e, di conseguenza, termini simili possono riferirsi a malattie diverse e viceversa.

#### *Cáncer de la herida (“cancro della ferita”)*

Nel sistema etnomedico dell'Altipiano del Chiapas, il termine *cáncer* è utilizzato per indicare una ferita molto infetta o una piaga che guarisce molto lentamente. Questa concezione preserva il significato di “ulcera cancerosa” che il termine cancro aveva originariamente nella medicina europea ed è stata incorporata nella medicina indigena del Messico durante il periodo coloniale<sup>(15)</sup>. Alcune ricerche sulle malattie dermatologiche riconosciute nella medicina tradizionale dei Maya hanno mostrato che la malattia definita come *cáncer* è un concetto diffuso nel Chiapas. In un'indagine svolta nel 1983 attraverso i servizi medici rurali di 200 comunità maya, il “cancro della ferita” è risultato essere al quinto posto nella lista delle malattie della pelle più frequentemente menzionate dai guaritori tradizionali (ZURITA ESQUIVEL M. - ZOLLA C. 1986). Anche nella mia ricerca ho trovato che il concetto di “cancro della ferita” è ampiamente conosciuto nelle comunità tzeltal e tzotzil de Los Altos. Sulla base dei dati da me raccolti, tuttavia, esso sembra avere un ruolo più importante nel sistema di classificazione dei Tzeltal, che non in quello dei Tzotzil.

Gli indigeni tzeltal e tzotzil credono che il “cancro della ferita” sia causato dal freddo che emana dal corpo delle persone morte<sup>(16)</sup>. Dicono che se una persona ferita guarda un cadavere, la sua ferita peggiorerà ulteriormente. Le donne che hanno appena partorito svilupperanno una grave infezione, o “cancro”, dell'utero. Poiché si ritiene che il freddo dei morti influisca su di una partoriente anche a distanza, in alcune comunità si mettono attorno al letto della donna degli oggetti di ferro, come secchi e *machete* (lunghi coltelli), che hanno l'effetto di “tagliare” o neutralizzare il freddo dei morti. Il “cancro della ferita” si cura con i rimedi a base di erbe.

Sebbene le credenze circa questa malattia e le sue cause siano presenti in tutti i municipi tzeltal che ho visitato, esse non sono accettate ovunque allo stesso modo. Nella mia indagine, ho riscontrato che queste credenze sono molto diffuse ad Amatenango e a Tenejapa, mentre in altri municipi la loro importanza si è ridotta in seguito al cambiamento religioso (Protestantesimo e movimento di Azione cattolica). A Oxchuc, per esempio, gli indigeni di religione protestante non conoscevano questa malattia oppure, se la conoscevano, la concepivano semplicemente come una grave infezione senza alcuna relazione con il freddo dei morti. Anche a Yochib, il villaggio nel municipio di Oxchuc dove ho lavorato nel 1987-1988, il concetto di “cancro della ferita” era poco conosciuto. A Cancuc i membri dell’Azione cattolica rifiutavano la credenza nel freddo dei morti e la ritenevano ormai obsoleta e dimenticata da tutti. Secondo altri informatori, invece, la credenza era ancora ampiamente accettata dalla maggioranza della popolazione di religione tradizionale.

Per quanto ho potuto verificare, i *ladinos* che vivevano nei centri municipali tzeltal condividevano spesso la credenza indigena nel freddo dei morti. Tutte le levatrici di cultura *ladina*, che ho intervistato a Tenejapa e Oxchuc (quattro levatrici), accettavano questa concezione. La stessa credenza mi è stata riferita anche per le classi più basse della popolazione *ladina* di San Cristóbal (gli appartenenti a queste classi sono spesso indigeni di seconda o terza generazione).

Il rifiuto delle idee tradizionali circa il “cancro della ferita” non era legato soltanto all’appartenenza ai gruppi protestanti o dell’Azione cattolica. Anche la familiarità con la medicina occidentale aveva un’influenza sulle credenze della gente, ma questa influenza appariva variabile. In certi casi, le persone addestrate presso i locali centri di salute rifiutavano completamente le concezioni tradizionali, ma in altri casi esse cercavano di conciliarle con le interpretazioni biomediche. Tra i paramedici indigeni che ho potuto intervistare, alcuni non conoscevano affatto il “cancro della ferita”; altri lo conoscevano, ma non erano realmente sicuri che fosse provocato dal freddo dei morti. Un paramedico del Centro di salute di Oxchuc mise in dubbio inizialmente la validità della credenza, ma poi si chiese come mai i malati ricoverati in ospedale non subissero gli effetti negativi della morte di altri pazienti. Concluse che ciò non accadeva perché l’ambiente dell’ospedale era “pulito” e “sterile”.

La presenza della nozione tradizionale di cancro creava una certa confusione semantica, rendendo a volte difficile per me ottenere informazioni sul cancro come definito dalla medicina scientifica. La maggior parte delle

persone rispondeva alle mie domande facendo riferimento contemporaneamente al modello indigeno e a quello biomedico di cancro. In modo più o meno esplicito, i miei informatori distinguevano le due malattie nella maniera seguente: il “cancro della ferita” può essere curato, anche se in un periodo di tempo piuttosto lungo, ed è trattato con i rimedi tradizionali a base di erbe. Il cancro nel senso occidentale è incurabile, è diagnosticato soltanto dai medici e richiede un intervento chirurgico. Nelle mie interviste, tuttavia, questa distinzione non veniva sempre fatta in modo chiaro e soltanto il contesto generale del discorso suggeriva di quale tipo di cancro gli intervistati stessero parlando.

Alcuni informatori conoscevano unicamente il concetto tradizionale di cancro; altri avevano sentito parlare della nuova malattia, ma ne avevano un’idea alquanto vaga. Perfino i paramedici e le levatrici indigeni ammettevano di non essere molto informati: “*se conoce poco*”, era una risposta frequente. Tra i paramedici e le levatrici indigeni, quelli più informati definivano il cancro come “qualcosa che cresce” dentro il corpo o sulla pelle; alcuni di loro riferirono anche di casi concreti di cancro nelle loro comunità. A causa del loro background culturale, le levatrici di estrazione *ladina* avevano una maggior familiarità con questa malattia e la distinguevano in modo più esplicito dal “cancro della ferita”.

Tranne che in pochi casi (per esempio, i paramedici di religione protestante), la maggior conoscenza del concetto biomedico di cancro non sembrava essere collegata unicamente alla scomparsa o al rifiuto della nozione tradizionale. All’opposto, per la maggior parte dei miei informatori, il “cancro della ferita” forniva la terminologia per definire il concetto occidentale: espressioni come “*se infecta*” o “*se disemina*” venivano spesso applicate al concetto meno familiare. Diversamente dal “cancro della ferita”, comunque, il cancro nel senso biomedico implicava l’idea addizionale di un qualche genere di escrescenza o di massa ingrossata, che doveva essere asportata chirurgicamente. Una discussione più articolata delle percezioni del cancro da parte degli indigeni richiede l’analisi del loro concetto di tumore, il quale verrà esaminato più avanti in relazione alla malattia chiamata *apon*.

Questa sezione si è concentrata principalmente sulle concezioni del cancro presenti tra i Tzeltal, ma le mie osservazioni sulla distinzione tra i due tipi o modelli di cancro sono valide anche per i Tzotzil. Nelle comunità tzotzil, tuttavia, il concetto di “cancro della ferita” non è così diffuso come tra i Tzeltal. Tra i quattro guaritori tzotzil che ho intervistato, solamente uno (il guaritore di La Ventana) conosceva questa malattia e la attribuiva al freddo



dei morti. Gli altri guaritori si limitarono a riconoscere che la morte delle persone ha un qualche genere di influenza sugli altri. Anche le levatrici tzotzil avevano opinioni differenti circa il “cancro della ferita”: due di loro accettavano la credenza, mentre le altre due la rifiutavano.

La minor importanza della nozione di “cancro della ferita” tra i Tzotzil può essere dovuta al numero relativamente limitato dei miei informatori, ma questo fatto è confermato anche dalla letteratura etnografica. Il termine *cáncer* non appare né nell’etnografia di Zinacantán scritta da Fabrega e Silver, né in quella di Larráinzar scritta da Holland. Per quanto riguarda Zinacantán, Fabrega e Silver riportano il termine *poslom* per indicare delle piaghe difficili da curare (FABREGA H. Jr. - SILVER D. B. 1973: 243), mentre Holland riporta il termine *ka’el* per indicare una ferita infetta o qualsiasi lesione che contenga del pus (HOLLAND W. 1963: 285). Il termine *cáncer* non appare nemmeno in un importante documento pubblicato a cura dell’OMIECH (1989), in cui vengono presentati le discussioni e il confronto circa la diagnosi e il trattamento delle malattie più comuni tra un folto gruppo di guaritori indigeni. Poiché a quel tempo l’OMIECH era composto a larga maggioranza da guaritori e levatrici tzotzil, provenienti principalmente da Chenalhó e Chamula, si può ritenere che le interpretazioni delle malattie discusse nel documento riflettano soprattutto le tradizioni mediche dei Tzotzil.

A causa della sua importanza limitata nella medicina dei Tzotzil, il “cancro della ferita” non poteva essere contrapposto o utilizzato per ottenere informazioni sul cancro nel senso medico-scientifico. Come per i Tzeltal, un’analisi più approfondita delle percezioni del cancro tra i Tzotzil può essere sviluppata solo in riferimento al concetto di tumore. Poiché la medicina dei Tzotzil presenta alcune caratteristiche che la differenziano da quella dei Tzeltal (come l’eziologia e la classificazione delle malattie), questa analisi verrà svolta separatamente nella sezione dedicata al *pozlom*.

### *K’ael (putrefazione)*

*K’ael* (putredine, decomposizione) è il termine tzeltal e tzotzil per cancrena, ma il termine presenta alcune varianti locali come *k’aish* a Tenejapa<sup>(17)</sup>. La maggior parte dei miei intervistati considerava il *k’ael* una malattia molto seria e perfino fatale; molti erano consapevoli del fatto che spesso la malattia richiedeva l’amputazione dell’arto colpito. Mentre il concetto di *k’ael* era ampiamente conosciuto nelle comunità tzeltal, questa malattia era riconosciuta solo da alcuni dei miei informatori tzotzil. Tra i guaritori tzotzil, alcuni dissero di non aver mai visto dei casi di *k’ael* nel corso della loro

pratica; altri ritenevano che la malattia fosse frequente nei bassipiani tropicali, ma rara nei freddi altipiani. Solo il guaritore di La Ventana conosceva la malattia e sapeva come curarla; a questo scopo, utilizzava dei piccoli cristalli azzurri (che mi mostrò), con i quali raschiava via dalla pelle i tessuti morti o infetti. La malattia era conosciuta da alcune, ma non da tutte le levatrici tzotzil.

Il *k'ael* era distinto chiaramente dal “cancro della ferita”, come pure dal cancro nel senso occidentale. Come si è però visto per il “cancro della ferita”, anche il concetto di *k'ael* forniva la terminologia per descrivere il cancro nel senso biomedico. Il diffondersi del cancro era descritto spesso come un processo di putrefazione dei tessuti. Anche i pazienti affetti da cancro avevano descritto la malattia come un decomporsi e consumarsi della carne.

I dati da me raccolti sul *k'ael* non concordano con le interpretazioni fornite da altri autori, che hanno lavorato nelle comunità tzotzil. Nell’etnografia di Zinacantán scritta da Fabrega e Silver, il termine *k'ael* – che gli autori traducono in inglese con *rotting* (decomposizione, putrefazione) – si riferisce a una malattia venerea o a qualche irritazione simile degli organi genitali (FABREGA H. Jr. - SILVER D. B. 1973: 251). Come si è già visto, Holland riporta l’uso del termine *k'ael* per indicare semplicemente una ferita infetta a Larráinzar (HOLLAND W. 1963: 285). Questa discrepanza si può forse spiegare nei termini della variabilità linguistica che si riscontra non solo tra i diversi municipi indigeni, ma pure all’interno della stessa comunità. Per esempio, a Larráinzar, la comunità studiata da Holland, ho trovato che la parola *k'ael* aveva anche il significato di gangrena.

### *Chakal e apon (noduli e tumori)*

Presso i Tzeltal e i Tzotzil, il termine *chakal* indica un grosso foruncolo (*grano* in spagnolo) o un ascesso (*nacido* e *absceso*). Il *chakal* è definito in modo simile dai vari gruppi etnici ed è concepito come un’infezione “esterna” (subcutanea). Viene descritto come un’area rigonfia di dimensioni diverse, che produce pus e poi si rompe facendo fuoriuscire il suo contenuto<sup>(18)</sup>. A meno che non sia più grosso del normale, il *chakal* non è considerato un disturbo grave; per aiutarlo a guarire vi si applicano dei cataplasmi di erbe.

Nelle classificazioni etnomediche de Los Altos, il *chakal* è spesso associato con l’*apon* (*apun* nella lingua tzotzil), un termine che può essere tradotto in senso lato con tumore o tumefazione. I miei dati indicano che presso i Tzotzil il termine *apun* viene utilizzato per lo più con il significato di “gros-

so *chakal*". La parola *apun*, tuttavia, non appare nella classificazione delle malattie fornita da Fabrega e Silver per il municipio di Zinacantán. Secondo questi autori, soltanto il termine *chakal* è in uso a Zinacantán ed esso indica una tumefazione o una sacca di pus che può rompersi; per indicare un'escrescenza o massa ingrossata si utilizza invece il termine *vo'an* (FABREGA H. Jr. - SILVER D. B. 1973: 250-251). Holland riporta l'uso del termine *apun chakal* a Larráinzar per indicare vari tipi di tumefazioni o tumori che possono rompersi, ma ritiene che certe forme della malattia possano corrispondere al cancro (HOLLAND W. 1963: 284). Nel documento dell'OMIECH già citato, invece, né il *chakal* né l'*apun* sono menzionati tra le malattie più gravi o più frequenti (OMIECH 1989).

Con qualche eccezione, il termine *apon* sembra essere distribuito più uniformemente nelle comunità di lingua tzeltal<sup>(19)</sup>. Il suo significato però è piuttosto ampio, in quanto può includere qualsiasi tipo di nodulo o di massa rigonfia o ingrossata. Per ragioni di chiarezza espositiva, come pure per la maggior ricchezza delle informazioni, questa sezione si focalizza sul concetto di *apon* dei Tzeltal.

Il termine *apon* è tradotto in spagnolo con *bulto* (rigonfiamento della pelle), *bola* (escrescenza) e *tumor*. Tuttavia, quando gli indigeni definiscono l'*apon* come un "tumore", essi non attribuiscono a questo termine il significato specifico che generalmente vi attribuiscono gli occidentali, cioè quello di un tumore benigno o maligno. Come ha osservato un medico di San Cristóbal, gli indigeni usano il termine tumore nel senso generico, derivante dal latino, di "aumento di dimensioni". Questo significato più ampio del termine indigeno permette di includere nella categoria di *apon* delle condizioni e dei processi patologici, che la medicina occidentale considera distinti.

In generale, l'*apon* era definito come più grande del *chakal* e come localizzato all'interno del corpo invece che all'esterno. Le descrizioni più specifiche tuttavia variavano perfino all'interno della stessa comunità. Per differenti persone, il termine *apon* poteva significare un ascesso, l'ingrossamento dei gangli all'inguine e alle ascelle, un'ernia intestinale, o un tumore localizzato dentro il corpo, specialmente nell'addome o *ch'ut*, un termine generico che include l'utero<sup>(20)</sup>. In un caso, venne definita come *apon* una ciste alle ovaie, per la quale una ragazza di Oxchuc aveva subito un intervento chirurgico a San Cristóbal. In un altro caso, il termine venne utilizzato per indicare un fibroma all'utero (la donna, una levatrice di Amatenango, conservava ancora il fibroma in un vaso colmo di formalina). Dati i molteplici significati del termine, la scelta di definire come *apon* un

disturbo piuttosto che un altro sembrava essere basata più sull'esperienza diretta delle persone, che non su delle definizioni accettate o condivise da tutti. Tranne che in pochi casi, tutti i tipi di *apon* erano considerati malattie di origine naturale.

Perfino quando l'*apon* veniva definito come un tumore all'interno del corpo, c'erano delle differenze importanti nell'uso di questo concetto. Alcuni informatori lo concepivano semplicemente come un *chakal* interno che produceva pus e poi si rompeva, a volte provocando la morte del paziente. Altri intervistati dissero che poiché l'*apon* cresceva all'interno del corpo, non sapevano se si rompeva o meno. Altri ancora definirono l'*apon* come un tumore, sia interno che esterno, caratterizzato da un aumento di massa dei tessuti o degli organi, ma senza produzione di pus - *pura carne*, come disse un informatore. Tra tutte le definizioni che ho raccolto, questa sembrava la più vicina al concetto occidentale di tumore benigno.

Le persone indigene, che non avevano familiarità con le categorie mediche occidentali, non erano in grado di collegare il concetto di *apon* (nel senso di tumore) con quello di cancro. Al contrario, i paramedici e le levatrici indigene erano più propensi a interpretare certi tipi di tumore come forme di cancro. In termini più o meno precisi, essi definivano come *apon* i tumori che potevano essere risolti completamente con un'operazione chirurgica e come cancro i tumori incurabili. Le levatrici *ladinas* distinguevano più chiaramente le due malattie, ma, come i paramedici e le levatrici indigene, sembravano non conoscere i termini di tumore benigno e tumore maligno. Solamente un paramedico di Yochib conosceva questa distinzione, ma la applicava anche al *chakal* (che è inteso generalmente come un piccolo rigonfiamento sulla pelle o come un nodulo subcutaneo), cioè egli definiva il *chakal* come un tumore benigno e l'*apon* come un tumore maligno.

Le percezioni del cancro, espresse dai miei informatori, erano influenzate e plasmate dalle concezioni tradizionali. Per descrivere questa malattia, essi utilizzavano gli stessi termini che usavano per il *chakal* e per l'*apon*: per esempio, un'escrescenza cancerosa era descritta come "una massa che aumentava di dimensioni e faceva fuoriuscire del pus", oppure come "un tumore che era stato asportato, ma che cresceva di nuovo da qualche altra parte". Le cause del cancro erano sconosciute sia ai praticanti medici indigeni che a quelli *ladinos*. Alcune levatrici di Amatenango e di Tenejapa attribuirono le cause del cancro alla stregoneria.

Considerata la familiarità delle levatrici con i problemi ginecologici, le mie interviste con loro si sono focalizzate in modo particolare sulle loro percezioni del cancro dell'utero. Queste percezioni, tuttavia, erano piutto-

sto complesse in quanto erano influenzate, di volta in volta, da altre categorie mediche. Il cancro nel senso biomedico veniva interpretato non solo con riferimento al “cancro della ferita” o al “cancro dell’utero” causato dal freddo dei morti, ma anche in relazione alla malattia chiamata *matriz hinchada* o “utero gonfio” (*sitel ch’ut* in tzeltal, alla lettera “addome gonfio”). Alcune levatrici consideravano l’ “utero gonfio” una complicazione del parto che poteva essere curata con i rimedi di erbe, ma altre ritenevano che la malattia avrebbe potuto portare all’insorgere del cancro. Sia le levatrici indigene che quelle *ladinas* espressero queste opinioni, in quanto le loro concezioni circa questa malattia erano molto simili. Le levatrici *ladinas*, tuttavia, distinguevano più chiaramente i tumori benigni da quelli maligni, mentre le levatrici indigene tendevano a confonderli. Tutte le levatrici affermarono di non aver mai visto dei casi di cancro all’utero nel corso della loro pratica. Come ho potuto accertare in varie occasioni, generalmente le levatrici venivano a conoscenza dei casi di cancro nella loro comunità solo dopo che questi erano stati diagnosticati dai medici.

### *Pozlom*

Nel sistema di classificazione degli indigeni tzotzil, il *pozlom* (pronunciato *pozlóm*) è una malattia molto grave che possiede differenti manifestazioni<sup>(21)</sup>. Il suo significato principale si riferisce al rigonfiamento e ingrossamento di varie parti del corpo (arti, tessuti e organi interni). Questa forma della malattia è definita “*pozlom* freddo”. Un’altra forma, meno frequente, ma molto pericolosa, è quella chiamata “*pozlom* caldo”, che è caratterizzata da febbre, dolori in tutto il corpo, a volte vomito e diarrea, ma mai da gonfiore. Generalmente il *pozlom* è trattato dai guaritori indigeni e solo raramente dalle levatrici. La diagnosi viene effettuata attraverso la tecnica del *pulsear* (sentire il polso) e il trattamento include i rimedi di erbe e le preghiere. In accordo con i principi della medicina tradizionale indigena, il “*pozlom* freddo” viene curato con i rimedi “caldi” e viceversa<sup>(22)</sup>.

La categoria nosologica di *pozlom* non è generalmente conosciuta nella medicina dei Tzeltal e, anche laddove appare, ha un significato più ristretto. L’unico municipio tzeltal in cui sono riuscita a raccogliere informazioni sul *pozlom* è stato quello di Cancuc, dove il termine è *pazlam*. A Cancuc, tuttavia, il termine *pazlam* si riferisce unicamente al gonfiore delle gambe o all’infiammazione delle spalle, ma non ai tumori interni. Si riconoscono forme diverse, più o meno gravi, del *pazlam*.

La letteratura etnografica sul Chiapas non offre molte informazioni sul *pozlom*. Come già menzionato, nello studio di Fabrega e Silver, il termine

*poslom* indica semplicemente delle piaghe difficili da curare (FABREGA H. Jr. - SILVER D.B. 1973: 243). Nell'etnografia di Holland, il *pos lom* – definito anche come *mal aire* (vento nocivo) – appare non tanto come una malattia in se stessa, ma come un agente eziologico che interviene nell'insorgere di varie malattie "fredde", tra cui il *sital chamel* (rigonfiamento totale o parziale del corpo) (HOLLAND W. 1963: 267, 285).

Diversamente dai resoconti etnografici, il materiale contenuto nel documento dell'OMIECH, più volte menzionato, conferma l'importanza della categoria di *pozlom* nella medicina dei Tzotzil, sia per quanto riguarda la gravità della malattia che la sua frequenza. Nel documento vengono descritte le classificazioni indigene delle malattie più pericolose o più comuni, sia di quelle che possono essere curate soltanto dai guaritori indigeni (tra queste c'è anche il *pozlom*), che di quelle che possono essere curate anche dai medici occidentali. Sono incluse sei brevi descrizioni del *pozlom*, raccolte tra alcuni guaritori di Chenalhó e Chamula, nelle quali vengono discusse la natura, le cause e il trattamento della malattia. Ad esclusione di due descrizioni che si riferiscono principalmente alla forma "calda" del *pozlom*, tutte le altre includono, tra i sintomi più importanti della malattia, il rigonfiamento di parti del corpo, in particolare il gonfiore alle gambe. Soltanto un guaritore però menziona i tumori allo stomaco o nell'addome (OMIECH 1989: 50-54).

I miei dati sul *pozlom* sono basati principalmente su delle interviste con quattro guaritori tzotzil provenienti da Chenalhó, Chamula, Zinacantán e La Ventana (un villaggio nel municipio di Chamula). Altre informazioni sono state raccolte dalle levatrici, sia tzotzil che *ladinas*, dai paramedici indigeni e dalle persone comuni. Poiché il trattamento del *pozlom* compete quasi esclusivamente agli *iloles* (guaritori indigeni), la mia analisi di questa malattia è basata principalmente sulle interviste con questi praticanti. La mia analisi, inoltre, si restringerà alla forma "fredda" del *pozlom*, perché solo questo tipo include i tumori e può quindi avere una qualche relazione con il cancro.

La caratteristica più generale del "pozlom freddo" è il gonfiore (*inchazón, entumaciòn, in spagnolo*)<sup>(23)</sup>. La natura del *pozlom* quale malattia "fredda" si deduce chiaramente da quanto affermato dal guaritore di Chenalhó: «*Todo lo que hincha es puro frío... eso es pozlom* [Tutto ciò che provoca gonfiore è puro freddo... questo è il *pozlom*]». Il guaritore di Chenalhó paragonò il *pozlom* alla nebbia che sale da una laguna e penetra nelle varie parti del corpo. Quello di Chamula aggiunse che il *pozlom* è trasportato attraverso il corpo dal flusso del sangue. In modo simile, il guaritore di Zinacantán

disse che il *pozlom* si sposta da una parte all'altra del corpo, facendola gonfiare. Una delle manifestazioni più frequenti del *pozlom* è il gonfiore alle gambe, ma la malattia può provocare anche tumori nell'addome e nell'utero.

Le forme che il *pozlom* assumerà, e quali parti del corpo colpirà, dipendono dalla sua origine o causa. Tutti i guaritori concordarono sul fatto che il *pozlom* delle gambe derivava dal calpestare inavvertitamente le fronde e i rami che erano stati usati per purificare e liberare dalle malattie i pazienti. Secondo le credenze dei Tzotzil, la malattia così estratta dal malato rimane attaccata ai rami e può essere contratta da altri. I rami possono essere abbandonati su di un sentiero da un guaritore negligente, ma più spesso vengono gettati là intenzionalmente per far ammalare qualcuno. La malattia è così contratta per una specie di contagio.

Anche se aveva origine nelle azioni di persone malvagie, il *pozlom* contratto dai rami non era attribuito direttamente alla stregoneria. Per i guaritori, le malattie causate dalla stregoneria costituivano una categoria a sé stante e avevano sintomi differenti. Per esempio, il guaritore di Chenalhó fece una chiara distinzione tra un gonfiore provocato dal *pozlom* e un'infiammazione accompagnata da suppurazione purulenta: egli definì soltanto quest'ultima come *mal echado* ("male gettato addosso" o "malattia proiettata", *ak' chamel* nella lingua tzotzil). Il *pozlom* delle gambe non era attribuito solamente al contatto con dei rami infetti. Secondo il guaritore di La Ventana, anche l'esposizione al freddo poteva provocare il *pozlom*. Poiché molti indigeni portano ancora la tradizionale tunica corta e indossano solo dei sandali di cuoio, anche in inverno, essi sono molto esposti a questa malattia.

Accanto al gonfiore, i guaritori classificarono come *pozlom* i noduli o i tumori che crescevano all'interno del corpo e sulla pelle (il guaritore di La Ventana incluse tra le manifestazioni esterne del *pozlom* anche i *chakal* e i bernoccoli pruriginosi). Tutti i guaritori consideravano i tumori nell'addome e nell'utero come le forme più pericolose di *pozlom*. In termini di causalità, essi interpretavano questi tumori come "malattie dell'anima" e le attribuivano ai "cattivi sogni" – *malos sueños*. Le credenze che le malattie possano derivare dai sogni sono diffuse nella cultura dei Maya. Per gli indigeni, i sogni sono esperienze reali dell'anima (*chu'lel*), che abbandona il corpo durante il sonno per vagare liberamente<sup>(23)</sup>. Nel suo vagabondare, però, l'anima può diventare vittima del *pukuh* (diavolo) o di altre entità malvagie. Qualsiasi cosa di male capiti all'anima durante i sogni, può manifestarsi come malattia. Anche nel documento dell'OMIECH (1989), l'ori-

gine del *pozlom* è attribuita ai sogni, oltre che al calpestare i rami usati nelle guarigioni; questi sogni sono molto simili a quelli descritti dai miei informatori.

I guaritori tzotzil chiamavano *malos sueños* i sogni in cui la persona è aggredita da animali o vede il diavolo in forma animale, come pure i sogni in cui la vittima, più spesso una donna, è sedotta da una persona di sesso opposto. Il guaritore di Chenalhó spiegò che i sogni di seduzione sessuale erano un “inganno del *pukuh*”, che può camuffarsi e assumere l’aspetto umano<sup>(24)</sup>. Come conseguenza di un sogno di seduzione, nell’utero della donna si svilupperà un tumore che provocherà dolori intensi ed emorragia prolungata.

Sebbene tutti i guaritori concordassero su questa eziologia del *pozlom*, le loro interpretazioni dei tumori e della possibile relazione tra questi e il cancro variavano. Il guaritore di Chenalhó, per esempio, riteneva che i tumori dell’utero e il cancro fossero la stessa malattia, ma attribuiva al termine cancro semplicemente il significato di “qualcosa che cresce”, piuttosto che quello di una malattia incurabile; disse che tutti i tumori potevano essere curati con i rimedi di erbe e con le preghiere. Il guaritore di Chamula, che pure identificava i tumori con il cancro, aveva maggior familiarità con l’interpretazione occidentale di questa malattia. Egli riteneva comunque che, anche se i medici conoscevano in modo approfondito questa malattia, essi non erano in grado di curarla perché non sapevano riconoscere, e quindi eliminare, le sue cause ultime. Queste sono di natura spirituale e vengono rivelate al guaritore attraverso la pratica del sentire il polso. Egli spiegò che per curare il cancro, i guaritori indigeni usano dapprima le erbe per ridurre le dimensioni del tumore e poi svolgono una cerimonia di guarigione.

Il guaritore di La Ventana riteneva che i tumori dell’utero fossero frequenti, ma non li associava con il cancro, una malattia che sembrava conoscere poco (tuttavia suo figlio, che fungeva da interprete tra me e il padre, identificò il *pozlom* con il cancro). Questo guaritore interpretò i tumori dell’utero come *alchich* (“ritardo della mestruazione”), una malattia in cui il sangue mestruale è trattenuto nell’utero provocandone il rigonfiamento. Anche il guaritore di Zinacantán non identificava i tumori causati dal *pozlom* con il cancro. Invece associava il cancro dell’utero a delle piaghe che si diffondono senza mai guarire, come pure ai *chakal* interni che aumentano di grandezza e poi si rompono. Secondo la sua opinione, entrambe le malattie erano fatali.

Più degli altri guaritori, il guaritore di Zinacantán sottolineò le conseguenze a lungo termine che il *pozlom* può avere se non viene curato prontamen-



te. Così, il *pozlom* delle gambe può peggiorare fino a divenire *reuma* (dolore cronico delle ossa). Il *pozlom* inoltre può danneggiare in modo permanente le parti del corpo che colpisce, per esempio, può rendere una persona cieca o zoppa<sup>(25)</sup>. Alcune forme di *pozlom* possono risultare in *sital chamel* (gonfiore generalizzato del corpo). Queste descrizioni sono importanti in quanto mettono in evidenza delle nozioni di malattie croniche o degenerative, come pure la consapevolezza da parte dei guaritori indigeni della sfida che queste malattie rappresentano per la medicina tradizionale.

Anche i guaritori di Chamula e Chenalhó ritenevano che i tumori potessero portare alla morte del paziente, qualora non fossero trattati tempestivamente. Forse possiamo vedere nelle loro affermazioni un riconoscimento implicito della natura spesso incurabile del cancro. Comunque, nessuno dei guaritori ammise apertamente di non essere mai riuscito a curare con successo queste forme di *pozlom*. Queste affermazioni non contraddicevano le spiegazioni dei guaritori circa il fallimento delle terapie tradizionali, che essi imputavano ad un trattamento tardivo o inappropriato. I guaritori tradizionali sono spesso riluttanti a trattare delle malattie che considerano troppo avanzate o addirittura fatali. Il caso del bambino tzotzil con cancro all'occhio illustra questo fatto. Inizialmente i guaritori consultati dal padre del bambino cercarono di curare con le erbe la piccola escrescenza sul lato sinistro del suo viso (che avevano diagnosticato come *pozlom*). Quando però l'escrescenza crebbe di nuovo, essi dissero al padre che la malattia del bambino era incurabile e che non potevano fare nulla per salvarlo.

In generale, le spiegazioni fornite dalle levatrici indigene concordavano con quelle dei guaritori, anche se a volte rivelavano delle differenze nei dettagli. Per esempio, una levatrice di Larráinzar incluse, tra le manifestazioni del *pozlom*, i *chakal* e i bernoccoli pruriginosi (anche il guaritore di La Ventana aveva identificato questi disturbi con il *pozlom*). La levatrice, inoltre, identificava il *pozlom* con la malattia chiamata *aire*, o "vento", che è pure classificata come malattia "fredda" dagli indigeni (l'*aire* può provocare dolori reumatici e alcuni disturbi intestinali). Poiché il *pozlom* è associato con l'*aire* anche nell'etnografia di Larráinzar scritta da Holland (HOLLAND W. 1963: 267, 285), è possibile che questa interpretazione rappresenti una variante locale di concetti più generali.

Diversamente dai guaritori, le levatrici tzotzil mostravano di conoscere il concetto tradizionale di "cancro della ferita" e lo distinguevano dal cancro nel senso biomedico, una malattia che però conoscevano solo vagamente. Tutte affermarono di non aver mai visto dei casi di cancro all'utero nella loro pratica e menzionarono invece altri problemi ginecologici, come l'utero

“gonfio” e il ritardo delle mestruazioni. Sebbene concordassero sul fatto che il *pozlom* può provocare tumori nell’addome, esse non erano in grado di dire se potesse provocare anche il cancro.

Solo due delle quattro levatrici sapevano che il cancro era una malattia incurabile ed erano a conoscenza di alcuni casi. Una levatrice di Chenalhó aveva un’anziana zia che stava morendo di cancro all’utero. Alla zia era stato diagnosticato un cancro avanzato dell’utero sei mesi prima a San Cristóbal, ma a causa delle sue condizioni fisiche e all’età avanzata, i medici avevano ritenuto che la donna non avrebbe sopportato un’operazione; la levatrice attribuiva la malattia della zia alla stregoneria. La levatrice di Larráinzar, menzionata sopra, ricordava il caso di un uomo che era morto per un cancro al naso. L’uomo era andato fino a Città del Messico per sottoporsi a delle cure specialistiche, ma tutto era stato inutile. La levatrice utilizzò il termine *k’ael* (putrefazione) per descrivere il diffondersi del cancro sul volto dell’uomo. Si è già notato l’uso dei termini indigeni per descrivere una escrescenza cancerosa.

Le levatrici *ladinas*, che vivevano nei centri municipali *tzotzil*, condividevano in varia misura le concezioni indigene. Una levatrice di Zinacantán, per esempio, accettava pienamente la nozione di *pozlom* e riteneva che alcune sue forme corrispondessero al cancro. Un’altra levatrice *ladina*, originaria di Chenalhó, non conosceva il concetto di *pozlom*, ma condivideva invece le idee locali sulla stregoneria; essa mostrava di conoscere la distinzione tra tumori benigni e tumori maligni e attribuiva questi ultimi alla stregoneria. Le infermiere professionali, anche se cresciute nei centri municipali indigeni, mostravano una minor familiarità con le concezioni native del *pozlom*. Sebbene vivessero a stretto contatto con gli indigeni, la loro posizione socio-economica e il loro background culturale le portava a ignorare, e spesso a svalutare, le pratiche mediche native. Sulla base della loro esperienza, tuttavia, esse facevano a volte delle osservazioni interessanti riguardo al problema del cancro nelle comunità indigene. Per esempio, un’infermiera, che lavorava presso l’unità medica rurale di Larráinzar, disse che a volte gli indigeni raccontavano che, prima di morire di *k’ush ch’ut* (dolori addominali), il paziente aveva macchiato il letto con una sostanza scura; l’infermiera osservò che ciò poteva indicare dei casi di cancro. Nei termini della mia ricerca, le sue osservazioni erano importanti perché suggerivano la possibilità che altre classificazioni indigene delle malattie, come appunto il *k’ush ch’ut*, potessero implicare delle forme di cancro.

Nel corso della mia ricerca, ho avuto vari contatti con indigeni che vivevano a San Cristóbal e anch’essi hanno rappresentato una fonte di informa-

zione. Tra quelli che ritenevano che il *pozlom* fosse associato con il cancro, c'erano un predicatore protestante, originario di Chamula, e un paramedico, anch'esso di Chamula, che lavorava presso il Centro di salute di San Cristóbal. Poiché il paramedico aveva familiarità sia con la medicina tradizionale che con quella occidentale, la sua opinione che la categoria di *pozlom* potesse includere dei casi di cancro era particolarmente rilevante per il mio studio.

### Conclusioni

Questo articolo ha cercato di affrontare il problema del cancro tra la popolazione de Los Altos del Chiapas nei suoi vari aspetti, epidemiologici e socioculturali, focalizzandosi in modo particolare sulle interpretazioni di questa malattia nella cultura medica indigena. Nella prima parte, si è cercato di determinare la possibile incidenza del cancro tra la popolazione maya, integrando i dati relativi al periodo della mia ricerca con le statistiche più recenti (anno 2000). Si è visto come i dati relativi al periodo 1990-1992 sottovalutassero la magnitudine di questo problema in tre modi: i dati si basavano principalmente sulle diagnosi effettuate negli ospedali; il sistema di notificazione era carente; infine, non erano disponibili gli strumenti per valutare il numero dei casi che rimanevano non diagnosticati nelle comunità indigene e che quindi venivano attribuiti ad altre cause.

Le statistiche più recenti sembrano aver ovviato in gran parte a queste carenze, ma rimangono ancora incomplete. La situazione di instabilità politica e la conseguente parziale paralisi dei servizi medici rurali inducono a ritenere che i dati relativi alle comunità indigene non rappresentino in modo esaustivo l'incidenza del cancro tra questa popolazione. Rispetto al 1992, comunque, le statistiche del 2000 offrono un quadro più preciso e dettagliato sia per quanto riguarda il problema specifico del cancro, che per altre diffuse patologie. Il dato più rilevante che emerge da queste statistiche è l'aumento considerevole del numero dei decessi per cancro nel dipartimento sanitario di San Cristóbal, dove i tumori maligni rappresentano ora la seconda causa di morte. Da una parte, questa tendenza sembra confermare l'opinione di quei medici che ritenevano che l'incidenza del cancro ne Los Altos fosse maggiore di quella suggerita dai dati ufficiali. Dall'altra parte, anche le statistiche del 2000 non forniscono valutazioni certe, in quanto è difficile determinare se esse indichino un aumento reale del numero dei tumori maligni o se derivino invece dall'intensificazione delle attività di diagnosi e di controllo epidemiologico. Le statistiche, inol-

tre, non permettono di scorporare i dati per gruppo etnico, ad esclusione di quelle relative alle comunità indigene, dove tuttavia vivono numerosi *ladinos*. Pur con queste limitazioni, i dati disponibili permettono di affermare che il problema del cancro, seppur non quantificabile in modo preciso, è un problema abbastanza serio nelle comunità de Los Altos e che la situazione merita una maggior attenzione e degli interventi più mirati di screening e diagnosi precoce.

Le risorse economiche alquanto ridotte delle istituzioni di salute nel Chiapas, specialmente quelle delle strutture ospedaliere a San Cristóbal, limitano la possibilità di fornire terapie adeguate ai pazienti affetti da cancro, siano essi indigeni o *ladinos*. Come già menzionato, gli interventi di chirurgia specialistica e i trattamenti di chemioterapia non sono disponibili localmente e questo può forse spiegare, almeno in parte, il fatto che nel Chiapas i tumori maligni rappresentino la prima causa di morte. Tra tutti i pazienti, sono soprattutto quelli indigeni a soffrire maggiormente delle conseguenze di questa situazione. Poiché i servizi sanitari nelle aree rurali offrono soltanto attenzione medica di base, i pazienti con patologie gravi o complesse vengono indirizzati agli ospedali della città per i necessari esami e per le visite specialistiche. Tuttavia, vari ostacoli, sia di natura economica che socio-culturale, rendono difficoltoso per i pazienti indigeni l'accesso ai servizi medici urbani. La distanza dalla città e la mancanza di mezzi economici, anche solo per le spese di viaggio, frequentemente li costringono a dilazionare le visite presso gli ambulatori degli ospedali e, quando infine si rivolgono agli ospedali, la loro malattia è spesso ad uno stadio avanzato. Anche allora, può risultare proibitivo per questi pazienti sopportare tutti i costi connessi a prolungate cure ospedaliere. Molti pazienti indigeni muoiono nelle loro case senza assistenza medica e senza nemmeno i più basilari farmaci antidolorifici. Lo stato di inferiorità sociale in cui vivono aggrava la loro situazione. I pregiudizi etnici nei loro confronti li inducono spesso ad evitare il ricovero in ospedale o comunque impediscono loro di usare liberamente i servizi medici, ai quali pure hanno diritto. La loro scarsa familiarità con le procedure e i concetti della medicina occidentale interferisce con la capacità di comprendere la complessità della loro malattia e del suo trattamento ed è a volte causa di sfiducia nei confronti del personale sanitario, come nel caso del padre del bambino tzotzil che accusava i medici di avergli mentito sulle condizioni reali del figlio e sulla loro capacità di curarlo.

Le interpretazioni tradizionali delle malattie influenzano in vari modi le percezioni del cancro da parte dei pazienti indigeni. I concetti medici occidentali sono spesso reinterpretati nei termini delle concezioni a loro più

familiari. La cultura medica indigena non include delle nozioni di cancro e di malattia maligna, nel senso in cui questi concetti sono utilizzati nella biomedicina. Questi sono il prodotto dello sviluppo scientifico della ricerca e della tecnologia medica nei paesi industrializzati e si fondano su di un orientamento culturale e filosofico diverso. Alla base delle differenze nell'interpretazione delle malattie ci sono profonde differenze nella visione del mondo e nella concezione della natura e dell'uomo. Questo divario culturale è un aspetto importante da considerare, se si vuole creare una possibilità di dialogo e migliorare la comunicazione tra i pazienti indigeni e il personale medico.

L'analisi dei dati etnografici che ho raccolto ha mostrato la complessità delle interpretazioni tradizionali di alcune malattie, che potrebbero avere una relazione con il cancro. Queste includono, in modo particolare, certe forme di *apon* e di *pozlom*, come pure il cosiddetto *cáncer de la matriz* (la definizione indigena di un tipo di infiammazione dell'utero), ma anche le classificazioni più generiche come il *k'ush ch'ut* (dolori addominali). Questi concetti tradizionali, tuttavia, non sono facilmente riconducibili a quelli biomedici, perché si basano su dei criteri non rigidamente sintomatici, e in una certa misura variabili, di diagnosi e identificazione delle malattie. Come la mia analisi ha evidenziato, le classificazioni etnomediche sono più ampie, o inclusive, delle categorie mediche occidentali, specialmente quando descrivono delle malattie localizzate all'interno del corpo. Strettamente collegata a queste caratteristiche, è l'importanza dell'eziologia nell'interpretazione delle malattie. Le teorie eziologiche che collocano la causa delle malattie nella sfera spirituale contrastano enormemente con l'approccio della medicina scientifica, che si focalizza esclusivamente sui fattori biologici. La preoccupazione e l'interesse per le cause ultime delle malattie, caratteristici della medicina indigena, rendono più complesso il confronto tra i concetti tradizionali e quelli biomedici. Tuttavia, anche se non è possibile stabilire una corrispondenza univoca tra questi concetti, un'analisi attenta e sistematica può rivelare quei casi in cui determinate categorie etnomediche potrebbero coprire o nascondere delle forme di cancro. Lo studio di queste concezioni è al tempo stesso utile e necessario. Rivelando possibili corrispondenze o punti di contatto, tale ricerca potrebbe suggerire dei modi per trasmettere importanti concetti biomedici agli indigeni in una forma culturalmente più accessibile. Potrebbe inoltre contribuire a identificare dei casi concreti di cancro, fornendo così una base più adeguata per valutare la gravità di questo problema e per definire gli interventi appropriati.

Gli interventi diretti a fornire dei servizi medici più accettabili e un'informazione più adeguata non implicano un tentativo di confinare la medici-

na tradizionale ad un ruolo subordinato o di negare il valore che essa possiede per gli indigeni. Grazie al suo approccio olistico, la medicina tradizionale può rispondere ai bisogni psicologici e alle esigenze legate alla sfera religiosa dei pazienti molto più di quanto non possa farlo l'approccio biologico della medicina scientifica; può quindi rappresentare un complemento ed un'integrazione di questa. Si deve considerare anche la possibilità che lo studio delle ricche conoscenze botaniche dei guaritori indigeni – simile a quello condotto da Ann e Brent Berlin per il trattamento delle diarree – si riveli utile per aiutare a identificare dei rimedi atti ad alleviare le sofferenze dei malati di cancro. Anche per questo, sarebbe molto importante che i servizi medici riuscissero a sviluppare una collaborazione più fattiva con i guaritori indigeni, invece di ignorarli.

Al tempo della mia ricerca, sia l'Instituto nacional indigenista [INI], che alcuni ricercatori indipendenti, stavano collaborando con i guaritori indigeni e con la loro associazione (OMIECH) in un progetto volto a recuperare le conoscenze e le esperienze terapeutiche dei guaritori indigeni e a valorizzare non solo gli aspetti naturalistici delle loro pratiche, ma anche quelli più propriamente rituali e religiosi. Anche la Secretaría de salud mostrava un certo interesse per la medicina indigena, ma questo si limitava soprattutto allo studio dei rimedi botanici. Per quanto riguarda le levatrici indigene, invece, le istituzioni pubbliche di salute avevano avviato da tempo una collaborazione più fruttuosa e alcune di quelle che ho incontrato avevano già preso parte a dei corsi di formazione. Poiché i guaritori e le levatrici indigeni rappresentano ancora importanti risorse in molte comunità, il loro interesse e disponibilità ad indirizzare i pazienti gravi o i casi più difficili ai servizi medici occidentali potrebbe contribuire ad un maggior riconoscimento del problema del cancro da parte del personale sanitario e a migliorare l'attenzione medica fornita agli indigeni. A questo scopo, sarebbero pure indispensabili la riqualificazione e l'addestramento ulteriore dei paramedici indigeni. Come si è notato in precedenza, a volte il tentativo da parte dei paramedici di conciliare i concetti indigeni con quelli occidentali, anziché contribuire ad un'informazione corretta, risulta invece in una mescolanza di concetti eterogenei, come nel caso del paramedico che riteneva che l'ambiente sterile dell'ospedale neutralizzasse il freddo dei morti.

Il perdurare del conflitto politico-militare ne Los Altos, la cosiddetta guerra di bassa intensità portata avanti dallo stato contro le comunità indigene, ha aggravato notevolmente le condizioni di salute della popolazione maya. Si può intuire come ciò abbia reso ancora più drammatica la situazione dei pazienti indigeni sofferenti di cancro. Per fornire aiuto alle comunità, in

alcune aree, il movimento zapatista ha iniziato a creare una rete autonoma di servizi medici di base, costituita principalmente da un gruppo di promotori di salute, addestrati e seguiti nelle loro attività dal personale medico. Con l'aiuto di varie organizzazioni internazionali, incluse alcune ONG italiane, il movimento zapatista ha anche creato una struttura più ampia e complessa in grado di fornire alcuni servizi di tipo ospedaliero alla popolazione – la cosiddetta Clinica di Oventic, nel municipio di Mitontic, situata a circa un'ora di strada da San Cristóbal (altre quattro cliniche simili sono in attesa di essere costruite come parte della creazione e sviluppo delle autonomie municipali indigene). Tuttavia, per quanto è possibile giudicare sulla base delle notizie disponibili, né questa clinica né i servizi di base ad essa collegati sono in grado di fornire cure mediche adeguate ai pazienti indigeni affetti da patologie gravi e complesse come il cancro. Per questo tipo di malattie, le strutture sanitarie pubbliche sono, e rimarranno, indispensabili. Infatti, anche alla Clinica di Oventic i pazienti con patologie gravi vengono trasportati negli ospedali urbani. È importante che il coordinamento tra i servizi sanitari pubblici e quelli istituiti dal movimento zapatista sia mantenuto e potenziato in modo da favorire quella pluralità di risorse, che sola può rispondere ai molteplici bisogni di attenzione medica dei pazienti indigeni, specialmente quelli sofferenti di cancro.

## Note

<sup>(1)</sup> L'Instituto mexicano de seguro social (IMSS) è l'istituzione nazionale che fornisce assistenza medica ai lavoratori dell'industria e dell'agricoltura industriale. Attraverso il programma federale di Solidarietà (originariamente programma COPLAMAR, istituito nel 1979), l'IMSS ha esteso l'assistenza medica di base a tutta la popolazione rurale e indigena del Messico. L'Ospedale - Clinica rurale [Clinica-Hospital de campo], che il programma IMSS-Solidaridad gestisce a San Cristóbal, offrono gratuitamente attenzione medica specialistica e cure ospedaliere agli indigeni. L'Ospedale generale e l'annesso Centro di salute, entrambi appartenenti alla Secretaría de salud, offrono vari tipi di servizi, alcuni gratuiti e altri a pagamento, alla popolazione non coperta dalla previdenza sociale.

<sup>(2)</sup> Nella lingua dei Tzotzil, i guaritori indigeni sono chiamati *ilol* (plurale *iloletik*, in spagnolo *iloles*). Gli *iloles* del Chiapas sono dei guaritori spirituali ed esperti erboristi, ma non sono sciamani nel senso stretto del termine. Sebbene si rivolgano alle entità e alle forze del mondo invisibile per effettuare la guarigione, essi non utilizzano la tecnica del viaggio per la diagnosi e la cura delle malattie (sulla tecnica del viaggio come elemento distintivo dello sciamanismo, si veda ELIADE M. 1974 [1951]). Per sottolineare il valore delle loro pratiche, gli *iloles* si definiscono *médicos indígenas* in spagnolo (ne Los Altos il termine *doctor* è utilizzato per i praticanti della medicina occidentale, mentre il termine *curandero* si riferisce ai praticanti della medicina popolare *ladina*). Molti *iloles* sono membri dell'OMIECH (Organización de médicos indígenas del Estado de Chiapas), un'associazione creata per preservare le loro tradizioni e promuoverne lo sviluppo. Come in altre parti

del mondo, esistono diverse categorie di guaritori: quelli che diagnosticano le malattie tastando il polso del paziente (*pulsadores*); gli esperti dei rimedi a base di erbe o *hierberos*; gli acconcia-ossa o *hueseros*; quelli che hanno il compito di intercedere per un malato o per l'intera comunità pregando i santi e le divinità del panteon maya (*rezadores*). Le levatrici indigene (*parteras*) si occupano soprattutto dell'assistenza ai parti e di alcuni problemi ginecologici.

<sup>(3)</sup> Al tempo della mia ricerca, i servizi medici nelle comunità indigene includevano 12 centri di salute dipendenti dalla Secretaría de salud e 56 Unità mediche rurali (UMR) appartenenti al Programma IMSS-Solidaridad. I Centri di salute e le UMR fornivano gratuitamente attenzione medica di base agli indigeni. Il personale incaricato dei servizi rurali includeva un medico e uno o più infermieri ed era affiancato da un gruppo di promotori di salute che lavoravano nelle comunità più lontane.

<sup>(4)</sup> A partire dal 1950, le comunità indigene del Chiapas sono state investite da un processo di cambiamento religioso, a seguito della diffusione del Protestantismo. Nel municipio di Chamula, uno dei municipi più tradizionalisti de Los Altos, questo processo ha cominciato ad affermarsi soltanto intorno al 1970. Negli anni successivi, soprattutto dal 1975 in poi, la diffusione di numerosi gruppi protestanti, appartenenti a varie denominazioni (Presbiteriani, Pentecostali, Battisti, Adventisti del Settimo Giorno), ha dato origine a violenti conflitti che si sono spesso conclusi con l'espulsione degli indigeni convertiti dai loro villaggi. Gli *expulsados* di Chamula si sono rifugiati per la maggior parte a San Cristóbal, insediandosi nei quartieri più poveri alla periferia della città o creando delle nuove colonie nelle sue vicinanze. Nel 1992 questi rifugiati ammontavano a circa 15.000 persone.

<sup>(5)</sup> Secondo i dati della Secretaría de salud (anteriormente, Secretaría de salubridad y asistencia, SSA), i tassi di incidenza delle cinque forme più comuni di cancro nel 1985 erano i seguenti: 29,9 (per 100.000 abitanti) per il cancro ai polmoni, 25,9 per il cancro allo stomaco, 24,5 per il cancro della cervice, 12,9 per il cancro alla prostata e 11,4 per il cancro al seno. Questi tassi sono basati sull'incidenza del cancro nella popolazione messicana di età superiore ai 25 anni (SSA 1990).

Le statistiche del 2000, alle quali ho potuto accedere attraverso il sito web della Secretaría de Salud, si riferiscono soltanto alla mortalità per cancro, ma non alla morbilità. Un dato significativo che emerge da queste statistiche è l'aumento dei tumori al fegato, che rappresentano ora la quarta causa più frequente di morte per cancro. Gli indici di mortalità per le cinque forme più comuni di cancro nel 2000 sono i seguenti: 6,19 (per 100.000 abitanti) per il cancro ai polmoni, 4,95 per il cancro allo stomaco, 4,58 per il cancro della cervice, 4,15 per il cancro al fegato e 3,81 per il cancro alla prostata (fonte: [www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/mortalidad2000](http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/mortalidad2000)).

<sup>(6)</sup> Nel 1986 i tassi di incidenza per le cinque forme più comuni di cancro nel Chiapas erano: 38,5 (per 100.000 abitanti) per il cancro allo stomaco, 32,2 per il cancro della cervice, 13,1 per il cancro ai polmoni, 7,8 per il cancro alla prostata e 7,7 per il cancro al seno. Anche questi dati si riferiscono alla popolazione di età superiore ai 25 anni (SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DEL CHIAPAS 1992).

Come per i dati a livello nazionale, le statistiche disponibili per l'anno 2000 si riferiscono soltanto alla mortalità per cancro. Con un tasso del 46,3 per 100.000 abitanti, i tumori maligni rappresentano la prima causa di morte nel Chiapas (il tasso per il 2001 è del 46,4); le tre forme più frequenti sono il cancro allo stomaco, il cancro della cervice e il cancro al fegato (fonte: [www.salud.chiapas.gob.mx/morta/PDF-SEED-2000](http://www.salud.chiapas.gob.mx/morta/PDF-SEED-2000)). In rapporto agli altri stati del Messico, il Chiapas presenta la più alta mortalità per cancro allo stomaco sia negli uomini (19,1) che nelle donne (16,2), mentre la mortalità per cancro cervico-uterino (19,9 per 100.000 abitanti) colloca il Chiapas al terzo posto dopo Nayarit (23,3 per 100.000) e Morelos (21,6 per 100.00) (fonte: [www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/mortalidad2000](http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/mortalidad2000)).

<sup>(7)</sup> Nonostante la quantità enorme di ricerche sulle cause del cancro, la biomedicina non è ancora in grado di spiegare con certezza perché il cancro si sviluppi in certe persone che sono state esposte agli agenti cancerogeni, ma non in altre. Allo stato attuale, l'eziologia di questa malattia può essere capita solo nei termini del concetto statistico di rischio, cioè come accresciuta probabilità di sviluppare la malattia. In linea generale, tuttavia, gli studi epidemiologici associano la prevalenza del cancro allo stomaco e al fegato ai fattori alimentari e alla dieta. Più specificatamente,



si ritiene che il cancro gastrico sia legato al consumo di cibi bruciati e mal conservati e che le cause di certi tipi di cancro al fegato siano da attribuire alle aflatoossine, cioè alle muffe che si producono sui cereali conservati in luoghi umidi. Per quanto riguarda il cancro della cervice, alcuni studi associano questa forma di cancro ai modelli sessuali e riproduttivi delle diverse popolazioni, in particolare a fattori come l'elevata fertilità e i parti in età relativamente giovane. Altre ricerche lo attribuiscono più direttamente alla promiscuità e carenza di igiene sessuale, in particolare alla trasmissione del papilloma cancerogeno da maschio a femmina nel coito (v. DOLL R. - ARMSTRONG B. 1981). In letteratura, si riporta una frequenza minore di cancro cervico-uterino tra le popolazioni che praticano la circoncisione, rispetto alle popolazioni non circoncise.

<sup>(8)</sup> I registri del Programma di Controllo per il Cancro cervico-uterino dei servizi della Secretaría de Salud a San Cristóbal (Centro di salute e Ospedale generale) elencavano 16 casi di cancro cervico-uterino per il 1990, 12 casi per il 1991 e 13 casi per il 1992 (gennaio-giugno); questi dati includevano i casi di cancro cervico-uterino diagnosticati in altre istituzioni di salute. Per quanto riguarda le altre forme di cancro, gli archivi dell'Ospedale generale e dell'Ospedale rurale (IMSS-Solidaridad) registravano 11 casi nel 1990, 8 casi nel 1991 e 12 casi nel primo semestre del 1992.

<sup>(9)</sup> Il Sistema nacional de desarrollo integral de la familia (DIF) è un programma istituito dal governo messicano per assistere economicamente e socialmente le famiglie, specialmente quelle più indigenti. Al tempo della mia ricerca, il DIF aveva rappresentanti locali in tutti i municipi indigeni (le mogli dei presidenti municipali, come in tutto il Messico) e questo spiega il maggior successo delle campagne di screening implementate con il suo appoggio.

<sup>(10)</sup> Gli indici di mortalità per il 2000 sono i seguenti: 32,5 per 100.000 per tutte le forme di tumore maligno (seconda causa di morte), 7,9 per il cancro allo stomaco e 3,4 per il cancro della cervice (fonte: [www.salud.chiapas.gob.mx/morta/PDF-SEED-2000/Jr-II](http://www.salud.chiapas.gob.mx/morta/PDF-SEED-2000/Jr-II)). Gli indici di mortalità per l'anno 2001 sono: 24,9 per tutte le forme di tumore maligno (quarta causa di morte), 5,1 per il cancro allo stomaco e 2,9 per il cancro della cervice (fonte: come sopra). Non è dato di sapere perché il numero di decessi per tumore maligno nel 2001 sia inferiore a quello del 2000.

<sup>(11)</sup> Questa espansione si deduce dalle tabelle relative ai Dati Preliminari del 2000 pubblicate sul sito web della Secretaría de salud del Chiapas ([www.salud.chiapas.gob.mx](http://www.salud.chiapas.gob.mx)). Secondo questi dati, i Centri di salute, le Unità mediche rurali e le Unità mediche familiari presenti attualmente nei municipi indigeni ammontano complessivamente a 118.

<sup>(12)</sup> La giurisdizione sanitaria di Comitán, nella parte meridionale dell'Altipiano, comprende la popolazione *ladina* residente nella città di Comitán (circa 70.000 abitanti) e una numerosa popolazione indigena di lingua tojolabal (maya), distribuita nelle aree rurali. Secondo i dati forniti dalla Secretaría de salud del Chiapas ([www.salud.chiapas.gob.mx/morta/PDF-SEED-2000/Jr-III](http://www.salud.chiapas.gob.mx/morta/PDF-SEED-2000/Jr-III)), i tumori maligni rappresentano la prima causa di morte nel dipartimento di Comitán (181 decessi nel 2000 con un tasso del 42,0 per 100.000 e 178 decessi nel 2001 con un tasso del 40,7) e, di nuovo, le forme più frequenti sono il cancro gastrico e quello cervico-uterino. La maggior concentrazione dei casi riguarda la città di Comitán (68 casi nel 2000 e 69 nel 2001). Si è notato in precedenza come l'Ospedale generale di Comitán (Secretaría de salud) avesse iniziato già da tempo, nel 1985, a condurre delle ricerche mirate sul cancro, in particolare il cancro gastrico, con la partecipazione di alcuni ricercatori dell'Università di Stanford in California. Questo spiega forse il fatto che il numero dei tumori maligni sia più alto rispetto al dipartimento di San Cristóbal, come riflesso di un'indagine più mirata e di una maggior attività di diagnosi.

<sup>(13)</sup> Queste fonti sono le pagine web degli Istituti di cancerologia di Tutxla Gutiérrez e di Città del Messico, rispettivamente [www.uicc.org/publ/directory/mxcecch.html](http://www.uicc.org/publ/directory/mxcecch.html) e [www.uicc.org/publ/directory/mxincan.html](http://www.uicc.org/publ/directory/mxincan.html).

<sup>(14)</sup> Per diagnosticare le malattie, i guaritori indigeni tastano il polso del paziente, appoggiando il dito pollice sulla parte interna del polso del malato, e ascoltano "ciò che il sangue dice". Poiché il sangue è la sede della forza vitale, che può essere integra o affievolita, esso rivela al guaritore la natura della malattia ("calda" o "fredda") e la sua causa (naturale o soprannaturale); gli fornisce inoltre le indicazioni circa il trattamento necessario (si veda, FABREGA H. JR. - SILVER D. B. 1973: 151-152).

<sup>(15)</sup> Questa informazione è contenuta nell'articolo di Zurita e Zolla sulle malattie dermatologiche nella medicina tradizionale del Messico (ZURITA ESQUIVEL M. - ZOLLA C. 1986). Anche Orellana

(ORELLANA S. L. 1987: 122) riferisce che, durante il periodo coloniale, era presente in Guatemala una malattia chiamata *cancro*, che probabilmente corrispondeva alla sifilide. Nella medicina europea il termine cancro, o canchero, descriveva originariamente le ulcere cancrenose provocate dalla sifilide.

<sup>(16)</sup> Campos (CAMPOS T. 1983: 217) riporta delle credenze simili tra i Maya tojolabal nella parte meridionale dell'Altipiano (regione di Comitán).

<sup>(17)</sup> Nota linguistica: per convenzione, l'apostrofe nel corpo di una parola (') simbolizza la consonante glottale delle lingue maya, un suono plosivo che è percepito come un leggero schiocco.

<sup>(18)</sup> Le interpretazioni locali del *chakal* non contraddicono la definizione generale, ma la arricchiscono con ulteriori dettagli. A Cancuc, per esempio, il termine *ishim chakal* indica un piccolo rigonfiamento o nodulo subcutaneo, mentre *chakal* si riferisce a un nodulo di medie dimensioni; *tum chakal* viene utilizzato per un nodulo più grosso ed è quasi un sinonimo di *apon*. A Tenejapa e Oxchuc, il termine *tsi'zim chakal* descrive una stringa di piccoli noduli purulenti sul collo. Alcuni medici ritenevano che il *tsi'zim chakal* corrispondesse alla tubercolosi gangliare.

<sup>(19)</sup> Nel municipio di Tenejapa il termine *apon* non è molto usato. Al suo posto si utilizza il termine *chakal* per indicare quei disturbi che sono classificati come *apon* in altre comunità; il termine è accompagnato da un'espressione che specifica dove il tumore è localizzato, per esempio, *chakal ta ch'ut* indica un tumore nell'addome.

<sup>(20)</sup> Per quanto ho potuto osservare nel corso delle mie precedenti ricerche nel Chiapas, le conoscenze anatomiche dei Maya contemporanei non sono molto dettagliate. Mentre esistono molti termini indigeni per descrivere le parti esterne del corpo e le ossa corrispondenti, solo i principali organi interni e le loro funzioni sono conosciuti. Alcune persone però sembrano possedere una conoscenza maggiore dell'anatomia umana, che a volte ricalca quella conosciuta attraverso l'uccisione degli animali domestici. Secondo Elois e Brent Berlin (BERLIN E. A. - BERLIN B. 1996), le conoscenze degli indigeni tzeltal e tzotzil sull'anatomia e fisiologia umane sono molto più precise e dettagliate di quanto generalmente riportato nella letteratura etnografica, ma nemmeno questi autori trattano l'argomento in modo approfondito.

<sup>(21)</sup> Il termine *pozlom* usato per indicare la malattia non deve essere confuso con la parola simile *poslom*. Quest'ultima descrive una luce che appare come sospesa sopra la cima di una collina, rivelando con ciò l'esistenza di un tesoro sepolto. Il termine *poslom* indica anche una sfera di fuoco che si muove velocemente attraverso il cielo o anche una stella cadente. I miei informatori tzotzil non distinguevano sempre la pronuncia delle due parole e tendevano ad usare il termine *pozlom* anche per la luce sospesa nell'aria.

Il mio uso della forma *pozlom* per indicare la malattia differisce da quello di altri autori che utilizzano, con un significato un po' diverso, le forme *poslom* o *pos lom* (FABREGA H. Jr. - SILVER D. B. 1973: 242, 432; HOLLAND W. 1963: 267, 285). Tuttavia, in una pubblicazione dell'OMIECH (1989: 50-53), il nome della malattia è scritto come *potzloom*. In questo articolo, ho adottato la dizione *pozlom* perché i miei informatori pronunciavano la parola in quel modo (cioè con una "z" dura). Solo un informatore bilingue la pronunciava come *poslom* (cioè, con una "z" dolce); le levatrici *ladinas* la pronunciavano sempre come *poslom*.

<sup>(22)</sup> Le caratteristiche "calde" o "fredde", che gli indigeni attribuiscono alle erbe medicinali, non si riferiscono tanto alla temperatura del decotto, ma descrivono piuttosto una qualità intrinseca o virtù curativa delle erbe. Nel loro studio delle classificazioni etnomediche delle diarree, Elois e Brent Berlin hanno notato che, ad esclusione degli stati febbrili, la maggior parte delle malattie riconosciute dagli indigeni tzeltal e tzotzil sono qualificate come "fredde" e di conseguenza sono trattate con rimedi considerati "caldi". Secondo questi autori, la prevalenza delle malattie "fredde" si spiega non solo con il fatto che gli agenti naturali come il freddo, il vento e la pioggia sono considerati cause frequenti di infermità. Ancora più importante è il fatto che, nelle concezioni indigene, ogni malattia rappresenta un evento (anche se non irreversibile) che avvicina alla morte, lo stato "freddo" finale. Anche dal punto di vista linguistico c'è uno stretto rapporto tra malattia e morte, in quanto la parola *chamel* (malattia) deriva dalla radice verbale *cham* (morire) (BERLIN E. A. - BERLIN B. 1996: 55).

<sup>(23)</sup> Le concezioni indigene dell'anima sono state descritte ampiamente nella letteratura etnografica sull'Altipiano del Chiapas (per esempio, GUTTERAS-HOLMES C. 1961: 297-306; VOGT E. 1969: 369-

374). Come discusso da Gossen nel suo articolo su Chamula (GOSSEN G. H. 1994), queste concezioni possono essere abbastanza complesse. In termini molto generali, gli indigeni distinguono tra un'anima interna (*ch'ulel*) e un'anima animale o "co-essenza", rappresentata dall'animale compagno di un individuo: questo è chiamato *lab* in tzeltal e *chanul* o *wayel* in tzotzil (a volte è utilizzato anche il termine *nagual*, che deriva dal nahuatl, la lingua degli Aztechi, oggi in uso nel Messico centrale). Entrambi i tipi di anima possono venir perduti o feriti, portando malattia o sfortuna alla persona. Quando i miei informatori definivano il *pozlom* come una malattia dell'anima [*una enfermedad del espíritu*], si riferivano al *ch'ulel*, non all'anima animale.

<sup>(24)</sup> Sebbene tutti i guaritori e le levatrici tzotzil, che ho intervistato, ritenessero che i sogni di seduzione sessuale fossero abbastanza frequenti, non sono riuscita a raccogliere delle testimonianze dirette nel 1992. Tuttavia, nel corso della mia ricerca precedente nella comunità di Yochib (1987-1988), due donne tzeltal mi avevano raccontato di queste esperienze. Le donne descrissero i loro sogni come delle esperienze terrorizzanti. L'entità o la forza che si impadroniva di loro ("*me agarraba*") era così schiacciante ("*me prensaba*") che esse si sentivano paralizzate e incapaci di chiedere aiuto. Le descrizioni delle due donne suggeriscono che, almeno in certi casi, questi sogni possano essere qualcosa di più o di diverso dall'espressione onirica di impulsi sessuali repressi e che possano invece implicare un'esperienza, simile alla trance, di possessione da parte di spiriti disincarnati. Il terrore paralizzante e l'incapacità di articolare le parole sono reazioni che le persone sperimentano anche negli incontri notturni con degli spiriti potenzialmente pericolosi come l'*Hik'al* o Uomo Nero, il *Sombrerón* e la *Pak'inte*, una donna dall'aspetto indigeno, che ammalia gli uomini e poi li abbandona nel bosco in uno stato di semi-incoscienza.

Nella letteratura etnografica sul Chiapas, i *malos sueños* sono stati considerati per lo più come comuni incubi o come sogni particolarmente gravosi. Il materiale da me raccolto, per quanto limitato, suggerisce invece delle analogie con un tipo simile di sogno che è stato documentato tra gli Iban del Borneo da Derek Freeman, il quale ne ha fornito una interpretazione psicoanalitica (FREEMAN D. 1967). Nella comunità di Yochib, i sogni di seduzione sessuale erano chiamati *monos de la noche* ("scimmie della notte"). Questa definizione si accorda con la mitologia dei Tzotzil, in cui le scimmie sono associate con il Pukuh (diavolo) e altri spiriti malvagi (BRICKER REIFLER V. 1973: 93, 128). Nel Carnevale di Chamula, i cosiddetti *Monos* ("Scimmie", cioè uomini con un copricapo di pelo di scimmia) rappresentano i demoni che tormentavano Gesù nel deserto.

<sup>(25)</sup> Secondo i medici dei servizi rurali, alcuni casi di *pozlom* delle gambe potevano corrispondere all'osteomielite (una grave infezione delle ossa e del midollo osseo), una malattia frequente tra gli indigeni. Le descrizioni di forme acute del *pozlom* delle gambe, fornite da alcuni guaritori e levatrici, confermavano questa interpretazione.

## Riferimenti bibliografici

- BALSHEM Martha (1991), *Cancer, control, and causality: Talking about cancer in a working-class community*, "American Ethnologist", vol. 18, n. 1, 1991, pp. 152-172.
- BERLIN Eloise Ann - BERLIN Brent (1996), *Medical ethnobiology of the Highland Maya of Chiapas, Mexico*, Princeton University Press, Princeton (New Jersey).
- BRICKER REIFLER Victoria (1973), *Ritual humor in Highland Chiapas*, University of Texas Press, Austin (Texas).
- CAMPOS Teresa (1983), *El sistema médico de los Tojolabales*, vol. 3, pp. 195-234, in RUZ Mario H. (curatore), *Los legítimos hombres*, UNAM, Città del Messico.
- CANCIAN Frank (1965), *Economics and prestige in a maya community*, Stanford University Press, Stanford (California).
- CHAVEZ Leo R. - HUBBELL F. Allan - McMULLIN Juliet M. - MARTINEZ Rebecca G. - MISHRA Shiraz I. (1995), *Structure and meaning in models of breast and cervical cancer risk factors: a comparison of perceptions among Latinas, Anglo Women, and Physicians*, "Medical Anthropology Quarterly", nuova serie, vol. 9, n. 1, marzo 1995, pp. 40-74.

- DOLL Sir Richard - ARMSTRONG Bruce (1981), *Cancer*, pp. 93-110, in TROWELL H. C. - BURKITT D.P. (curatori), *Western diseases: their emergence and prevention*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts).
- EBER Christine (1995), *Women and alcohol in a Highland maya town. Water of hope, water of sorrow*, ediz. riveduta e ampliata, University of Texas Press, Austin (Texas).
- EBER Christine (2001), "Take my water": liberation through prohibition in San Pedro Chenalhó, Chiapas, Mexico, "Social Science & Medicine", vol. 53, n. 2, 2001, pp. 251-262.
- ELIADE Mircea (1974 [1951]), *Lo sciamanismo e le tecniche dell'estasi*, traduz. dal francese, Edizioni Mediterranee, Roma [ediz. orig.: *Le chamanisme et les Techniques archaïques de l'extase*, Paris, 1951].
- FABREGA Horacio Jr. - SILVER Daniel B. (1973), *Illness and shamanistic curing in Zinacantan*, Stanford University Press, Stanford (California).
- FREEMAN Derek (1967), *Shaman and incubus*, vol. IV, pp. 315-343, in MUENSTERBERGER Warner - AXELRAD Sidney (curatori), *The psychoanalytic study of society*, International Universities Press, New York.
- GOOD DELVECCHIO Mary-Jo - GOOD Byron J. - SCHAFFER Cynthia - LIND Stuart E. (1990), *American oncology and the discourse on hope*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", vol. 14, n. 1, 1990, pp. 59-79.
- GOSSEN Gary H. (1994), *From Olmecs to Zapatistas: A once and future history of souls*, "American Anthropologist", vol. 96, n. 3, 1994, pp. 553-570.
- GUIERAS-HOLMES Calixta (1961), *Perils of the soul: the world view of a Tzotzil Indian*, The Free Press of Glencoe, New York.
- HALPERIN David C. - BELGRADE M. E. - MOHAR Alejandro (1988), *Stomach cancer cluster in Mexico. letter to the editor*, "The Lancet", vol. 1, n. 8593, 7 maggio 1988, p. 1055.
- HARMAN Robert (1974), *Cambios médicos y sociales en una comunidad maya Tzeltal*, INI, Città del Messico.
- HOLLAND William (1963), *Medicina maya en los Altos de Chiapas*, INI, Città del Messico.
- HUNT Linda M. (1994), *Practicing oncology in provincial Mexico: a narrative analysis*, "Social Science & Medicine", vol. 38, n. 6, 1994, pp. 843-853.
- HUNT Linda M. (1998), *Moral reasoning and the meaning of cancer: causal explanations of oncologists and patients in Southern Mexico*, "Medical Anthropology Quarterly", nuova serie, vol. 12, n. 3, settembre 1998, pp. 298-318.
- MANNING Peter K. - FABREGA Horacio Jr. (1973), *The experience of self and body: health and illness in the Chiapas Highlands*, pp. 251-301, in PSATHAS George (curatore), *Phenomenological sociology. Issues and applications*, John Wiley & Sons, New York.
- McVAY Cynthia - VOGT Evon (1988), *Some contours of social class in a Southern Mexican town*, "Ethnology", vol. 27, n. 1, 1988, pp. 27-44.
- MENEGONI Lorenza (1991), *Tuberculosis and health care in Highland Chiapas, Mexico: an ethnographic Study* (tesi per il Ph.D., New School for Social Research, New York), UMI, Ann Arbor (Michigan).
- MENEGONI Lorenza (1993), *Conflitto religioso e pratiche mediche. Rapporto su una comunità maya*, "Etnoantropologia", anno I, n. 1, giugno 1993, pp. 130-148.
- MENEGONI Lorenza (1996), *Conceptions of tuberculosis and therapeutic choices in Highland Chiapas, Mexico*, "Medical Anthropology Quarterly", nuova serie, vol. 10, n. 3, settembre 1996, pp. 381-401.
- MENEGONI Lorenza - HENDERSHOTT Carmen (1992), *The challenge of health care provision: a case study from Mexico*, "Dialectical Anthropology", vol. 17, n. 3, 1992, pp. 199-214.
- NASH June (1970), *In the eyes of the ancestors*, Yale University Press, New Haven (Connecticut).
- OMIECH (1989), *Memorias del cuarto encuentro de médicos indígenas del Estado de Chiapas*, OMIECH, San Cristóbal de Las Casas (Chiapas).
- ORELLANA Sandra L. (1987), *Indian medicine in Highland Guatemala. The pre-hispanic and colonial periods*, University of New Mexico Press, Albuquerque (New Mexico).

SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA [Ssa] (1990), *Programa de prevención y control del cáncer*, Dirección General de Medicina Preventiva - Ssa, Città del Messico.

SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE CHIAPAS (1992), *Programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino y mamario*, Ssa, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

VOGT Evon (1969), *Zinacantan: A Maya Community in the Highlands of Chiapas*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts).

ZURITA ESQUIVEL Maritza - ZOLLA Carlos (1986), *Enfermedades dermatológicas en la medicina tradicional de México*, "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana", vol. 101, n. 4, 1986, pp. 339-345.

## Scheda sull'Autrice

Lorenza Menegoni, nata a Borgo Valsugana (provincia di Trento) il 28 marzo 1948, si è laureata in sociologia presso l'Università degli studi di Trento nel 1978. Ha poi continuato i suoi studi in antropologia presso la Graduate Faculty della New School for Social Research di New York, specializzandosi in antropologia medica. Nel 1985 ha ottenuto il Master e nel 1990 il Ph.D. (Dottorato di ricerca). Come parte del suo training, ha condotto ricerche sul campo in Messico, studiando il problema della tubercolosi nelle comunità maya del Chiapas (febbraio 1987-luglio 1988). Ricercatrice in campi diversi, si è occupata del fenomeno della stregoneria europea e sta ora conducendo studi sullo sciamanismo. È insegnante accreditata e membro della Foundation for Shamanic Studies (Mill Valley, California), abilitata ad insegnare, in Italia, seminari di base e avanzati nel *core shamanism*, l'approccio transculturale sviluppato dall'antropologo statunitense Michael Harner.

I suoi studi in antropologia culturale si sono concentrati sull'area della Mesoamerica (Messico e Guatemala). Le sue ricerche in antropologia medica si sono focalizzate sui problemi di salute in paesi in via di sviluppo, sulle concezioni e pratiche mediche nelle società indigene e sul rapporto tra la medicina occidentale e le medicine tradizionali. Attualmente i suoi interessi si concentrano sullo studio dello sciamanismo, sia nelle sue forme classiche o tradizionali, che nelle sue forme occidentali moderne.

Fra le sue pubblicazioni: *The challenge of health care provision: a case study from Mexico*, coautrice Carmen Hendershott, "Dialectical Anthropology", vol. 17, n. 3, 1992, pp. 199-214 / *Conflitto religioso e pratiche mediche. Rapporto su una comunità maya*, "Etnoantropologia", anno I, n. 1, giugno 1993, pp. 130-148 / (curatrice e traduttrice) HARNER Michael, *La via dello sciamano*, Edizioni Mediterranee, Roma, 1995 [ediz. orig.: 1980] / *Conceptions of tuberculosis and therapeutic choices in Highland Chiapas, Mexico*, "Medical Anthropology Quarterly", nuova serie, vol. 10, n. 3, settembre 1996, pp. 381-401 / *Introduzione*, pp. v-xxviii, in LELAND Charles G., *Aradia, il Vangelo delle streghe*, a cura di Lorenza MENEGONI, Leo S. Olschki Editore, Firenze, 1999 (Collana "Lares"), [ediz. originale, London, 1899] / (curatrice e traduttrice) COWAN Tom, *Sciamanismo: una pratica spirituale per la*

*vita quotidiana*, Edizioni Crisalide, Latina, 2000 [ediz. orig. inglese 1996] / (curatrice) INGERMAN Sandra, *Il recupero dell'anima. Tecniche sciamaniche per risanare il Sé frammentato*, Edizioni Crisalide, Latina, 2001 [ediz. orig. inglese 1991] / *Lo sciamanismo transculturale: la pratica sciamanica contemporanea nell'approccio di Michael Harner*, "Uomini e Idee", nuova serie, anno XLIV, n. 11, aprile 2002, pp. 105-112 / *Metodologie del Core Shamanism: sciamanismo transculturale*, "Anthropos & Iatria", anno VII, n. IV, ottobre-dicembre 2003, pp. 89-96 / (curatrice) INGERMAN Sandra, *Medicina per la Terra*, Edizioni Crisalide, Latina, 2004 [ediz. orig. inglese: 2000].

## Riassunto

### *Le concezioni del cancro tra gli indigeni Maya del Chiapas, Messico*

Questo articolo discute il problema del cancro tra la popolazione Maya dell'Altipiano del Chiapas, cercando di considerarne sia gli aspetti epidemiologici che quelli socioculturali. L'articolo si focalizza in modo particolare sulle interpretazioni di questa malattia nella cultura medica indigena e sulle categorie che essa ha sviluppato per descrivere i processi di crescita e/o degenerazione di organi e tessuti. I dati etnografici presentati mostrano come i concetti biomedici di cancro siano ancora poco conosciuti dagli indigeni e come vengano quindi reinterpretati nei termini delle concezioni a loro più familiari. Illustrano inoltre le difficoltà che i pazienti indigeni incontrano nell'ottenere terapie adeguate. A conclusione, l'articolo offre dei suggerimenti per rendere più efficaci le attività di informazione e i programmi di assistenza ai pazienti indigeni malati di cancro.

## Résumé

### *Les conceptions du cancer chez les indigènes Maya du Chiapas, Mexique*

Dans cet article, l'auteur considère le problème du cancer dans la population Maya du haut plateau du Chiapas et elle s'efforce de prendre en compte à la fois les aspects épidémiologiques et les aspects socioculturels. Elle insiste en particulier sur les interprétations de cette maladie dans la culture médicale indigène et sur les catégories qu'elle a développées pour décrire les processus de croissance et/ ou de dégénération des organes et des tissus. Les données ethnographiques présentées montrent que les notions biomédicales de cancer sont encore peu connues des indigènes et qu'elles sont donc réinterprétées dans les termes des conceptions qui leur sont plus familières. Elles indiquent aussi les difficultés auxquelles se heurtent les patients indigènes pour obtenir des soins appropriés. Pour conclure, l'auteur suggère quelques moyens de rendre plus efficaces les activités d'information et les programmes d'assistance des patients indigènes atteints de cancer.

## Resumen

### *Las concepciones sobre el cáncer de los indígenas Maya de Chiapas, México*

Este artículo discute el problema del cáncer entre la población Maya de los Altos de Chiapas, tratando de considerar tanto los aspectos epidemiológicos como socioculturales de la enfermedad. El artículo se focaliza en las interpretaciones del cáncer en la cultura médica indígena y analiza las diferentes categorías etnomédicas que se refieren a los procesos de crecimiento y/o degeneración de los órganos y tejidos. Los datos etnográficos presentados muestran como los conceptos biomédicos de cáncer todavía sean poco conocidos entre los indígenas y por tanto como sean reinterpretados según sus propias concepciones tradicionales. Ilustran también los obstáculos que los pacientes indígenas encuentran en la búsqueda de tratamiento adecuado. En fin, el artículo sugiere unas maneras para mejorar y hacer más efectivas las actividades de información y los programas de asistencia para los pacientes indígenas que padecen de cáncer.

## Abstract

### *Conceptions of cancer among the the Maya Indians of Chiapas, Mexico*

This article discusses the problem of cancer among the Maya population of Highland Chiapas, trying to consider both the epidemiological and sociocultural aspects of the disease. The article focuses on the indigenous interpretations of this illness and analyzes a group of ethnomedical categories that refer to processes of growth and/or degeneration of organs and tissues. As the ethnographic data show, biomedical concepts of cancer are only partially known to Indians; they are often reinterpreted in more familiar, traditional terms. The data also illustrate the various obstacles that Indian patients encounter in their search for therapy. Finally, the article suggests ways for providing better information and improving the provision of health care for Indian patients with cancer.





## *La solitudine dei feticci.*

### *Alcune considerazioni sulle politiche dell'etnopsichiatria alla luce di una recente polemica francese*

**Pino Schirripa**

assegnista di ricerca presso il Dipartimento di studi glottoantropologici e discipline musicali, Università degli studi di Roma "La Sapienza" / docente a contratto presso la Facoltà di sociologia, Università degli studi di Roma "La Sapienza" / ricercatore senior presso la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

«Certa gente fa proprio fatica a dare» disse, «credo che dipenda da come sono stati allevati dalle madri. Ho letto qualcosa sul problema in un libro. C'è un dottore, un certo dottor Freud, che è molto famoso e ha scritto parecchi testi su questo tipo di persone.»

«È un dottore di Johannesburg?» chiese il signor JLB Matekoni.

«Non credo» rispose la signora Potokwane, «il libro viene da Londra. Ma è molto interessante. Dice che i ragazzi amano troppo la loro mamma.»

«È naturale» disse il signor JLB Matekoni, «è ovvio che i ragazzi amino la mamma. Perché non dovrebbero?»

La signora Potokwane alzò le spalle «Sono d'accordo con te. Non capisco cosa ci sia di sbagliato se un ragazzo vuole bene alla madre.»

«E allora perché il dottor Freud si preoccupa?» continuò il signor JLB Matekoni. «Casomai dovrebbe essere preoccupato se i ragazzi non volessero bene alla mamma.»

La signora Potokwane rifletté per un attimo. «Sì. Eppure lui sembra molto preoccupato per questi ragazzi e credo che abbia cercato di farli smettere.»

«Questo è ridicolo» disse il signor JLB Matekoni. «Possibile che non abbia niente di meglio da fare?»

Alexander McCALL SMITH, *Le lacrime della giraffa*, traduz. dall'inglese, Guanda, Parma, 2003 [ediz. orig.: *Tears of the giraffe*, 2000, pp. 82-83].

#### *1. L'occasione*

In questo contributo vorrei proporre alcune riflessioni su ciò che possiamo chiamare "le politiche dell'etnopsichiatria". A tutta prima si tratta di un argomento molto vasto e sicuramente non riducibile ai ristretti ambiti di una nota, poiché implicherebbe la necessità di tenere in considerazione il

lavoro che diversi antropologi, così come per tanti psichiatri, hanno portato avanti in questo ambito in molti paesi europei, e non solo. Il mio scopo vuole essere più limitato e prende le mosse da una polemica, a tratti anche violenta, che ha avuto luogo in Francia in questi ultimi anni, e che ha conosciuto qualche riverbero anche nel nostro paese <sup>(1)</sup>.

Prima però di entrare nel merito di questo dibattito, vorrei meglio focalizzare le linee principali intorno a cui intende muoversi il mio intervento.

Negli ultimi due decenni l'etnopsichiatria europea ha conosciuto un importante allargamento delle sue prospettive teoriche, di ricerca e di intervento; abbiamo assistito infatti ad uno spostamento di interesse e di ricerca da una tradizione di studi basata principalmente sulla analisi delle categorizzazioni nosologiche e delle pratiche di cura in contesti extraeuropei di ciò che, almeno nella tradizione occidentale, si definisce come malattia mentale, verso un nuovo campo: mi riferisco allo studio, e spesso all'intervento terapeutico, rivolto ai problemi mentali esperiti da individui che sono migrati in Europa da quei paesi che spesso erano ex-colonie europee. Il fenomeno non si è sviluppato in maniera uniforme nel continente, avendo dinamiche specifiche per ogni contesto socio-economico nazionale. In ogni caso, seppur con una certa approssimazione, si può dire che l'affermazione di tali nuovi interessi abbia coinciso con l'espansione del fenomeno migratorio <sup>(2)</sup>.

L'idea forte che si è affermata è che chi ha a che fare con migranti che esperiscono una qualche sorta di disagio mentale deve necessariamente fare i conti con i differenti modi di intendere tale disagio e le diverse tradizioni terapeutiche di riferimento. La cultura dunque è diventata un punto focale nelle ricerche in questo campo così come nel lavoro clinico. Anche in Italia ormai un numero significativo di psichiatri si confronta con le tematiche antropologiche e riconosce la rilevanza delle altre culture e delle differenti tradizioni terapeutiche.

Come dicevo, il mio principale interesse, nel presente contributo, riguarda le politiche dell'etnopsichiatria, cioè il modo in cui le teorie e le pratiche di questo campo di interesse giochino un ruolo politico nelle arene dei nostri paesi. Va sottolineato che in ciò non c'è nulla di nuovo: anche negli anni '40 – quando J. C. Carothers nell'ospedale psichiatrico di Mathari in Kenya parlava di etnopsichiatria discutendo della mente africana sana e malata <sup>(3)</sup> – le teorie e le pratiche dell'etnopsichiatria giocavano un importante ruolo politico contribuendo a definire, assieme a strumenti euristici teorici e pratici, le ragioni che hanno giustificato e mistificato le relazioni di potere tra colonizzatori e colonizzati.

Seppur la polemica svoltasi trova una delle sue ragioni proprio nel lavoro clinico con i migranti, vi sono diversi riferimenti, anche centrali, alla tradizione di studi etnopsichiatrici e al ruolo politico da essi svolto. Proprio per tale ragione credo che il dibattito che si è svolto vada analizzato in una prospettiva genealogica.

## 2. *Tobie Nathan*

È ormai da quasi cinque anni che un dibattito piuttosto acceso attraversa la Francia.

Al centro del dibattito vi è la teoria e la pratica etnopsichiatrica di Tobie Nathan. L'altro principale protagonista è un antropologo francese molto noto: Didier Fassin.

Sicuramente il tema dell'etnopsichiatria di Tobie Nathan affascina e coinvolge una larga parte dell'intelligenza francese. Al suo fianco ad esempio si è schierata la filosofa Isabelle Stengers, che ha anche scritto un volume con lui (NATHAN T. - STENGERS I. 1996 [1995]), e lo stesso Bruno Latour, autore anch'egli di un breve libro in cui parla in termini lusinghieri del lavoro dell'etnopsichiatra francese (LATOUR B. 1996). Inoltre quotidiani e riviste, come "Le Monde" e "Le Nouvelle Observateur" si sono occupati di Tobie Nathan ospitando articoli e recensioni, a volte molto critiche verso le sue pratiche e le sue teorie.

Figura controversa, Tobie Nathan da anni è sicuramente uno dei protagonisti di maggior rilievo dell'etnopsichiatria francese. Nel corso di questi ultimi anni, diversi centri etnopsichiatrici anche in altri paesi si sono ispirati alle sue teorie e alle sue pratiche. Diverse riviste internazionali, tra cui "Transcultural Psychiatry" <sup>(4)</sup>, hanno accolto articoli di riflessione sulle sue pratiche e teorie.

Tobie Nathan è un allievo di Georges Devereux. Il rapporto con la figura del maestro è per molti versi controverso. In diverse occasioni, sia in saggi che in interviste, ha riflettuto su questo rapporto, senza comunque mai rinnegare la sua filiazione da Devereux.

Tobie Nathan è nato in Egitto, da una famiglia della minoranza ebraica del Cairo. Alla fine della guerra dei sei giorni, con la famiglia, lascia il paese, passa un breve periodo in Italia, per poi trasferirsi definitivamente in Francia. È lì che si forma come psicologo e che diviene un allievo di Georges Devereux.

Non è mia intenzione illustrare in maniera esaustiva le teorie e le pratiche di Nathan. Voglio invece riferirmi a questo dibattito per proporre una riflessione sulle politiche dell'etnopsichiatria, o forse sarebbe meglio dire, sulla possibilità che l'etnopsichiatria, come pratica e come teoria, sia essa stessa uno strumento politico. Ovviamente, di che tipo e per quale politica?

Per far ciò è comunque utile inquadrare brevemente la figura di Tobie Nathan e soprattutto riferire i termini del dibattito in corso.

L'incontro clinico diventa nella pratica di Nathan un incontro plurale, andando in tal modo contro una radicata tradizione psicoterapeutica occidentale che ha invece proprio come modello il rapporto duale tra terapeuta e paziente. La pluralità dell'incontro si declina in diversi ambiti. Innanzitutto il terapeuta non è solo: accanto a lui trovano posto altri terapeuti, sovente formati alla sua scuola. Molti di loro provengono da paesi non occidentali e sono invitati, durante le sessioni cliniche, a interpretare i disagi del paziente non solo utilizzando le categorie, le prospettive e gli strumenti delle scienze psicologico-psichiatriche, ma usando al contempo i saperi propri delle tradizioni terapeutiche dei loro paesi di origine. Dunque molte persone affollano "il lato del terapeuta", condividendo in parte un comune orizzonte conoscitivo e operativo, ma anche contribuendo al *setting* con una conoscenza propria che deriva dallo specifico luogo di origine di ognuno. Allo stesso tempo ognuno nella scena terapeutica non celerà la propria lingua madre, così come non verrà messa da parte la lingua madre del paziente. Come si vedrà, il linguaggio è un caposaldo importante nella teoria nathaniana della costruzione dell'identità etnica e individuale.

Allo stesso modo anche il paziente non è solo sulla scena terapeutica: può scegliere di arrivare agli incontri accompagnato da parenti, membri importanti della propria comunità o anche da assistenti sociali. Ciò presenta forti analogie con quanto accade usualmente nei *setting* terapeutici tradizionali di molte parti dell'Africa, dove vi è un attivo coinvolgimento, nel processo di cura, di parenti e membri della comunità. Tutti i presenti sulla scena terapeutica intervengono durante le sedute.

Tale incontro è comunque soprattutto un incontro *orizzontale*, nel senso che la diagnosi e la terapia sono il punto di approdo di un lungo confronto dialogico nel quale le interpretazioni proposte dal paziente hanno lo stesso diritto di cittadinanza di quelle proposte dai terapeuti. Ciò ovviamente rompe l'assetto classico del *setting* terapeutico, non solo occidentale.

Così Nathan descrive il suo metodo:

«In una stanza abbastanza grande sono disposte in circolo circa venti sedie. Quando il paziente entra nell'ambulatorio (spesso accompagnato da alcuni familiari e dagli operatori sociali o terapeutici di fiducia [...]) i coterapeuti sono già al loro posto. Tutti questi coterapeuti sono delle "mediazioni viventi", poiché sono di diversa origine culturale e in grado di utilizzare le lingue e i sistemi tradizionali di interpretazione, ma, ciononostante, diplomati presso università francesi (psichiatri, psicologi, educatori, talvolta, seppur raramente, antropologi, che hanno tutti beneficiato di un'esperienza psicanalitica). Si dispongono nella stanza in maniera circolare; nessun posto si differenzia dall'altro, e dunque l'insieme fa pensare immediatamente ad un lavoro collettivo» (NATHAN T. 1996 [1993]: 55).

Durante le sedute tutti prendono la parola. Una volta che il paziente abbia raccontato il suo disagio e chiarito la sua vicenda si dipana il lungo filo delle interpretazioni. Ognuno propone la sua visione dei fatti, che viene respinta o più spesso arricchita attraverso il disvelamento di nuovi particolari. Non vi è un quadro teorico che occupi un posto privilegiato nell'interpretazione:

«Passando incessantemente da un'area culturale all'altra, questa pratica alterna una molteplicità di universi teorici. Essendo "pluriteorica" per natura, non dipende da nessun concetto teorico ampio, e può dunque invitare ad analisi dettagliate dei processi, generalmente in termini logico-formali» (NATHAN T. 1996 [1993]: 56).

Secondo Nathan il suo metodo clinico, evitando una gerarchizzazione tra il sapere del terapeuta e quello del paziente, è squisitamente democratico. Quantunque però vi sia una attenzione particolare alle concezioni e alle pratiche terapeutiche tradizionali, egli ha affermato con forza, e in più riprese, di non aver mai utilizzato nel suo *setting* guaritori tradizionali:

«Si tratta in effetti di costruire una pratica che accetti la prova di non squalificare (cosa tanto facile per gli esperti) le pratiche dei guaritori. Di conseguenza, e sull'esempio dell'attività svolta da Henri Collomb negli anni '60 a Dakar, considero i guaritori come dei "collegli" e considero le mie investigazioni sul campo come confronti tecnici di professionisti. La "collaborazione" con i guaritori si ferma qui. A differenza di Collomb e di qualche altro clinico al suo seguito, io non invito guaritori alle mie consultazioni, e se sperimento alcuni dei loro concetti, resto uno psicologo e soltanto uno psicologo» (NATHAN T. 2003 [2001]: 68).

In questo quadro la cultura del paziente e soprattutto la lingua – vista non solo come mezzo di espressione, ma soprattutto come strumento attraverso cui la cultura si trasmette, si forma e si trasforma – diventa centrale. Spesso, nel corso della seduta, si userà la lingua madre del paziente, ritenuta il medium migliore per mettere in gioco i termini dell'afflizione del paziente e della sua possibile risoluzione. Cultura e lingua viste però in una prospettiva essenzialista, assai lontana dal modo in cui oggi l'antropo-

logia intende questi termini. In modo molto acritico, Ursula Streit così descrive la concezione nathaniana della cultura e della lingua:

«Nathan tenta di definire la funzione del sistema culturale nella costruzione e nell'omeostasi dell'apparato psichico. Egli suggerisce che "la cultura è il sistema che non solo dà coerenza alla sfera sociale, ma che è anche il sistema interno agli individui che assicura la chiusura del loro spazio psichico" (NATHAN T. 1994: 176-177). Il fulcro di un sistema culturale include: il linguaggio; le teorie inerenti la natura della persona e, più specificamente, la natura del bambino; le teorie sulla natura del malato e dei suoi disturbi (che sono interrelati e spesso ridondanti). Egli vede questo fulcro centrale come sostanzialmente chiuso alle influenze esterne e lo compara al sistema della lingua: "che può essere solo un sistema generalizzato di scambio, e non un codice privato, se è coerente, abbastanza chiuso ed ermetico verso altri linguaggi" (NATHAN T. 1994: 178)» (STREIT U. 1997: 335-336).

### 3. La polemica

Fin qui un breve abbozzo di quel che è per Tobie Nathan il lavoro etnopsichiatrico. Veniamo ora al dibattito che si sta svolgendo.

Non è la prima volta che Tobie Nathan è coinvolto in polemiche, spesso molto accese. Negli anni scorsi ad esempio in due diverse occasioni si è discusso della qualità del suo lavoro etnografico, e ci si è chiesti se la sua pratica clinica sia davvero così efficace come traspare dai suoi resoconti.

Sono state polemiche molto dure, alle quali Tobie Nathan ha risposto con altrettanta forza polemica.

Il dibattito attuale però, mi sembra che presenti delle differenze rispetto a quelle precedenti. Ciò non tanto per l'intensità della discussione, che in quelle come in questa è molto forte, ma proprio per l'oggetto del contendere. Come si vedrà l'attacco di Didier Fassin è rivolto proprio all'impianto stesso della etnopsichiatria di Nathan e alle sue derive politiche.

Nel 1999 Fassin pubblica sulla rivista "Genèses. Sciences sociales et histoire" un primo articolo contro Tobie Nathan dal titolo ironicamente esplicito: *L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit* (FASSIN D. 1999). Si tratta di un articolo molto dure, a volte violento. Al centro della sua polemica vi era principalmente la rete di intellettuali che nel corso di questi anni ha mostrato un forte interesse per il lavoro di Nathan e che su di lui ha anche pubblicato lavori. Utilizzando il concetto di rete, tra le tante cose presenti in quel saggio, Fassin ipotizza che buona parte del successo di Nathan presso il pubblico francese ma anche presso le istituzioni statali, sia dovuto proprio ai legami che ha creato con questa cerchia di intellettuali. Insom-

ma più che alla sua pratica clinica (*L'influence qui guérit*: il titolo di un libro dell'etnopsichiatra francese, con cui Fassin gioca con molta ironia) <sup>(5)</sup>, egli deve il suo successo alla sua capacità di creare i giusti legami intellettuali (*L'influence qui grandit*, come ironizza Fassin).

Un attacco duro, ma tutto sommato limitato alle “politiche di alleanza” che Nathan secondo l'antropologo francese avrebbe saputo creare.

Ben più violento l'attacco che Fassin sferra nel 2000 in un articolo apparso su “L'Homme” (FASSIN D. 2000). In questo caso mette in discussione tutto l'impianto teorico e l'orizzonte politico dell'etnopsichiatria, come disciplina, per come essa si è costituita fin dalle sue origini.

L'articolo è costruito retoricamente intorno al confronto tra la pratica di Tobie Nathan e quella di J. C. Carothers, medico e direttore negli anni '40 dell'ospedale psichiatrico di Mathari in Kenya. Per più di un decennio egli compì studi e ricerche basandosi largamente sui dati ricavati dagli archivi del suo ospedale, ma anche compiendo diverse missioni di ricerca in altre istituzioni cliniche africane e in differenti contesti, lavorando essenzialmente, per citare un già ricordato suo famoso libro, sulla “mente africana” in salute e malattia. Sebbene oggi gli etnopsichiatri tendano a dimenticare la sua figura <sup>(6)</sup>, le sue ricerche ebbero un'attenta considerazione non solo da parte degli psichiatri, ma anche della comunità antropologica <sup>(7)</sup>. Per un lungo periodo i suoi scritti, ed egli stesso, furono il punto di riferimento per grandi agenzie internazionali quali l'OMS. Ma quale tipo di etnopsichiatria proponeva? Si trattava di una psichiatria che oggi, con un termine forse fin troppo politicamente corretto, chiameremmo differenzialista, ma che per maggior chiarezza dovremmo chiamare più semplicemente razzista.

In particolare Fassin utilizza una pubblicazione, a dire la verità piuttosto tarda di Carothers: *The psychology of Mau Mau* (CAROTHERS J. C. 1954). Si tratta di un testo commissionato a Carothers dal governo inglese, quando già egli era in pensione, in cui lo psichiatra, dietro le sollecitazioni delle autorità coloniali, cerca di capire quali siano le cause della rivolta dei Mau Mau e soprattutto cosa bisognerebbe fare per prevenire in futuro rivolte di quel tipo.

La rivolta dei Mau Mau è stato uno dei momenti più violenti di scontro tra popolazioni locali e colonizzatori inglesi nell'Africa dell'Est. Si è trattato ovviamente di una rivolta anticoloniale, nazionalista e che rivendicava la riappropriazione delle terre che i colonizzatori avevano espropriato. Un movimento dunque che aveva forti motivazioni politiche e di classe.

In realtà nel suo libro Carothers non parla affatto di tali motivazioni, né cita le ragioni politiche dei leaders del movimento. Per lui il problema risiedeva nel tipo di mentalità che prevaleva tra i Kikuyu, i principali attori della rivolta. Secondo Carothers i Kikuyu, come sempre per lui quasi tutti gli africani, erano individualisti, astuti, litigiosi, inclini al sospetto e alla violenza. Frustrati nel loro desiderio di diventare come i dominatori britannici, avrebbero sviluppato contro questi sentimenti di risentimento e di rancore. Come sottolinea Fassin (FASSIN D. 2000: 235) un fenomeno socio-politico è ridotto da Carothers alla dimensione psicopatologica, utilizzando tratti della loro cultura (o sarebbe meglio dire stereotipi culturali), e forme della loro (supposta) personalità. Inoltre l'etnopsichiatra utilizza anche l'idea dello stress psicologico causato dalla collusione tra la civiltà occidentale e la società locale. Le ragioni della rivolta erano da ricercarsi nei loro tratti psicologici e inoltre nel fatto che essi non si erano mai completamente adattati alla vita urbana imposta dalla modernizzazione del paese. Lo scontro tra la cultura dei colonizzatori e quella ancestrale dei Kikuyu, in cui quest'ultima era soccombente, creava un forte senso di disagio nei nativi. Va sottolineato come Carothers non sia l'unico a spiegare le rivolte anticoloniali in Africa in termini psicologici o di struttura della personalità: lo stesso ha fatto Mannoni in Madagascar (MANNONI O. 1950)<sup>(8)</sup>; comunque esempi di letture delle rivolte coloniali, soprattutto in area urbana, in termini di problemi di personalità e di adattamento, non mancano (cfr. MOORE S.F. 2004 [1994]: 66-71): come a dire che quella di Carothers e Mannoni, sebbene fosse supportata da uno specifico apparato teorico di carattere psichiatrico o psicoanalitico, era una interpretazione abbastanza comune e sicuramente che ben si adattava alle esigenze dei colonizzatori.

Insomma Carothers, nascondendo le motivazioni politiche della rivolta, sposta il problema sul piano culturale e psicologico. Per lui, con grande soddisfazione degli amministratori coloniali e dei proprietari terrieri inglesi, la soluzione del problema non è affrontare la questione dell'espropriazione delle terre, quanto invece comprendere che i Kikuyu hanno bisogno di essere allontanati dalla città e dai suoi effetti destrutturanti e raggruppati in villaggi dove possano ritrovare i modi di vita ancestrali più adatti a loro.

Come sostiene McCulloch:

«Con la monografia di Carothers la scienza etnopsichiatrica entra formalmente nell'arena dell'azione politica. *The psychology of Mau Mau* mostra come l'etnopsichiatria si adatti alle elaborazioni e alle credenze della gran parte dei coloni sugli africani. Era una scienza capace di fornire una definizione strettamente gerarchica della natura umana, nel senso che era una scienza



le cui le parole d'ordine corrispondevano perfettamente alle strutture della società coloniale» (McCULLOCH J. 1995: 71-72).

Secondo Fassin in ciò riposa un peccato originario dell'etnopsichiatria, quello cioè di culturalizzare il disagio psichico degli "altri" e di non saper scorgere le motivazioni sociali sottostanti.

La stessa inclinazione egli infatti la ritrova in Tobie Nathan. La sua teoria e la sua pratica propongono, secondo l'antropologo francese, lo stesso paradigma culturalista.

L'etnopsichiatra di Nathan, con la sua insistenza verso le terapie tradizionali, e soprattutto per il fatto che ognuno può essere guarito solo attraverso gli operatori terapeutici, nel caso specifico gli dei e i feticci, della propria cultura, respingerebbe i migranti nel loro orizzonte di origine, negandogli la possibilità di apertura verso nuovi orizzonti culturali.

In breve, ancora una volta come già era successo al tempo di Carothers, l'etnopsichiatria, con la sua insistenza sulla importanza delle culture originarie, offrirebbe il fianco e la patina scientifica a politiche di stampo xenofobo e razzista.

L'attacco di Fassin non è dunque rivolto solo verso Nathan, ma più in generale verso l'etnopsichiatria, almeno verso la versione più culturalista di tale disciplina.

A queste accuse Nathan risponde violentemente (NATHAN T. 2000, NATHAN T. 2003 [2001]). Riafferma innanzitutto la bontà del suo metodo e la sua forte impronta democratica. Dice infatti che il suo metodo annulla la distanza tra il sapere del terapeuta e quello del paziente, e permette che nel *setting* terapeutico questi abbiano uguale dignità. Il sapere psicologico di matrice occidentale nel suo *setting* si confronta apertamente con il sapere terapeutico tradizionale delle zone di origine dei suoi pazienti. Il suo metodo non è basato sulla nostalgia per i saperi tradizionali, quanto invece su una idea di *solidarietà* tra saperi e pratiche differenti: «[...] l'etnopsichiatria non è in alcun modo nostalgia di sistemi tradizionali in via di sparizione; è, al contrario, una metodologia della modernità in atto di costruirsi – una metodologia solidale con la pratica degli attori» (NATHAN T. 2003 [2001]: 68).

Nathan rifiuta le accuse di culturalismo, e ancor di più quelle di velato razzismo, che gli muove Fassin. Dice che dietro quelle accuse si nasconde in realtà una pratica neostalinista, di demonizzazione dell'avversario. C'è da dire però che Nathan non riesce a rispondere con chiarezza all'accusa principale di Fassin, quella cioè di nascondere il sociale a favore del culturale.

Di negare cioè che l'ineguaglianza sociale, l'emarginazione e il potere continuo nello sviluppo della patologia e nello spazio terapeutico quanto, se non più, delle culture originarie.

Fin qui i tratti salienti della polemica. C'è da dire che il metodo di Nathan, nonostante tutto, sia comunque di estremo interesse. Proprio per la capacità di rimodellare il *setting* terapeutico e le relazioni al suo interno. Inoltre, di certo, il suo lavoro in Francia, proprio perché riconosce dignità alla diversità dell'altro, va contro l'ideologia dominante del repubblicanesimo universalista e contro una idea di integrazione che è sostanzialmente riduzione al modello francese. In ciò il lavoro politico di Nathan è sicuramente sovversivo. D'altra parte è senz'altro vero che la sua insistenza sulla importanza delle culture originarie, e più ancora la sua idea essenzialista di cultura e di identità etnica non è solo scientificamente dubbia, ma politicamente ambigua e pericolosa (SCHIRRIPA P. 1996).

#### 4. Politiche dell'etnopsichiatria

Di Nathan si è molto discusso, anche in Italia, prima e dopo questa polemica. Credo però che sarebbe riduttivo continuare a interrogarsi solamente sulla bontà del suo metodo, o sulla sua conoscenza dei mondi esotici evocati: se sia essa più o meno accurata, o se invece riproponga stereotipi stantii. Del resto, al di là di eventuali ragioni contingenti – più o meno accademiche –, il saggio di Fassin invitava esplicitamente a una riflessione più profonda sullo statuto politico della etnopsichiatria, intesa nel suo complesso come disciplina e non solo nella sua versione nathaniana:

«Le principali analisi che si sono compiute hanno in effetti riguardato i contenuti del progetto etnopsichiatrico. In questo testo si tratterà soprattutto del contenitore, se così si può dire. O piuttosto i rapporti tra il contenuto e il contenitore, tra i testi degli etnopsichiatri e i contesti dell'etnopsichiatria. Insomma la questione che si pone è quella del significato politico di un dispositivo di interpretazione e di trattamento dei disturbi mentali e delle devianze sociali che costruisce l'alterità come un orizzonte teorico insormontabile» (FASSIN D. 2000: 233).

È chiaro che nel discorso di Fassin l'alterità costruita dal dispositivo etnopsichiatrico è "l'altro" inteso nella sua radicale diversità culturale, ridotto solo alla dimensione culturale, senza che siano tenuti nel giusto conto le ineguaglianze sociali, i rapporti di potere e il loro costituirsi nel corso di una storia complessa di relazioni ineguali.

Le questioni scottanti che pone Fassin vanno dunque ben oltre le teorie e la pratica di Nathan. È davvero il dispositivo etnopsichiatrico così devoto

alla dimensione culturalista da celare delle centrali questioni sociali (come l'esempio di Carothers e, bisogna pur dirlo, alcune affermazioni di Nathan fanno supporre)? E ancora, è questa una attitudine propria della disciplina per come essa si è costituita e non di alcune sue specifiche tradizioni (come afferma Fassin in maniera piuttosto esplicita)?

Tobie Nathan fa parte di una tradizione ben diversa, e sicuramente più nobile, di quella di Carothers. È un allievo di Georges Devereux e il suo retroterra teorico affonda in una ben più complessa e articolata idea delle relazioni tra psiche e cultura di quella proposta da Carothers <sup>(9)</sup>.

In ogni caso è senz'altro possibile comparare le loro pratiche, benché a dividerli vi siano quaranta anni di riflessione e di lavoro clinico nel campo dell'etnopsichiatria. In effetti tutti e due lavorando sul disagio mentale, hanno l'ambizione di non discutere solo di questo. Le loro teorie, e le conseguenti pratiche, riposano, nel caso di Nathan, su una più generale teoria della specificità delle culture africane e dei loro dispositivi di cura, o forse è meglio dire su di una loro irriducibilità e impermeabilità; nel caso di Carothers su una più generale teoria sul funzionamento della mente africana, sia essa in salute o in malattia.

Nel suo articolo Fassin (FASSIN D. 2000) cita un importante libro di uno storico della psichiatria (McCULLOCK J. 1995) cui ho già fatto riferimento in precedenza. Si tratta di un testo importante che discute di Carothers e più in generale della psichiatria coloniale con un approccio molto attento ai contesti politici e istituzionali in cui la disciplina si è costituita. In quel testo McCulloch dice una cosa importante riguardo al ruolo politico della psichiatria coloniale, e più specificamente della etnopsichiatria di Carothers. A suo avviso infatti il lavoro del nostro etnopsichiatra non può essere ridotto a una riflessione (abbastanza razzista) sulla mente africana; Carothers, soprattutto nella sua opera principale (CAROTHERS J.C. 1953), sembra avere un interrogativo sotteso rispetto a una più generale teoria della cittadinanza nel mondo coloniale. Secondo McCulloch insomma la domanda fondamentale che si poneva Carothers era *se e in quali condizioni* sarebbe stato possibile per gli africani diventare dei fedeli sudditi imperiali e, soprattutto, dei cittadini. In altre parole, era possibile immaginare che gli africani, al mutare di determinate condizioni, diventassero più inglesi. Vorrei giusto ricordare che una questione simile – sebbene con una risposta radicalmente differente – è stata posta anche da Frantz Fanon.

Nei nostri dibattiti discutiamo di integrazione, deculturazione, o anche – come sostiene di fare Nathan – vogliamo diventare i difensori di culture

terapeutiche, viste e cristallizzate come tradizionali, che si pensano minacciate dalla globalizzazione. La domanda che a mio avviso il dibattito francese pone, magari un po' sottotraccia, non è però lontana dalla domanda sottesa di Carothers, cioè il problema della cittadinanza. In effetti che si discuta di integrazione, o al contrario che si sottolinei l'irriducibilità dei sistemi terapeutici altri, o ancora l'impermeabilità delle culture, quel che vi è dietro – nel contesto delle dinamiche migratorie in cui tali questioni vengono sollevate – è il problema del posto che i nuovi cittadini possono occupare, e in quale veste, nell'arena sociale. Non è forse un caso che Gilles Bibeau in un intervento di qualche anno fa dedicato proprio alla tutela della salute nelle società multiculturali, abbia posto con forza il problema della cittadinanza (BIBEAU G. 1996). Richiamandosi al concetto di cittadinanza a geometria variabile di Charles Taylor, Bibeau scrive:

«Sotto la copertura delle regole sull'universalità, la neutralità e l'uniformità nei servizi pubblici, le democrazie liberali contemporanee, come quelle di ieri, tendono a trasformare le loro istituzioni e i loro servizi in mezzi di integrazione nazionale che mirano a rinforzare l'identità civile comune a detrimento eventuale delle identità etniche, religiose o linguistiche dei gruppi particolari. [...] Il pensiero politico appare alquanto incapace di riconciliare i diritti contraddittori degli uni e degli altri che sono ugualmente legittimi e che si esprimono mediante tensioni difficilmente conciliabili tra il collettivo e l'individuale, l'universale e il molteplice, il globale e il locale, il pubblico e il privato, il generale e il particolare» (BIBEAU G. 1996: 74-75).

È proprio in questo contesto che il concetto tayloriano si può dimostrare utile, poiché permette di pensare in maniera nuova il problema della cittadinanza coniugando integrazione e differenza:

«Si tratta di ridefinire la cittadinanza e d'inventare delle nuove forme di democrazia e di federazione che permettano di far vivere al loro interno delle società distinte e di rispettare le differenze culturali» (BIBEAU G. 1996: 91).

La qualità politica delle domande di Fassin, mi pare sia stata colta anche nei commenti italiani a questa polemica. Da una parte Coppo (COPPO P. 2000) insiste nella riaffermazione della rottura radicale di Nathan. Pur non sposando interamente le sue posizioni, ne riconosce il significato sovversivo di rottura rispetto alla tradizione e alle istituzioni psichiatriche. Più sfumata appare la posizione di Beneduce (BENEDUCE R. 2001) rispetto a Nathan, nello stesso tempo però egli invita in maniera decisa a collegare la riflessione sulle politiche dell'etnopsichiatria ad una più ampia sulle politiche della cultura, ed in questo contesto tornare a riflettere sulla psichiatria e sull'antropologia del periodo coloniale.

Personalmente credo che le questioni poste da Fassin siano oggi ineludibili. Da una parte è certamente necessario continuare a riflettere sulla psichiatria coloniale, che non può essere considerata come un capitolo concluso da consegnare alla storia: occorre invece confrontarsi con i suoi (spesso occulti) lasciti. Dall'altra è sempre più evidente che, anche per chi studia le recenti dinamiche migratorie, il problema delle ineguaglianze sociali e delle relazioni di classe (nelle società di arrivo come in quelle di origine) non può essere lasciato sulla sfondo in una riflessione sulla diversità culturale.

In questi ultimi anni gli studi postcoloniali sono spesso tornati su Frantz Fanon. Proprio riflettendo sulla sua figura scriveva Ania Loomba:

«Mentre le teorie del linguaggio e della psiche ci hanno fornito un vocabolario sofisticato sulla soggettività, noi abbiamo la necessità di riflettere su come le soggettività siano modellate anche attraverso le questioni di classe, di genere e di contesto» (LOOMBA A. 1998: 179).

## Note

<sup>(1)</sup> Cfr. ad esempio COPPO P. 2000 e BENEDEUCE R. 2001.

<sup>(2)</sup> Ovviamente ciò è vero soprattutto in certi contesti: penso ad esempio al nostro paese. In effetti nella psichiatria italiana si era affermato nel corso degli anni '60 e '70 un forte interesse verso la psicopatologia della migrazione, che aveva il suo principale *focus* negli studi dedicati agli italiani immigrati in altri paesi (cfr. ad esempio RISSO M. - BÖKER W. 1992 [1964], FRIGESSI CASTELNUOVO D. - RISSO M. 1982, MELLINA S. 1987). Se per molti versi la storia della etnopsichiatria italiana, nel suo costituirsi e consolidarsi, è indipendente da tali interessi, dall'altra va sottolineato come nel corso degli ultimi due decenni essi abbiano costituito un punto di snodo importante per l'affermarsi di un interesse da parte degli psichiatri verso le tradizioni terapeutiche "altre" arrivate nel nostro paese con l'affermarsi del fenomeno migratorio.

<sup>(3)</sup> Mi riferisco al titolo del suo libro più conosciuto (CAROTHERS J. C. 1953), *The African mind in health and disease*, che per molti versi è un manifesto della etnopsichiatria razzista di quegli anni.

<sup>(4)</sup> Si vedano ad esempio i contributi ospitati nel n. 34 della rivista: CORIN E. 1997, FREEMAN P. 1997, STREIT U. 1997.

<sup>(5)</sup> NATHAN T. 1994.

<sup>(6)</sup> È quanto dice esplicitamente Roberto Beneduce quando nota come in genere si preferisca attribuire la prima definizione di etnopsichiatria a Georges Devereux, "dimenticando" che invece, più probabilmente, essa fu data proprio da Carothers. Questi comunque è fin troppo identificato con la psichiatria coloniale «[è] esplicitamente schierato dalla parte del dominio coloniale e troppo intriso dei pregiudizi razziali che ancora facevano da sfondo alla psichiatria di quegli anni [...] chi vorrebbe un tale padre?» (BENEDEUCE R. 1998: 20).

<sup>(7)</sup> McCulloch cita una entusiastica recensione di Margaret Mead al testo di Carothers. Per quanto oggi ci possa apparire singolare che non si avveda dell'impianto razzista del discorso di Carothers, la Mead sottolineava come questi «[...] ha colto problemi importanti sulla relazione tra le forme culturali e la mentalità, questioni che sono state ignorate dagli antropologi sociali, e in questo

modo ha aperto un nuovo campo teorico» (McCULLOCH J. 1995: 62). McCulloch giustamente sottolinea come il fatto che l'antropologa non riesca a riconoscere «[...] la natura di molte delle argomentazioni di Carothers, soprattutto quelle concernenti la razza, la cultura e il tipo psicologico, ha poche scusanti» (McCULLOCH J. 1995: 62).

<sup>(8)</sup> Per un'analisi approfondita dell'interpretazione di Mannoni della rivolta malgascia si veda BLOCH M. 1997.

<sup>(9)</sup> Anche se Fassin insiste su una (nemmeno molto occulta) genealogia comune: «[...] anche se spesso ci si dimentica di menzionare questa tradizione [quella dell'incontro tra etnologia e psichiatria nel contesto coloniale] quando si menziona la propria genealogia, la corrente francese contemporanea [di etnopsichiatria] le è comunque tributaria. Non solo sul piano intellettuale – cioè in una trasmissione di saperi e di pratiche e in una reminiscenza di presupposti teorici e principi metodologici – ma anche sul piano politico» (FASSIN D. 2000: 232).

## Riferimenti bibliografici

BENEDUCE Roberto (1998), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.

BENEDUCE Roberto (2001), *Politiche dell'etnopsichiatria e politiche della cultura*, "Il De Martino", n. 11-12, 2001, pp. 213-233.

BIBEAU Gilles (1996), *L'adeguamento dei servizi sanitari ad una utenza multiculturale*, pp. 63-93, in CIDIS - REGIONE DELL'UMBRIA (enti curatori), *La tutela della salute in una società multietnica. Atti del Seminario tenuto a Perugia il 14-15-16 dicembre 1995*, CIDIS, Perugia.

BLOCH Maurice (1997), *La psychanalyse au secours du colonialisme. A propos d'un ouvrage d'Octave Mannoni*, "Terrain", n. 28, marzo 1997, pp. 103-118.

CAROTHERS John Colins (1953), *The African mind in health and disease. A study in ethnopsychiatry*, World Health Organization, Geneva.

CAROTHERS John Colins (1954), *The psychology of Mau Mau*, Government Printer, Nairobi.

COPPO Piero (2000), *Politiche e derive dell'etnopsichiatria*, "I Fogli di Oriss. Luoghi e lingue di confine tra antropologia e psicologia, medicina e psichiatria", n. 13-14, pp. 119-140.

CORIN Ellen (1997), *Playing with limits: Tobie Nathan's evolving paradigm in ethnopsychiatry*, "Transcultural Psychiatry", vol. 34, n. 3, settembre 1997, pp. 345-358.

FASSIN Didier (1999), *L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit*, "Genèses. Sciences sociales et histoire", n. 35, 1999, pp. 146-171.

FASSIN Didier (2000), *Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues françaises*, "L'Homme. Revue française d'anthropologie", n. 153, gennaio-marzo 2000, pp. 231-250.

FREEMAN Paul (1997), *Ethnopsychiatry in France*, "Transcultural Psychiatry", vol. 34, n. 3, settembre 1997, pp. 313-319.

FRIGESSI CASTELNUOVO Delia - RISSO Michele (1982), *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Einaudi, Torino.

LATOUR Bruno (1996), *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux faitiches*, Les Empêcheurs de Penser en Ronde, Paris.

LOOMBA Ania (1998), *Colonialism/Postcolonialism*, Routledge, London.

MANNONI Octave (1950), *Psychologie de la colonisation*, Édition du Seuil, Paris.

MELLINA Sergio (1987), *La nostalgia nella valigia. Emigrazione di lavoro e disagio mentale*, Marsilio, Venezia.

McCULLOCK Jock (1995), *Colonial psychiatry and "the African mind"*, Cambridge University Press, Cambridge.

MOORE Sally Falk (2004 [1994]), *Antropologia e Africa*, traduz. dall'inglese di Alice BELLAGAMBA e Massimo SCALA, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig.: *Anthropology and Africa. Changing perspective on a changing scene*, University Press of Virginia, Charlottesville - London, 1994].

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

NATHAN Tobie (1996 [1993]), *Principi di etnopsicanalisi*, 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*, La Pensée Sauvage, Paris, 1993].

NATHAN Tobie (2000), *L'ethnopsychiatrie en butte aux néo-staliniens*, "Abstract Psychiatrie", n. 212, febbraio 2000, pp. 17-19.

NATHAN Tobie (2003 [2001]), *Non siamo soli al mondo*, traduz. dal francese di Giuliana LOMAZZI, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Les Empêcheurs de Penser en Ronde - Le Seuil, Paris].

NATHAN Tobie - STENGERS Isabelle (1996 [1995]), *Medici e stregoni. Manifesto per una psicopatologia scientifica. Il medico e il ciarlatano*, traduz. dal francese di Salvatore INGLESE, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Médecins et sorciers. Manifeste pour une psychopathologie scientifique. Le médecin et le charlatan*, Les Empêcheurs de Penser en Ronde, Paris, 1995].

RISSEO Michele - BÖKER Wolfgang (1992 [1964]), *Sortilegio e delirio. Psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale*, edizione italiana a cura di Vittorio LANTERNARI - Virginia DE MICCO - Giuseppe CARDAMONE, traduz. dal tedesco di Virginia DE MICCO, Liguori, Napoli [ediz. orig.: *Verhexungswahn. Ein Beitrag zum Verständnis von Wahnerkrankungen südtalitanischer Arbeiter in der Schweiz*, Karger GmbH, Basel, 1964].

SCHIRRIPIA Pino (1996), *Identità come nucleo profondo della persona? Alcune riflessioni su Tobie Nathan*, "I Fogli di ORISS. Luoghi e lingue di confine tra antropologia e psicologia, medicina e psichiatria", n. 6, 1996, pp. 137-148.

STREIT Ursula (1997), *Nathan's ethnopsychanalytic therapy: characteristics, discoveries and challenges to Western psychiatry*, "Transcultural Psychiatry", vol. 34, n. 3, settembre 1997, pp. 321-343.

## Scheda sull'Autore

Pino Schirripa, nato a Martone (provincia di Reggio Calabria) il 27 novembre 1960, è dottore di ricerca in scienze etnoantropologiche presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza"; ha svolto un post-dottorato presso l'Università degli studi di Pisa ed è stato assegnista di ricerca presso l'Università degli studi di Perugia. Attualmente è assegnista di ricerca nel Dipartimento di studi glottoantropologici e discipline musicali e docente a contratto nella Facoltà di sociologia presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza"; è inoltre ricercatore senior presso la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia).

Si occupa principalmente di antropologia medica e di antropologia religiosa. Da più di dieci anni svolge ricerche sul campo in Italia e in Ghana. In Italia, assieme a Giuseppe Cardamone, ha svolto una ricerca su una comunità carismatica calabrese (1989-1994); ha poi lavorato ad Orvieto su questioni di antropologia dell'alimentazione (1998) e a L'Aquila sull'antropologia del farmaco (1999-2001); infine, è stato coordinatore europeo di una ricerca che vedeva coinvolti, oltre all'Italia, la Spagna, l'Olanda, la Svezia e il Belgio, sull'offerta terapeutica agli immigrati (1999-2001). In Ghana, dal 1989 al

1997, ha compiuto diversi periodi di ricerca sul campo, interessandosi prima delle chiese indipendenti e poi dei processi di legittimazione della medicina tradizionale.

Ha insegnato presso la Scuola superiore di sanità di Bolzano e ha tenuto conferenze e seminari presso molte università italiane e straniere, tra cui la McGill University di Montreal, l'Université de Montréal e il Queen's College della City University of New York. Attualmente insegna presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza".

Ha pubblicato numerosi saggi in riviste e volumi italiani e stranieri e il volume *Profeti in città. Etnografia di quattro chiese indipendenti del Ghana* (1992). Insieme a Pietro Vulpiani ha curato il volume *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe* (2000).

## Riassunto

### *La solitudine dei feticci. Alcune considerazioni sulle politiche dell'etnopsichiatria alla luce di una recente polemica francese*

Questo contributo discute di alcune questioni connesse con le politiche dell'etnopsichiatria. L'occasione deriva da una recente polemica francese che ha visto coinvolti l'antropologo Didier Fassin e l'etnopsichiatra Tobie Nathan. In questione era il fatto che il metodo di Nathan in qualche modo lasciasse prefigurare una ghettizzazione degli immigrati entro le loro specifiche tradizioni terapeutiche. Più in generale però, attraverso un accostamento tra Nathan e Carothers, si metteva in causa la stessa vocazione dell'etnopsichiatria accusata di indulgere troppo verso il culturalismo, celando in tal modo più ampie problematiche sociali e i rapporti di forza e di classe.

Ripercorrendo la polemica l'articolo discute del metodo di Nathan e delle origini dell'etnopsichiatria nella psichiatria coloniale. In tal modo vengono messe in luce alcune questioni politiche centrali, quali il problema della cittadinanza, che attraversano la storia della disciplina, riproponendo la necessità che l'affermazione della diversità culturale tenga conto del suo storico formarsi nei rapporti di forza nel mondo coloniale e delle relazioni di classe.

## Résumé

### *La solitude des fétiches. Quelques remarques sur les politiques de l'ethnopsychiatrie à la lumière d'une récente polémique française*

Cet article examine certaines questions liées aux politiques de l'ethnopsychiatrie. Il fait suite à la récente polémique survenue en France entre l'anthropologue Didier Fassin et l'ethnopsychiatre Tobie Nathan. Le débat portait sur le fait que la méthode de Nathan



pourrait aboutir à une ghettoïsation des immigrés dans leurs traditions thérapeutiques spécifiques. Toutefois, d'une manière plus générale, à travers un rapprochement entre Nathan et Carothers, la vocation même de l'ethnopsychiatrie était mise en cause, accusée de trop s'adonner au culturalisme, en celant de la sorte des problématiques sociales de plus grande envergure ainsi que les rapports de force et de classe.

Reprenant l'évolution de la polémique, l'article discute de la méthode de Nathan et des origines de l'ethnopsychiatrie dans la psychiatrie coloniale. Il fait ainsi ressortir certaines questions politiques centrales, comme le problème de la nationalité, qui sillonnent d'histoire de la discipline en révélant combien il est nécessaire que l'affirmation de la diversité culturelle tienne compte de sa formation historique dans les rapports de force du monde colonial et des relations de classe.

## Resumen

*La soledad de los fetiches. Algunas consideraciones sobre las políticas de etnopsiquiatría a la luz de una reciente polémica francesa.*

Esta contribución propone algunas cuestiones relacionadas con las políticas de la etnopsiquiatría. La ocasión deriva de una reciente polémica francesa a la que participaron el antropólogo Didier Fassin y el etnopsiquiatra Tobie Nathan. La cuestión residía en el hecho de que el método de Nathan de alguna manera pudiera prefigurar una guetización de los inmigrantes en el ámbito de sus tradiciones terapéuticas específicas. Aunque si en general, a través de un acercamiento entre Nathan y Carothers, se ponía en discusión la vocación misma de la etnopsiquiatría, acusada de ser demasiado condescendiente con el culturalismo, celando así las problemáticas sociales más amplias y las relaciones de fuerza y de clase.

Reviviendo la polémica, el artículo discute sobre el método de Nathan y los orígenes de la etnopsiquiatría en la psiquiatría colonial. De esta manera, se evidencian algunas cuestiones políticas fundamentales como el problema de la ciudadanía, que atraviesan la historia de la disciplina, reproponiendo la necesidad de que la afirmación de la diversidad cultural tenga en cuenta su formación histórica en las relaciones de fuerza en el mundo colonial y de las relaciones de clase.

## Abstract

*The loneliness of fetishes. Some reflections about the policies of ethnopsychiatry arising from a recent French debate.*

This contribution presents some reflections about the policies of ethnopsychiatry. The occasion come from a recent French debate which has involved the anthropologist Didier

Fassin and the ethnopsychiatrist Tobie Nathan. The core of the debate was the Nathan's method. According to Fassin it could be a tool, through the claim of their cultural specificity, to maintain the immigrants into a cultural ghetto. Largely, comparing Nathan's and Carothers' work, Fassin discusses the political functions that the ethnopsychiatry, as discipline and practice, has assumed from its origins. According to Fassin the original sin of ethnopsychiatry rest in the attempt to "culturalize" the "other people" psychic troubles without paying attention to the social causes. It is an "original sin" that it is possible to find also today in the work of ethnopsychiatrists. In fact Fassin accuses Nathan to hold the same inclination. Nathan's theories and practices propose, according to Fassin, the same culturalist paradigm.

Going through the debate, the article discusses Nathan's method and the origin of ethnopsychiatry in the colonial psychiatry. It tries to focus on some central political questions, as the problem of citizenship, which are constant in the development of ethnopsychiatry. The Author claims the need to conjugate the cultural diversity with its historical shaping by the unequal relations in the colonial world and the class questions.

*Colonialismo, orientalismo e irriducibili  
"differenze" corporee.*

*A proposito di Zoos humains, industria dello spettacolo  
e scienze umane tra Otto e Novecento*

**Massimiliano Minelli**

assegnista di ricerca presso il Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia / docente a contratto di antropologia culturale nella Facoltà di scienze della formazione, Università degli studi di Macerata

Nel corso del XIX secolo, in piena epoca coloniale, furono messe in atto spregiudicate e abili operazioni commerciali da parte di esponenti della nascente industria dell'intrattenimento, con l'attivo sostegno di rappresentanti di spicco della scienza medica e antropologica, al fine di produrre e distribuire una particolare merce: forme d'umanità esotica, da consumare preferibilmente in luoghi pubblici. Rinchiusi dentro villaggi adeguatamente ricostruiti nelle nuove esposizioni universali, "individui esotici" furono esposti allo sguardo curioso dei visitatori. In quelli che sarebbero stati chiamati *zoos humains*, interi gruppi familiari di "Eschimesi" e "Fuegini", "Ottentotti" e "Boscimani", talvolta "protetti" da sbarre, furono messi in scena per un pubblico pagante. Nelle principali città d'Europa e degli Stati Uniti, gli *zoo umani* hanno così allestito, riprodotto e pubblicizzato, in modo massiccio, un'immagine extra-ordinaria in cui l'esotico coloniale, rappresentato talora come vera e propria difformità corporea, si definiva in contrapposizione alle sorti progressive del mondo industriale moderno. Di questi processi di produzione di «un vasto e articolato *immaginario collettivo*», in un terreno che ad uno sguardo complessivo si configura come contraddistinto da processi di egemonia, intellettualità organica e mediazione culturale, è piuttosto complicato riannodare i fili e rintracciare le relazioni fra intellettuali, stampa popolare e opinione pubblica (SEPPILLI T. 2000: 12). Vale la pena soprattutto cercare di riflettere sulla dimensione pratica e politica di quei processi che hanno materialmente "fatto" l'ideologia della razza, attraverso l'esposizione a fini commerciali dei "nativi

coloniali". A tale riflessione danno un contributo rilevante due recenti pubblicazioni. La prima è costituita da *Zoo umani. Dalla Venere ottentotta ai reality show* (LEMAIRE S. - BLANCHARD P. - BANCEL N. - BOËTSCH G. - DEROO É. curr. 2003 [2002])<sup>(1)</sup>, traduzione di un più ampio volume (BANCEL N. - BLANCHARD P. - BOËTSCH G. - DEROO É. - LEMAIRE S. curr. 2002) apparso in Francia nel 2002, a seguito di un convegno internazionale tenuto a Marsiglia nel 2001. Si tratta di una raccolta di saggi che da varie angolazioni fanno il punto sulle principali questioni legate alla popolarizzazione degli stereotipi razziali nelle esibizioni dell'esotico coloniale. La seconda è rappresentata da un numero monografico della rivista "L'Ethnographie", dal titolo *Villages noirs, Zoos humains*, curato e redatto da Emmanuel Garrigues. Il fascicolo è corredato da un ricco apparato iconografico, che raccoglie immagini provenienti dalla "collezione Gérard Lévy" di foto e cartoline postali prodotte e circolanti negli zoo umani francesi di fine Ottocento (GARRIGUES E. cur. 2003).

In questa nota, a partire dalle suggestioni provenienti dai due volumi, cercherò di ripercorrere alcuni itinerari tra medicina e antropologia, nell'Ottocento e nella prima metà del Novecento. Delle molteplici direzioni in cui è possibile dirigersi, privilegio quelle che meglio di altre consentono di vedere contemporaneamente le differenti facce dei processi di produzione dell'alterità all'interno delle politiche coloniali. In genere, le scienze umane si sono confrontate variamente con la gestione dell'ordine e la salvaguardia della salute pubblica in Europa, negli Stati Uniti, nelle Colonie d'Oltremare. In tale quadro, l'antropometria, la statistica e la medicina sociale hanno avuto una certa rilevanza. Allo stesso tempo, le tecnologie impiegate per la documentazione scientifica dei fenomeni umani hanno influito in modo decisivo sul rapporto tra costruzione dell'alterità esotica e riproduzione mimetica delle "differenze" corporee<sup>(2)</sup>.

### 1. Freaks

Intorno alla metà del secolo XIX, i *freaks*, i "fenomeni da baraccone", hanno avuto un ruolo fondamentale nei processi di formazione e distribuzione capillare degli stereotipi dell'esotico coloniale. Per ricostruire quei processi, è importante osservare, nel suo farsi, quella che era iniziata come una serie di esibizioni di "prodigi corporei", presentati al pubblico come rappresentanti di nazioni lontane. È infatti all'interno dei *freak shows* che «i

cittadini “per bene” si sono appassionati agli individui con anomalie fisiche, mentali o comportamentali – reali o supposte – e agli “indigeni” di paesi esotici» (BOGDAN R. 2003 [2002]: 44).

Nella confluenza tra esotismo e popolarizzazione del razzismo, l'azione pedagogica degli esperti ha svolto un ruolo rilevante. Negli spettacoli sui “fenomeni umani” non era infrequente trovare un esperto, magari vestito da medico, che richiamasse l'attenzione degli spettatori sulla rarità della storia dei soggetti esibiti sul palcoscenico. È in questo modo che i *freaks* diventavano storie pubbliche. Storie da ascoltare e raccontare ad altri, soprattutto dopo che i “profani” in platea fossero stati adeguatamente edotti sulle particolarità mediche ed etnografiche del *caso* esposto. Una sottile linea di congiunzione teneva insieme “anormalità”, “colonialismo”, “esotismo” ed “orientalismo”.

### 1.1.

Phineas Taylor Barnum è stato il primo impresario ad allestire «la messa in scena di “mostri” in un “centro divertimenti”, programmando simultaneamente conferenze “scientifiche”, spettacoli di magia, di danza, o rappresentazioni teatrali» (LEMAIRE S. - BLANCHARD P. - BANCEL N. - BOËTSCH G. - DEROO É. curr. 2003 [2002]: 13). Fin da allora, chi entrava nei teatri e nel museo popolare di Barnum, si trovava preso in un dispositivo per la visione che articolava e naturalizzava le differenze umane, presentandole come oggetti esotici. Le differenze per certi versi erano materialmente costruite mettendo in scena i cosiddetti “prodigi”.

Non di rado i *freaks* erano presentati come membri di qualche popolazione esotica. Nel Museo che venne aperto al centro di Manhattan nel 1850, si esibirono tra gli altri «“gli ultimi aztechi” (un fratello e una sorella di cranio conico, ritardati mentali), “la donna barbata svizzera”, “i veri gemelli siamesi”, la madre afro-americana con due figli albini» (BOGDAN R. 2003 [2002]: 44). Ogni prodigio portava con sé una storia, che si ammantava del fascino dei paesi del lontano Oriente o che evocava i pericoli dell'Africa di Livingstone.

«Fino al volgere del secolo [XIX], i “musei da tre soldi” proliferarono, offrendo spettacoli che miravano all'edificazione dei cittadini americani di ogni classe sociale. I mostri umani erano il fulcro degli spettacoli di Barnum e di tutti i successivi musei popolari. Nelle “sale delle curiosità” e nelle “sale delle conferenze” di questi musei, come pure sulle pedane delle baracche circensi, era rappresentato un incredibile ventaglio di prodigi corporei, che andava dai “Selvaggi del Borneo” alle *Fat Ladies* (donne obese), e riuniva

scheletri viventi, principi delle Figi, albi, donne barbute, gemelli siamesi, Circassi tatuati, tronchi umani, cinesi giganti, cannibali, trigemini nani, ermafroditi, giovani maculati, e molto altro ancora» (GARLAND-THOMSON R. 2003 [2002]: 29).

Sfogliando gli elenchi di quella che viene presentata come una moderna zoologia fantastica, si avverte come nei *freak shows*, convergessero in modo fulmineo, in un unico luogo e in un istantaneo atto percettivo (al tempo stesso “individuale” e “alla portata di tutti” gli spettatori), il fascino del viaggio e la disuguaglianza sociale, le immagini dell’esotico e la discriminazione razziale. La “razza” si è rivelata ben presto uno strumento estremamente potente e flessibile per rappresentare come un unico fenomeno di trasformazione biologica e naturale la deformità dei *freaks* (considerati come gli “ibridi” per eccellenza), l’esotismo dei nativi e l’arcaicità dei comportamenti “primitivi”.

## 1.2.

Le esibizioni organizzate da Barnum devono molto del loro successo ad alcune celebri figure. Joice Heth, la donna afroamericana esibitasi nel nord-est degli Stati Uniti per sette mesi, prima della morte, avvenuta nel 1836, fu preceduta dalla fama di essere la più anziana nel mondo, di avere circa centosessantun’anni e di essere stata la balia del primo presidente d’America George Washington. In questo modo, Heth, esile schiava di colore, proveniente da uno sconosciuto paese africano, levatrice del principale artefice dell’indipendenza e della nascita degli Stati Uniti, incarnava e mostrava pubblicamente le promesse e le contraddizioni del nuovo stato-nazione americano. La gente affollava taverne, musei, stazioni e teatri per ascoltare quella minuscola figura femminile, semiparalizzata e cieca, raccontare di «come fosse stata testimone della nascita del “caro piccolo George”, e la prima a vestirlo, allattarlo ad ascoltarne le prime canzoni che lei stessa gli aveva insegnato» (REISS B. 2003 [2002]: 38).

L’opinione pubblica si divideva sulla presunta veridicità della storia, raccontata da quella che veniva descritta come una “mummia” vivente. Si aprirono contenziosi sulla possibilità che Heth fosse la prova corporea di un lento processo d’invecchiamento, legato alla “razza”, ancora sconosciuto ai bianchi. La tesi del segreto della longevità era così inseparabile dalla discriminazione razziale: in quanto discendente degli schiavi venuti dall’Africa, Heth poteva essere vista da alcuni come la testimonianza organica e vivente di un gruppo di origine ignota, dotato di una longevità invidiabile, il cui segreto poteva essere svelato. In effetti, l’interesse della

storia di Heth, come ricorda Benjamin Reiss che ha dedicato un intero volume alle sue vicende (REISS B. 2001), risiede prima di tutto nei dibattiti, incentrati sulla combinazione singolare di provenienza geografica, costituzione fisica e tratti identitari individuali; qualificazioni che accompagnavano la donna salita sul palcoscenico. In quella storia, detto altrimenti, convergevano nello stesso luogo e in modo spettacolare le idee sulla razza, la scienza e l'identità, in azioni e discorsi concernenti la modernizzazione.

Alla sua morte, il 25 febbraio 1836, Joice Heth, la donna più vecchia del mondo, verrà dissezionata dal dottor David L. Rogers al City saloon di New York. In un esame autoptico, condotto di fronte a un pubblico pagante di millecinquecento spettatori, un esponente della scienza medica cercherà di svelare l'ultimo segreto custodito da Heth. Quell'autopsia è una delle circostanze che consentono storicamente d'individuare un insieme di pratiche che politicamente circoscrivono e stabiliscono nella differenza razziale una «zona di leggibilità e di stabilità dei confini» (REISS B. 2003 [2002]: 42). Un'operazione avvenuta letteralmente attraverso la manipolazione chirurgica dei corpi. A quanto pare, già negli spettacoli organizzati da Barnum una peculiare forma di osservazione clinica era offerta a buon prezzo a un ampio pubblico popolare <sup>(3)</sup>.

La ricerca sull'identità della Heth sembra essere stata incentivata, piuttosto che risolta, dal sopraggiungere della morte. A detta del dottor Rogers, la balia di Washington era una frode: l'esame scrupoloso di tessuti e organi interni dimostrava per lui inequivocabilmente che doveva trattarsi di una donna di circa ottant'anni. Tuttavia, negli anni seguenti, le polemiche sulla identità biografica e organica di Heth non furono certo placate da un tale presunto *experimentum crucis*.

### 1.3.

La provenienza dall'Oriente di alcuni gruppi umani, catalogati in base a differenze razziali, fu fatta coincidere con una sindrome medica, in base a forme di ragionamento analogico. Dare un nome a un fenomeno parzialmente ignoto, attraverso qualcosa che si ritiene già noto, ha portato, in vari modi, a una estensione dei campi sociali, politici e scientifici in cui collocare le differenze umane.

L'appellativo “gemelli siamesi” è stato attribuito per la prima volta a Eng e Chang, nati uniti lungo la schiena nel 1811, in Thailandia (Siam). I due gemelli, che un impresario americano aveva importato negli Stati Uniti, pagando un congruo ingaggio alla madre per esibirli nelle fiere, divennero ben presto l'oggetto di discussioni tra medici ed esperti di altre scienze.

Lo stesso impresario molto “interessato” al loro futuro si rivolgeva a medici famosi per avere informazioni su una loro eventuale separazione. Luminari si confrontarono pubblicamente riguardo alle sorti promesse ai gemelli dalla medicina. Questi tuttavia rifiutarono di essere separati con un intervento chirurgico. Grazie alle tournée in Europa e in America guadagnarono parecchi soldi, tanto da sistemarsi, ottenere la cittadinanza americana (con il cognome di Bunker) e sposare due sorelle dalle quali ebbero complessivamente 22 figli. Morirono nel 1874 a distanza di poche ore l'uno dall'altro. Ricorda José Van Dijck che «Chang morì per una insufficienza cardiaca, dopo la quale Eng visse per altre due ore prima di morire per lo shock. A tempo debito, il soprannome dei gemelli Bunker divenne un nome classificatorio: la nozione di “gemelli siamesi” così come la parola “mongoloide” per i bambini con la sindrome di Down è divenuta molesta per la sua congiunzione di anormalità ed esotismo» (VAN DIJCK J. 2002: 540). Nozioni costruite nell'Ottocento da un sapere medico classificatorio che permangono in forme stigmatizzanti nel linguaggio comune odierno.

Lungo questa linea, che vede attribuire dei termini classificatori a partire da individui specifici, non va trascurato il fatto che mentre “siamesi” è un nome dato alla qualità di due individui che sono al tempo stesso uno solo – problema giuridico-religioso di grande complessità e fonte di contraddizioni irriducibili<sup>(4)</sup> –, la correlazione tra “orientalismo” e trisomia-21, implicita nella parola “mongoloide”, ha una diversa storia. Le *Observations on an ethnic classification of idiots* pubblicate da John Langdon Haydon Down, nel 1866 (GOULD S. J. 1983a [1980]) sono state certamente rilevanti nel consolidarsi del razzismo scientifico, attraverso una serie di analogie tra difformità corporee e categorie etnico-razziali. In quel breve scritto, al parallelismo a tre, che costituiva la base della allora corrente pratica scientifica razzista – *antenati fossili*, studiati dalla paleontologia, *selvaggi*, oggetto d'attenzione della anatomia comparata e *stadi embrionali e di crescita dei bambini bianchi* su cui si concentrava l'embriologia –, Down aggiungeva una quarta dimensione, rappresentata dagli *adulti anormali* delle “razze superiori”, che erano oggetto dei suoi studi presso l'istituto di Earlswood nel Surrey. Le osservazioni di Stephen Jay Gould sono estremamente interessanti a questo riguardo:

«In sole tre pagine, egli riuscì ad affermare che gli idioti caucasici gli rammentavano gli africani, i malesi, gli indiani americani e gli orientali. Di questi sorprendenti paralleli, solo il termine usato per indicare “gli idioti che si raggruppano nel tipo mongoloide” è sopravvissuto nella letteratura scientifica. [...] “Un gran numero di idioti congeniti sono tipici mongoli. Questo è talmente evidente che, quando i soggetti vengono posti fianco a fianco, è difficile credere che essi non siano figli degli stessi genitori”. Down prose-



gue con la descrizione accurata, ma senza indicazioni di caratteristiche orientali (se si esclude “una tinta giallastra” della pelle), in un ragazzo che noi possiamo ora riconoscere come affetto da trisomia-21 o sindrome di Down» (GOULD S. J. 1983a [1980]: 187, 190).

Coerentemente con la sua posizione di “razzista liberale”, interessato a cogliere le trasformazioni e gli spostamenti lungo un *continuum*, il dottor Down aveva una teoria per spiegare i passaggi graduali tra un dominio e l'altro della differenza biologica e culturale. La sua tesi era che si potesse ristabilire un ordine gerarchico, nelle classificazioni delle differenze umane, rivolgendo l'attenzione verso specificità del comportamento che, pur dando risultati straordinari, non rappresentavano, egli riteneva, dei passi decisivi nel cammino dell'evoluzione della specie. La parola magica in questo caso era: “imitazione” <sup>(5)</sup>. Attraverso la facoltà mimetica, Down costruiva la correlazione tra “idioti” e “gruppi razziali” e cercava di spiegare perché mai collocare gli asiatici in basso nella scala evolutiva, se il “livello di civiltà” degli imperi orientali, prima di tutto della Cina imperiale, veniva ampiamente riconosciuto come elevato. Come gli asiatici, a suo parere, dovevano i loro successi a una facoltà mimetica particolarmente sviluppata, così nei suoi pazienti egli poteva osservare «una straordinaria capacità imitativa che confina con la mimica [mimesi]» (DOWN J. L. H. 1866, cit. in GOULD S. J. 1983a [1980]: 191).

#### 1.4.

Nell'industria dello spettacolo di Barnum, la “differenza razziale” si inseriva in un regime dello sguardo che manipolava abilmente la distanza sé/altro, facendo provare un brivido allo spettatore, senza per questo fargli avvertire il rischio di un pericolo imminente. Il gioco fra *prossimità* e *distanza* era ottenuto con procedure relativamente semplici: ad esempio accostando una “difformità corporea” a dettagli quotidiani, in maniera che gli stessi oggetti domestici e i luoghi comuni cambiassero fisionomia <sup>(6)</sup>. In effetti, le dimensioni straordinarie del “gigante” guerriero del Dahomey apparivano tali soprattutto quando veniva mostrato vicino a oggetti di normale uso quotidiano; oggetti che al suo cospetto o tra le sue mani sembravano magicamente rimpicciolire e divenire minuscoli. Simili accostamenti, nello stesso momento in cui sembravano ribadire confini precisi tra normale e patologico, provocavano uno straniamento del mondo circostante. Quanto appariva come prossimo e amichevole poteva così anche suggerire qualcosa di sconosciuto e inesplorato.

La matrice di questa forma d'intrattenimento è indubbiamente l'arte dello spettacolo itinerante delle fiere, degli acrobati di strada e dei circhi.

La simulazione richiama una lunga storia di contiguità tra vagabondaggio, mendicizia e sofferenza. Le accuse di stratagemmi, camuffamenti della sofferenza corporea, di invenzioni fraudolente, sino all'imputazione di praticare forme di mutilazione volontaria, hanno accompagnato le esibizioni pubbliche dell'Europa medievale <sup>(7)</sup>. Denunce di mendicanti che simulavano la sofferenza e la deformità sono riportate in resoconti delle fiere nelle piazze delle città europee (CAMPONESI P. 2003 [1973]: 69-70).

Delle storie proliferate ai margini degli spettacoli sui fenomeni umani nell'industria dell'intrattenimento popolare, in particolare quelli organizzati da Barnum, colpiscono soprattutto le discussioni sulle pagine dei primi giornali popolari. Erano dispute per la maggior parte centrate sull'eventualità che alcune esibizioni celassero delle frodi (COOK J. W. 2001). Ricorda Robert Bogdan che:

«Per promuovere i loro spettacoli, gli impresari reinventavano o abbellivano l'identità e il passato dei loro figuranti, talvolta con la loro complicità. Così i fratelli Davis - ritardati mentali di bassa statura - tra il 1852 e il 1905 vennero presentati come "Selvaggi del Borneo", catturati al termine di una lotta sanguinosa dall'equipaggio di un bastimento nel lontano Pacifico, e poi addomesticati. Ricorrendo a immagini e simboli cui il pubblico era sensibile, gli organizzatori e gli impresari conferivano al fenomeno un'identità pubblica che non poteva non "attirare il merlo"» (BOGDAN R. 2003 [2002]: 45).

Le insistenti accuse d'inganno, rivolte alla "gente del mestiere", consistevano non solo nel fatto che fossero impiegati trucchi grossolani, ma anche nella possibilità che molti di quei trucchi consistessero in un "dare a vedere", in un mettere in primo piano un oggetto, per nascondere qualcos'altro. Nell'esposizione che vuol essere spettacolare e pedagogica l'esibizione del prodigio e la ciarlataneria sono tra loro legate a filo doppio.

Si tratta di elementi che si ritroveranno riprodotti nelle attrazioni del cosiddetto Giardino zoologico d'acclimatazione (cfr. SCHNEIDER W. H. 2003 [2002]) in Francia alla fine del secolo XIX: ad esempio nelle acrobazie de *Les malabares* (GARRIGUES E. 2003: foto 134). O nella performance dei fachiri de *L'Afrique misterieuse: una foto* (GARRIGUES E. 2003: foto 106) li ritrae in gruppo, in una posa statica, alcuni con gli strumenti musicali in mano; due di essi in ginocchio con le braccia aperte rivolte verso l'alto, quasi a costruire una specie di inquadratura sul "dettaglio" della introduzione di una lama nella gola del performer. Una sorta di irriducibilità sembra riproporsi allo sguardo degli osservatori: in parte, nella rapidità, nella forza e nella perizia del gesto degli artisti, che un profano non riuscirebbe a riprodurre;

in parte, nel rapporto tra ciò che viene mostrato, ciò che accade e ciò che è possibile vedere.

### 1.5.

Nella peculiare combinazione di “difformità” ed “esotismo” un’aria di diffidenza sembrava precedere, accompagnare e seguire le esibizioni dei *freak shows*. Il sospetto di simulazioni e di eventuali interventi dolosi sul “corso naturale” degli eventi sembra essere organicamente correlato al funzionamento dei dispositivi di visione centrati sulla difformità corporea. Tali dispositivi erano indissociabili dalle strategie adottate per inscrivere e narrare quei corpi nella “pubblica opinione”<sup>(8)</sup>. Si tratta di una complessiva “economia dello sguardo” (BANCEL N. - SIROST O. 2003 [2002]), in cui il silenzio è legato a un presunto significato inaccessibile di quanto si ostina passivamente a permanere, “disarmato”, sotto la luce dei riflettori, che è descritta in modo mirabile nel racconto di Franz Kafka *Il digiunatore* (KAFKA F. 1991 [1922]: 195). Il protagonista, il *digiunatore*, è simile a uno degli scheletri viventi degli spettacoli di Barnum, e trascorre intere giornate immobile, chiuso in una gabbia, completamente assoggettato agli sguardi altrui. Egli non dà risposta a chi cerchi d’interrogarsi e d’interrogarlo sul perché ostinatamente prosegua la sua scrupolosa e paziente astinenza dal cibo. Gli spettatori, i guardiani, l’impresario, le donne che lo circondano, rimangono stregati dal suo spettacolo crudele: tutti sono intrappolati in un dispositivo che, proprio grazie alla costante esposizione del corpo, consente di inscrivere il digiuno e l’ascesi in una interrogazione continua. Così, un massimo di visibilità, che nel racconto consiste nella opportunità data agli spettatori di osservare in ogni istante i cambiamenti del corpo nella gabbia, è associato al dubbio e al sospetto.

«Questo, d’altronde, faceva parte di quei sospetti che non si potevano assolutamente scindere dall’arte del digiuno. Infatti, nessuno era in grado di trascorrere ininterrottamente accanto al digiunatore tutta quella serie di giorni e di notti, e quindi nessuno poteva sapere per esperienza diretta se il digiuno fosse stato protratto davvero ininterrottamente e irreprensibilmente; poteva saperlo soltanto il digiunatore; solo lui, quindi, poteva essere contemporaneamente lo spettatore perfettamente soddisfatto del proprio digiuno» (KAFKA F. 1991 [1922]: 195).

Nessuno può garantire che almeno per un momento, anche per un solo istante, il digiunatore non abbia ceduto al morso della fame e si sia cibato di qualcosa. Nel “darsi a vedere” ascetico e spettacolarizzato del digiunatore di Kafka, l’astinenza dal cibo appare come una non-azione prolungata che esercita un potere di cattura sull’*agency* degli spettatori che producono a loro volta *gossip* e narrazioni nella sfera pubblica.

## 2. *Esposizioni universali*

Le esibizioni dei nativi coloniali, messe a punto nella fabbricazione mediatica dei *freak shows*, non possono essere comprese separatamente dalle politiche coloniali. Nell'abile organizzazione delle esposizioni universali, che raccoglievano l'alterità esotica e i frutti più recenti del progresso della società industriale, le differenze di classe degli spettatori sono magicamente occultate da uno sguardo che sembra provenire direttamente dai luoghi delle "spinte civilizzatrici". Negli anni seguenti e in luoghi simili, all'incrocio di istituzioni, pratiche scientifiche e laboratori di immagini, si dispiegherà l'attività instancabile degli esperti di antropometria, degli statistici e dei fondatori dell'eugenetica.

### 2.1.

Ufficialmente le esibizioni degli *zoos humains* debuttano tra il 1871 e il 1877 in Francia. La formula del loro rapido successo è costituita dalla combinazione di animali selvaggi (giraffe, elefanti, rinoceronti, cammelli), esseri umani e costruzioni effimere costituite dai villaggi temporanei, nel centro delle città europee. La novità è costituita dalla presenza di gruppi umani <sup>(9)</sup>. Gli impresari vendevano spettacoli, gli scienziati producevano conoscenza scientifica sulle diversità del globo terrestre e la stampa popolare intratteneva i lettori con un misto di narrativa d'appendice e di azioni volte a illustrare la stupefacente diversità del mondo contemporaneo. In questo modo, le strategie d'intrattenimento pedagogico delle esibizioni dei *freaks* (i fenomeni da baraccone) si sono congiunte con gli zoo animali, per esporre alle masse urbane delle potenze coloniali forme di vita esotiche dei popoli sottomessi (LEMAIRE S. - BLANCHARD P. - BANCEL N. - BOËTSCH G. - DEROO É. *curr.* 2003 [2002]: 9).

Nella esposizione dell'esotico coloniale la distanza di gruppi umani stranieri, invitati perentoriamente a non allontanarsi dal villaggio ricostruito per l'occasione, è stata di fatto più volte accomunata all'inaccessibilità dei "fenomeni" che mettevano in discussione la norma sociale-biologica. Gli scienziati, i *savants* della fine del secolo XIX, non si fecero sfuggire l'opportunità di recarsi nei villaggi africani ricostruiti all'interno delle grandi esposizioni universali per operare misurazioni antropometriche sui loro temporanei abitanti.

In quegli stessi luoghi, molteplici umanità differenti e variopinte, al di là del recinto, offrendosi allo sguardo esterno, unificavano per contrasto la moltitudine dei visitatori in una categoria unitaria di pubblico europeo pagante.

## 2.2.

Nella seconda metà del secolo XIX e nella prima del XX, milioni di persone dedicano parte del loro tempo libero a visitare le esposizioni internazionali, in edifici di dimensioni eccezionali. Il prototipo di quegli edifici è il Crystal Palace di Londra, sede della *Grande esposizione delle opere dell'industria di tutte le Nazioni* del 1851, dove gli oggetti, classificati come «Materie Prime, Congegni Meccanici, Manifatture e Belle Arti» (STOCKING G. W. 2000 [1987]: 27), si presentano in un'atmosfera di fiaba orientale:

«Joseph Nash dipinse per il re d'Inghilterra una serie di acquerelli raffiguranti il Palazzo di Cristallo, l'edificio che fu costruito appositamente per l'esposizione industriale di Londra del 1851. La prima esposizione universale e la prima costruzione monumentale in vetro e ferro! Vedendo questi acquerelli, ci si stupisce dello sforzo fatto per arredare l'immenso spazio interno con motivi fiabeschi e orientali; accanto ai depositi di merci che riempivano le arcate, file di bronzei gruppi monumentali, statue di marmo e fontane zampillanti si estendevano fra gli enormi padiglioni» (BENJAMIN W. 2000 [1982]: 186).

Siamo per la prima volta in uno spazio in cui «le masse escluse dal consumo apprendevano l'empatia col valore di scambio. “Guardare tutto, non toccare niente”» (BENJAMIN W. 2000 [1982]: 10). Walter Benjamin, affascinato a sua volta dalla “magia delle esposizioni”, ricorda che la classe operaia aveva fatto il suo ingresso in quei grandi contenitori della merce, già alla fine del Settecento, all'epoca delle prime esposizioni nazionali dell'industria. Vi era entrata, in un clima ancora piacevolmente confuso tra l'impresa del divertimento e la festa popolare, mostrandosi ben presto come un inesauribile corteo di clienti devoti nei «luoghi di pellegrinaggio al feticcio merce» (BENJAMIN W. 2000 [1982, 1935]: 9, cit in CORBEY R. 2003 [2002]: 82). Chiamato a partecipare allo spettacolo della modernità, il pubblico delle Esposizioni universali sperimentava anche l'appartenenza a una cittadinanza che *si fa* mettendo insieme la variegata popolazione urbana, di borghesi, operai, artigiani, finalmente tutti uguali e, di fronte a esponenti del mondo *primitivo e barbaro* delle colonie, tutti “*cives*” purché in grado di pagarsi un biglietto.

## 2.3.

Al Crystal Palace, una struttura in ghisa e vetro lunga 1800 piedi, circa un quinto della popolazione britannica in sei mesi si ritrovò a passeggiare in un mondo di “meraviglie effimere” abitato da macchine per il “diverti-

mento razionale” (MACKENZIE J. 2003 [2002]: 107). Il primo vero spettacolo era dato dall'impressionante rassegna di nuovi prodotti, macchine e materie prime.

«Com'era logico che fosse, l'espressione più piena dello spirito europeo dell'industria civile trovava luogo nell'ala occidentale. Là, nelle sale piene di macchinari in funzione, si potevano ammirare i telai meccanici, i modelli di locomotive e pompe centrifughe, i motori a vapore orizzontali e verticali – “mille mostri di ferro fragorosi e sbuffanti”. I visitatori stranieri furono sopraffatti da tale visione e gli agricoltori inglesi, coperti ancora dalla polvere del viaggio che avevano affrontato, rimasero a bocca aperta mentre la Rivoluzione Industriale Britannica, col suo infernale baccano, ma purgata per l'occasione dalle sue sofferenze, si faceva largo proprio sotto i loro occhi» (STOCKING G. W. 2000 [1987]: 28).

È in luoghi come questo che dobbiamo immaginare, qualche anno dopo, i “nativi coloniali” esposti come rari esemplari di nuovissima importazione. Già in questa prima fase, tuttavia, l'esotico coloniale è alla portata del pubblico nello stesso istante in cui la merce si circonda dell'aura di distrazione. Quell'aura che per Karl Marx la rende «una cosa imbrogliatissima piena di sottigliezza metafisica e di capricci teologici» (MARX K. 1994 [1867]: 103).

«Sebbene la Regina di Pomare avesse inviato stuoie di pandano da Tahiti ed il Re del Dahomey avesse contribuito con un trono da capo, gli organizzatori, ligi ai principi del far-da-sé, resero difficile la partecipazione degli “aborigeni meno progrediti”. I contributi dalle colonie e dalle dipendenze britanniche appartenevano per la maggior parte alla categoria delle Materie Prime. Comunque la grande mostra organizzata dalla compagnia delle Indie Orientali includeva oggetti appartenenti a tutte e trenta le classi; il più sorprendente fu un grande elefante imbalsamato corredato di figure umane poste all'interno di una portantina in avorio sistemata sulla groppa dell'animale, dono del Nazim di Moorshedabad alla Regina Vittoria». (STOCKING G. W. 2000 [1987]: 27-28).

Qui gli esponenti della scienze umane cominciano a muoversi in un laboratorio vivente, che non obbliga a sottoporsi alle insidie di viaggi in posti inospitali. Qui è finalmente possibile cogliere con un solo sguardo la diversità del mondo e raccogliere prove del grande processo di produzione dell'umano. Le differenze possono essere collocate in una classificazione naturale ordinata, in cui trovano compimento le *sorti progressive* dello stato moderno e l'*ordine naturale* delle cose.

«Non desta sorpresa, dunque, che l'Esposizione spingesse alcuni a meditare circa le origini e lo sviluppo della civiltà di cui costituiva l'epitome. Molte cose nel Crystal Palace incoraggiavano un tipo più specifico di speculazione: il generale sistema di classificazione, che forzava gli esperti a confrontare lo stesso oggetto funzionale in una varietà di forme nazionali; il carattere

delle mostre delle differenti nazioni, che conduceva il visitatore lungo una linea di progresso dal selvaggio tasmaniano passando per le civiltà “barbariche” dell’Oriente, poi a nord-ovest lungo il continente europeo fino alla vetta della Gran Bretagna [...] ci sono prove tali da far ritenere che le due grandi collezioni etnologiche del periodo evolucionista – la collezione Christy e la Pitt Rivers – traessero il loro impulso dalla Grande Esposizione» (STOCKING G. W. 2000 [1987]: 31-32).

Quello stesso pubblico, chiamato a contemplare i rappresentanti di altri popoli “fermi nel passato” e a compiere un viaggio a ritroso nel tempo; ovvero a riconoscersi come un “soggetto” che guarda la storia dell’umanità lasciata alle spalle, mentre è inesorabilmente precipitato nel futuro <sup>(10)</sup>, potrà essere visto anche come *soggetto a* un altro sguardo. Il corrispettivo delle misurazioni operate sui “nativi coloniali” avrà una larga applicazione anche sui visitatori bianchi delle esposizioni universali.

#### 2.4.

Nel 1884, in un laboratorio all’interno della International Health Exhibition di Londra, Francis Galton, riceve i visitatori venuti a farsi misurare e a sottoporsi a test sulle “facoltà mentali”. Chi entra nel laboratorio di Galton, dopo una “osservazione scientifica”, riceve un giudizio finale e se ne esce tenendo in mano una scheda che certifica le sue misure in una serie statistica. A ciascuno le sue misure a un prezzo equo di tre *pennies*: forse dopo essere passati per le misurazioni di Galton ci si può auspicabilmente ritrovare “individui” specifici in una società di “normali” (GOULD S. J. 1998 [1981]: 89-90) <sup>(11)</sup>.

Secondo Kurt Danziger (DANZIGER K. 1995 [1990]), proprio nelle cabine di misurazione di Galton si assiste a un cambiamento significativo nella storia della costruzione dei soggetti sperimentali delle scienze delle mente. Al requisito minimo richiesto, ovvero di essere “pubblico” esibendo il biglietto, i visitatori potevano muoversi dentro un dispositivo in cui gli status dei ricercatori e del soggetto sperimentale erano marcatamente differenziati. Le persone infatti entravano nei laboratori come degli *applicants*. Erano cioè clienti che pagavano una “parcella per il servizio”, analogamente a quanto, chi poteva, era solito fare per un consulto medico. In quel caso tuttavia non si sottoponevano ad alcuna terapia o visita medica e ricevevano invece le misurazioni definite perlopiù dalla pratica della frenologia degli anni precedenti: «dal punto di vista di Galton il ritorno più atteso di questo investimento su larga scala nella “misurazione antropometrica” non era certamente il denaro, ma un insieme di informazioni che alla fine potevano essere utili per il suo programma di eugenetica» (DANZIGER K. 1995 [1990]: 74).

Note

Per comprendere il fascino dell'abnorme, insieme al gusto per i grandi numeri, di Galton, va considerato che egli era un esperto di antropometria, un evoluzionista impegnato a dimostrare l'ereditarietà dell'intelligenza umana e un cultore della nuova scienza statistica<sup>(12)</sup>. Diversamente da Quételet, Galton osservava la curva Normale con grande interesse per le diversità individuali: «Per Galton il normale non era positivo, ma mediocre. Alcuni estremi non erano patologici, ma magnifici. Il bene e il giusto andavano ricercati all'estrema destra della curva Normale del talento e della virtù» (HACKING I. 1994 [1990]: 268). Fuori delle cabine di misurazione, alla fine, saranno contati oltre novemila *applicants*. Il laboratorio d'antropometria di Galton avrà un certo successo anche nei successivi sei anni, nella sua sede definitiva presso lo Science Museum di South Kensington a Londra.

### 3. Misurazioni

Storicamente gli *zoo umani* hanno rappresentato i primi casi in cui un "razzismo scienziata" si è progressivamente popolarizzato, facendo coagulare le molteplici differenze fisiche e sociali in una serie di "oggetti ibridi" che resistono alle classificazioni. Così, la pratica scientifica si è in vari modi legata organicamente alle esposizioni universali per fornire immagini popolari delle differenze razziali. Il linguaggio offerto da quel determinismo biologico, che Stephen Jay Gould ha ironicamente definito come «la concezione secondo cui coloro che stanno in basso sono fatti di materiale intrinsecamente scadente (cervelli poveri, cattivi geni eccetera)» (GOULD S. J. 1998 [1981]: 50), consentiva di articolare, in un discorso pubblico, la iscrizione della disuguaglianza sociale attraverso una postulata differenza biologica.

Dalle testimonianze sulle malattie che colpirono gli attori degli zoo umani, sembra che la sofferenza e la morte abbiano irreparabilmente segnato le sorti dei "nativi", negli stessi luoghi in cui erano costretti a "mimare", in una messa in scena teatrale, l'esperienza quotidiana e i gesti più abituali e domestici appresi nei loro contesti lontani.

#### 3.1.

Le storie di alcune persone incappate nelle esibizioni delle differenze esotiche ci appaiono oggi come gli esiti di un "trattamento scientifico", in cui un gioco mortale si deforma in rappresentazione grottesca. Un prece-



dente, tristemente famoso, del rapporto tra esposizione pubblica di nativi coloniali e pratica scientifica della nascente antropologia, è costituito dalla storia di Saartjie, la *Venere ottentotta*<sup>(13)</sup>. Com'è noto, in quel caso la componente sessuale, combinata con la differenza razziale, aveva alimentato un acceso dibattito nella comunità scientifica parigina e aveva avuto eco nella stampa popolare (SÒRGONI B. 1995, GILMAN S. L. 1985, BADOU G. 2000, MAGUBANE Z. 2001). «Saartjie Baartmann possedeva infatti due tratti anatomici comuni ad alcune donne Kohisan dell’Africa australe: una pronunciata steatopigia (accumulo di grasso nei glutei) e una macroninfia (allungamento delle piccole labbra). Su quest’ultima caratteristica, nota come “grembiule ottentotto”, si concentreranno le osservazioni degli antropologi per tutto il XIX secolo» (FAUVELLE - AYMAR F. 2002 [2003]: 100).

Saartjie – la donna khoikhoi (kohisan) ribattezzata con il nome di Sarah, dai Baartmann, una coppia di agricoltori olandesi, presso i quali era stata a servizio presso Capetown prima di essere portata in tournée nel 1810 in Europa – venne esaminata da Georges Cuvier, alla ricerca di analogie tra i suoi tratti somatici e quelli delle scimmie antropomorfe. Quando morì nel 1815, fu lo stesso Cuvier a fare l’autopsia e a rimuovere cervello e organi genitali, poi esposti in contenitori di formalina presso il Musée de l’Homme<sup>(14)</sup>. Cuvier, uno dei più importanti scienziati dell’epoca, era impegnato in quel momento a perfezionare le correlazioni tra forme esterne e facoltà umane, nella prospettiva già elaborata da Petrus Camper. Per questo, nella sua memoria sulla *Venere ottentotta*, che è difficile non considerare come uno scritto ambivalente, si riferiva a Saartjie attribuendole, ad un tempo, tratti animaleschi, intelligenza e sensibilità (GOULD S. J. 1987 [1985]). Nelle scienze della vita, la combinazione di nazionalità, cultura e tipo fisico si andava progressivamente connotando di introspezione e moralità (COMAROFF J. 1992: 219). La misurazione delle proporzioni del cranio, che permetteva di cogliere in quel momento la spiritualità e la capacità umana, preannunciava sin dagli esordi nuove forme di primitivismo o meglio di ciò che Edward Said (SAID E. 1991 [1978]) avrebbe definito orientalismo.

La *Venere ottentotta* sarà destinata a entrare nei volumi di anatomia comparata (FAUVELLE - AYMAR F. 2002 [2003]: 100), ma anche a essere richiamata nelle discussioni da bordello, rigorosamente maschili, sulla sensualità e la potenza sessuale dei nativi<sup>(15)</sup>. D'altronde, come ha mostrato Edward Said, in quelle operazioni che collocavano i “nativi coloniali” in un «contesto fatto di supposti determinismi biologici e ammonimenti etico-politici», gli “orientali” «si trovarono idealmente in compagnia di membri delle socie-

tà occidentali (criminali, psicopatici, donne, poveri) aventi in comune, in grado più o meno accentuato, personalità devianti e relativamente improduttive» (SAID E. 1991 [1978]: 217). Altra drammatica conseguenza di tali combinazioni fra biologia, morale e politica fu che «l'orientalismo latente incoraggiò una visione del mondo peculiarmente (per non dire sgradevolmente) maschile» (SAID E. 1991 [1978]: 218).

### 3.2.

In un articolo recente, Zine Magubane ricorda che le differenti risposte alla esposizione della Venere ottentotta, si possono comprendere solo inserendole nel quadro ampio dei «dibattiti sulla libertà, la proprietà, e le relazioni sociali, piuttosto che vedendole come semplici manifestazioni della fascinazione per la differenza incarnata» (MAGUBANE Z. 2001: 827). La “differenza razziale” può essere compresa solo riferendoci alle peculiari divisioni interne a una società, considerando cosa possa significare nel tempo, in specifiche circostanze storiche e in contesti particolari, “africanità” e “negritudine”. Magubane mostra in modo convincente che nei discorsi sociali di quegli anni «(1) i Khoikhoi non erano considerati rappresentativi degli Africani, (2) non tutti gli Africani erano pensati come “Negri”, e (3) non tutti i “Negri” erano neri» (MAGUBANE Z. 2001: 824).

Le reazioni alla esibizione della Baartmann a Parigi e a Londra portano anche a riflettere meglio sulla specificità storica dei circuiti tra ricerca scientifica, industria dello spettacolo e comunicazione pubblica.

«È importante notare che al tempo dell'esibizione della Baartmann a Londra la scienza medica non era ancora sviluppata o commercializzata come in Francia. Esistevano molti grandi ospedali e teatri d'anatomia nei quali i membri non nobili della comunità scientifica britannica si guadagnavano da vivere. Un ampio numero di questi studiosi combinava la pratica medica con l'insegnamento come forma di supporto economico. Soprattutto la popolarità delle *lectures* mediche e anatomiche presso la comunità dei profani era più pronunciata in Gran Bretagna che non in Francia. Gli scienziati francesi erano impiegati in istituzioni pubbliche e secolari e scrivevano principalmente per altri scienziati. A Londra, peraltro, la linea tra scienza e show business veniva facilmente e frequentemente attraversato» (MAGUBANE Z. 2001: 827).

I tratti più evidenti delle separazioni percepite tra Sé e Altro corrispondevano prevalentemente a separazioni di classe e di ceto interne alle società europee. Magubane evidenzia infatti come a spaventare fosse la possibilità che processi degenerativi proliferassero oltre i confini convenzionalmente stabiliti.

«La degenerazione, come modello esplicativo, non si sviluppò in risposta agli altri esterni e alla loro alterità corporea. Piuttosto il discorso fu una risposta alle paure della mescolanza delle differenze di classe e di status nella politica europea. Questo fu considerato ben più spaventoso dell'alterità razziale e sessuale dei popoli non-europei [...] Così, sebbene le osservazioni di Cuvier sulla Baartmann suggeriscano che egli la vide come una che condivideva con le scimmie un certo numero di affinità, è importante notare che egli non affermò mai esplicitamente che essa era l' "anello mancante". La sua riluttanza a fare ciò dice meno dei suoi atteggiamenti verso l'alterità razziale e sessuale di quanto non ci dica dei suoi atteggiamenti verso la classe. [...] Le azioni di Cuvier dimostrano che le relazioni sociali della Francia del secolo diciannovesimo ci dicono molto di più del processo di costruzione dei confini tra Sé e Altro rispetto alle generalizzazioni vuote sulle disposizioni psicologiche degli uomini europei» (MAGUBANE Z. 2001: 819-820, 821).

Nel riconoscimento delle differenze della Baartmann da parte di Cuvier il timore delle “classi pericolose” sembra essere stato più rilevante dell'idea dell'*anello mancante*. Le “identità” sembrano così essere messe in pericolo soprattutto quando si è presi in un processo di dispersione e proliferazione invisibile che si teme possa attraversare confini considerati di solito invalicabili: «la degenerazione fu marcata dalla sua proliferazione lenta, odiosa e *invisibile*» (MAGUBANE Z. 2001: 820).

### 3.3.

Per la verità, qualche decina d'anni dopo l'estrazione del cervello della Baartmann, lo stesso Cuvier sarà dichiarato il più grande cervello di Francia, in seguito alle stime fatte da Paul Broca, uno dei suoi eredi ideali <sup>(16)</sup>. Cervelli e autopsie erano il tributo che a vari livelli, semplici umani o grandi scienziati avrebbero dovuto al progresso scientifico. Ma, com'è noto, la quantificazione della materia cerebrale fu una strada percorsa non senza alcuni incidenti. Accadeva di tanto in tanto, ad esempio, che arrivassero nei laboratori d'antropologia cervelli di grandi dimensioni, prelevati dal cranio di criminali recidivi, spesso deceduti per morte violenta.

Ricorda Stephen Jay Gould, a riguardo, che fu lo stesso Paul Broca <sup>(17)</sup> a proporre una spiegazione del problema posto dalle dimensioni ragguardevoli dei “cervelli” di alcuni “delinquenti”: proprio le morti improvvise e violente di quei delinquenti potevano essere causa di un mancato restringimento fisiologico della massa cerebrale. Una riduzione di dimensioni che invece si riscontrerebbe opportunamente nei *soggetti normali*, deceduti di *morti normali*. In seguito, si fece largo anche l'ipotesi, forse ancora più inquietante per le polizie europee, che per *grandi crimini* fossero necessari *grandi cervelli criminali* <sup>(18)</sup>.

Note

«Nell'anno della morte di Broca, T. Bischoff pubblicò il suo studio sui cervelli di 119 assassini e ladri. La loro media superava quella di uomini onesti di 11 grammi, mentre 14 di essi raggiungevano 1500 grammi e 5 superavano i 1600 grammi. Al contrario, solo tre uomini di genio potevano vantare più di 1600 grammi, mentre l'assassino Le Pelley, con 1809 grammi, deve aver fatto esitare anche l'ombra di Cuvier. Il più grande cervello femminile mai pesato (1565 grammi) apparteneva a una donna che aveva ucciso il marito.

Il successore di Broca, Paul Topinard, si ruppe il capo sui dati e decise, infine, che il troppo di una cosa buona risulta dannoso per alcuni individui. La criminalità veramente ispirata può richiedere così tanta superiorità quanto la virtuosità professionale; chi deciderà tra Moriarty e Holmes? Topinard concluse: "Sembra stabilito che una certa quantità di criminali venga spinta ad allontanarsi dalle attuali regole sociali da un'esuberanza di attività cerebrale e, di conseguenza, dal fatto di un cervello grosso e pesante" [TOPINARD P. *Le poids de l'encéphale d'après les registres de Paul Broca*, "Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris", serie II, vol. III, 1888, pp. 1-41, p. 15]» (GOULD S. J. 1998 [1981]: 106).

Negli anni seguenti, i luoghi in cui magicamente le "diversità geografiche" e le "distanze storiche" sono fatte convergere in un solo punto, saranno anche le situazioni sperimentali in cui andranno ad integrarsi il gusto minuzioso per il particolare, i grandi numeri della nascente scienza delle popolazioni e le politiche mediche su nuove classi bio-sociali.

### 3.4.

La storia dei "nativi coloniali" esibiti in Occidente è segnata, come si è già anticipato, dalla malattia e dalla morte<sup>(19)</sup>. Nel 1885, Paul Topinard incontra Billy, un aborigeno australiano, nel Laboratoire d'anthropologie di Parigi.

«In risposta a una domanda di Topinard sulla sua nozione di tempo, Billy elenca i nomi di tutte le regioni che lui e i suoi compagni hanno attraversato da quando tre anni prima hanno lasciato, guidati dall'imprenditore R. A. Cunningham, la loro regione nel nord del Queensland per essere esibiti negli spettacoli americani ed europei. Una donna di nome Jenny e suo figlio Toby assistono alla seduta. Sono gli unici tre sopravvissuti di un gruppo che alla partenza contava nove persone – sei uomini, due donne e il bambino. Il marito di Jenny, anche lui di nome Toby e padre del bambino, è morto di tubercolosi in un ospedale parigino, una decina di giorni prima. Topinard spiegherà di non essere riuscito, malgrado i suoi numerosi sforzi, a far inviare il corpo al laboratorio di Broca perché fosse sezionato» (POIGNANT R. 2003 [2002]: 91).

Di fatto, molti di coloro che intrapresero la "carriera artistica" negli zoo umani morirono, a causa di malattie con le quali erano venuti in contatto nei *tours* europei. Le esposizioni furono focolai di contagio di vaiolo e morbillo, le malattie della colonizzazione:

«Nella maggior parte delle esposizioni americane organizzate tra il 1876 e il 1909, gli "attori indigeni" di tutto il mondo, e in particolare i cosiddetti *eskimos*, erano presentati in condizioni inaccettabili. A Chicago, in piena estate, furono costretti a esibirsi coperti di pellicce di foca. A Buffalo, dovettero vivere insieme al bestiame in attesa che fosse terminata la costruzione del loro "villaggio". A Seattle, furono obbligati a soggiornare in una stanza fredda per acclimatarsi alle condizioni meteorologiche della regione. Ne conseguirono molti casi di malattia tra gli Inuits, in particolare di morbillo, causando un gran numero di decessi per ogni esposizione. L'epidemia di vaiolo esplosa durante l'Esposizione del 1893 fu ancora più grave: morirono almeno tremila persone.

Studiare le esposizioni internazionali e gli altri zoo umani come contesti propizi alla diffusione delle malattie è importante, data la recente tendenza delle ricerche a considerarli semplici teatri in cui gli attori divertivano il pubblico» (RYDELL R. 2003 [2002]: 118-119).

E tutto fa pensare, in modo paradossale, che concrete *forme di vita* furono costrette a rappresentarsi come esotiche e difformi, anche perché la presa del dispositivo coloniale si occupasse della vita meramente biologica (AGAMBEN G. 1995, 1996) dei nativi, in un momento storico che vedeva accrescersi le preoccupazioni per le sorti delle colonie, soggette a epidemie periodiche. Mentre le amministrazioni d'oltremare si occupavano dei corpi dei sudditi da rendere omogenei e conformi, negli zoo umani le pratiche quotidiane divenivano irriducibili "particolarità culturali". Si tratta cioè di una vera e propria collisione di elementi che sarebbero stati separati, in seguito, da chi avrebbe risolutamente intrapreso la via della ricerca etnografica sulle particolarità culturali, a costo però di perdere il contatto con la dimensione eminentemente politica della normalizzazione dei corpi, tentata dai moderni stati coloniali. Come ha mostrato Arjun Appadurai, è nelle loro interazioni reciproche che biopolitica e orientalismo, esotizzazione e numerazione, divengono il fulcro della immaginazione coloniale.

«Il moderno stato coloniale unifica la visione esotizzante dell'orientalismo e il discorso familiarizzante della statistica. In questo processo, il corpo del soggetto coloniale è reso allo stesso tempo estraneo e docile. La sua estraneità sta nel fatto che viene visto come sito di pratiche crudeli e insolite, e di strane soggettività. Il conteggio del corpo coloniale però crea non solo tipi e classi (il primo passo verso l'addomesticamento della differenza) ma anche corpi omogenei (all'interno di categorie), perché il numero, per sua natura, appiattisce le idiosincrasie e istituisce dei confini attorno a quei corpi omogenei limitando performativamente la loro estensione. Da quest'ultimo punto di vista, la statistica sta ai corpi e ai tipi sociali come la mappa sta al territorio: appiattisce e circoscrive. Il legame tra colonialismo e orientalismo si rafforza quindi con più efficacia non sul versante della classificazione e della tipizzazione (come si è più volte suggerito), ma sul

versante dell'enumerazione, dove i corpi sono contati, omogeneizzati e confinati nella loro estensione. In questo modo, il corpo irrequieto del soggetto coloniale (corpo che digiuna, che festeggia, che si perfora, compie abluzioni, brucia e sanguina) viene recuperato attraverso il linguaggio dei numeri che permette a questi corpi di essere ricondotti (ora contati e confinati) alle monotone procedure di tassazione, igienizzazione, educazione, guerra e fedeltà» (APPADURAI A. 2001 [1996, 1993]: 173).

Nelle colonie, nuove politiche razionali richiedono lo sgretolamento delle pratiche comunitarie nelle componenti meramente individuali della popolazione. Per questo, è nel rapporto controverso e *in fieri* tra governi nazionali e pratica coloniale che dobbiamo cercare i tratti delle biopolitiche contemporanee.

#### 4. Individuare

La misurazione antropometrica non può essere inquadrata separatamente dalla valutazione qualitativa dei tratti individuali e dalla statistica delle popolazioni. La individuazione di soggetti sottoposti a misurazione e la classificazione dei gruppi sociali sono operazioni da ricollocare complessivamente nella gestione dell'ordine e nella salvaguardia della salute pubblica. E, in quanto tali, sono due applicazioni delle politiche di controllo sociale che si sono articolate nel mondo coloniale e nelle società industriali. Nuovi sistemi di identificazione si impongono negli ultimi decenni dell'Ottocento per «un'esigenza che scaturiva dalle contemporanee vicende della lotta di classe: il costituirsi di un'associazione internazionale dei lavoratori, la repressione dell'opposizione operaia dopo la Comune, le modificazioni della criminalità» (GINZBURG C. 1979: 86). Nell'epoca in cui si sviluppa la conoscenza delle epidemie come complesso fenomeno sociale, la situazione della medicina è fluida: si confrontano anatomia patologica, microbiologia, statistica medica e medicina sociale <sup>(20)</sup>.

##### 4.1.

All'inizio di *Cuore di tenebra* (CONRAD J. 1991 [1899]), quando Marlow racconta del suo ingresso nella Compagnia di Londra, prima della partenza per l'Africa, i primi avvisi di una esperienza terribile provengono da una banale visita medica.

«Il vecchio medico mi senti il polso, pensando evidentemente a qualcos'altro. "Bene, bene per laggiù," borbottò e poi mi chiese con una certa ansia se gli

permettevo di misurarmi la testa. Un po' sorpreso, dissi di sì e lui tirò fuori una sorta di calibro e si mise a prender misure davanti e dietro e da ogni parte, annotando con cura tutto quanto. Era un ometto mal rasato con addosso una specie di camice molto liso e le pantofole ai piedi, e mi parve uno stupido innocuo. "Chiedo sempre il permesso, nell'interesse della scienza, di misurare il cranio di quelli che vanno laggiù," disse. "Anche quando tornano?" domandai. "Oh, non li vedo più," replicò, "e poi i cambiamenti all'interno, sa?" » (CONRAD J. 1991 [1899]: 16-17).

Il vecchio dottore della Compagnia vuole misurare il cranio di Marlow, nello stesso modo in cui si è cominciato a misurare i crani dei "selvaggi". In questo caso, però, il medico è interessato a fissare le coordinate di un inglese medio, in previsione delle trasformazioni intime che potrebbero sopraggiungere con il progettato viaggio in Congo <sup>(21)</sup>. Nel gabinetto medico della Compagnia, una visita divenuta stima antropometrica fa scivolare il sospetto che un'oscura natura accomuni l'alterità dei "selvaggi" e la follia che può esplodere in chi decide di partire per le colonie d'oltremare (DEI F. 1998: 366-367).

«"Mai stati casi di pazzia nella sua famiglia?" domandò in tono molto pratico. Mi seccai moltissimo. "Anche questa domanda è nell'interesse della scienza?" "Sarebbe interessante," disse, senza accorgersi della mia irritazione, "per la scienza osservare sul posto i cambiamenti mentali degli individui, ma..." "Lei è un alienista?" lo interruppi. "Ogni medico dovrebbe esserlo – un po'," rispose imperturbabile quell'originale. "Io ho una piccola teoria che voi *Messieurs* che andate laggiù dovrete aiutarmi a provare. È la mia parte dei vantaggi che il mio paese trarrà dal possesso di una colonia così meravigliosa. Le ricchezze le lascio agli altri. Mi perdoni le mie domande, ma lei è il primo inglese che io abbia avuto modo di visitare..." Mi affrettai ad assicurargli che non ero per niente tipico» (CONRAD J. 1991 [1899]: 17).

La follia fa la sua comparsa nel cuore di Londra, presagio del mondo di violenza e morte, in cui Marlow incontrerà Kurtz, alla fine del suo viaggio. L'eventualità che il viaggio nell'orrore delle colonie sia una regressione, nel passato biografico e nel passato evolutivo della specie, è così inesorabilmente preannunciata dalle misurazioni di un aspirante alienista. Ci si potrebbe chiedere se i "non tipici" – come suggerisce Marlow, messo alle strette – potrebbero effettivamente sottrarsi alla sorte preannunciata dall'antropometria. Ma non sembrano esserci vie d'uscita dalla triangolazione fra scienza delle popolazioni, salute pubblica e scienza delle anomalie individuali.

#### 4.2.

L'attenzione per il particolare e i nessi causali e di contiguità, che avrebbero fornito le prove necessarie a isolare ed identificare un individuo, si svilup-

pò all'interno di una strategia di controllo capillare della società. Un problema non secondario nel nuovo sistema disciplinare era costituito dalla individuazione dei recidivi. La strategia adottata da Alphonse Bertillon, della prefettura di Parigi, fu di combinare misurazioni corporee in una scheda che individuasse con certezza un "soggetto". Accortosi che le misurazioni antro-pometriche potevano essere utili in una comparazione tra due indiziati, mentre erano praticamente inutilizzabili nella relazione non equivoca tra "scheda di identità" e "soggetto", la descrizione antropometrica di Bertillon, nelle questure francesi, era integrata anche da una descrizione verbale dei tratti e dei lineamenti della persona. Sarà Galton, nel 1888, con uno studio sulla identificazione delle impronte digitali, a risolvere il problema posto dalla accumulazione di dati frammentari, che non identificavano inequivocabilmente un individuo e che risentivano troppo dei cambiamenti fisionomici sopraggiunti con il trascorrere della sua vita.

Carlo Ginzburg ricorda che Galton si rivolse sia agli studi precedenti di istologia e fisiologia, sia alla pratica della raccolta delle impronte digitali nei domini coloniali di sua maestà britannica. L'amministratore capo del distretto di Hoogly in Bengala, Sir William Herschel, archiviando le impronte dei polpastrelli sporcate d'inchiostro, aveva introdotto intorno al 1880 un metodo per risolvere le contraddizioni in cui incappavano le polizie coloniali alle prese con indigeni descritti come «analfabeti, litigiosi, astuti, menzogneri e, agli occhi di un europeo, tutti uguali tra loro» (GINZBURG C. 1979: 90). In tal modo si poteva sperare di avere uno, e un solo, segno per ciascun individuo.

«Questa prodigiosa estensione della nozione di individualità avveniva di fatto attraverso il rapporto con lo Stato e i suoi organi burocratici e polizieschi. Anche l'ultimo abitante del più miserabile villaggio d'Asia o d'Europa diventava, grazie alle impronte digitali, riconoscibile e controllabile» (GINZBURG C. 1979: 90-91).

Probabilmente solo un appassionato di particolarità individuali e di statistiche come Galton poteva combinare i diversi aspetti di un problema così legato alle biopolitiche coloniali e a quelle degli stati nazione europei. La tecnica semplice e potenzialmente efficace non era pensabile senza un efficiente apparato burocratico-giudiziario di funzionari dello stato moderno.

#### 4.3.

Potrebbe sorprendere che il primo a rammaricarsi dei pur incoraggianti sviluppi delle procedure di quantificazione dei punti di riconoscimento nelle impronte fosse lo stesso Galton. Egli infatti avrebbe sperato di ottenere qualcosa di più dall'analisi comparata delle impronte digitali di indi-



vidui dei due sessi, appartenenti a differenti classi sociali, a diversi gruppi etnici e categorie razziali.

«Dopo aver esaminato impronte lasciate da Inglesi, Gallesi, Negri e Baschi, Galton dovette cedere ai suoi risultati; vi era una identica serie e frequenza di elementi e di tipi di impronte digitali. L'analisi delle impronte di artisti, scienziati, e idioti non rivelava differenze sistematiche. Galton ammise che aveva avuto "grandi aspettative, che sono state falsificate, nello specifico per quel che concerne il loro uso nell'indicare la razza e il temperamento" [Francis GALTON, *Finger prints*, Macmillan, London, 1892]. Egli fu costretto a concludere, non senza un certo rammarico, "conseguentemente, generi e specie sono viste qui come formatesi senza il contributo più sottile della selezione naturale e sessuale"» (RABINOW P. 1996: 114).

Nel suo programma le impronte digitali erano solo un risultato parziale. Esse infatti permettevano di identificare con precisione un criminale recidivo, ma dicevano ben poco della combinazione di quei tratti caratteristici e delle affiliazioni a classi biologiche, che facevano di un soggetto sperimentale una identità individuale, frutto di una evoluzione qualitativamente diversa dalle altre. Le impronte digitali non sembravano poter dire granché delle possibili tipologie di individui che fossero allo stesso tempo stabilite una volta per tutte, biologicamente, secondo i principi della selezione naturale, e qualitativamente raffinate al punto di poter combinare razza, sesso e classe sociale.

#### 4.4.

In una foto della *Exposition d'Angers* del 1906, dal titolo *Séance de vaccination*, alcuni uomini bianchi che indossano abito scuro, cravatta e cappello di paglia estivo, stanno vaccinando alcuni uomini e bambini di colore, vestiti in "abiti tradizionali" in una "capanna tradizionale". Uno dei medici tiene tra le mani il braccio di un bimbo. Un altro medico sta vaccinando un adulto, che rivolge il proprio sguardo a un altro bambino. Di quel bambino non possiamo vedere il volto, perché volge le spalle al fotografo, così il suo sguardo ci è ignoto, mentre di fatto raddoppia quello del fotografo e vi è contenuto all'interno. Il "paziente" adulto, preso nel suo turno di vaccinazione, sembra sorridergli e quasi rassicurarlo. Potrebbero essere padre e figlio. In un clima di serietà professionale e diffidenza reciproca, questo incrocio di sguardi sembra essere l'unico indice che proietta in un futuro incerto quell'istante storico. Poco lontano, un giovane uomo di colore guarda, con una certa sicurezza, verso l'obiettivo della macchina fotografica. Veste scarpe e abiti europei e porta lo stesso cappello dei medici bianchi (GARRIGUES E. cur. 2003: 72, foto 18). La fotografia, che permette di vedere quanto è stato inquadrato dall'obiettivo e di intuire uno sguardo che

rimane celato, rinvia ai poteri che sono implicati negli zoo umani. È riportata nel capitolo II. *Les officiels*: la sezione della rivista curata da Garrigues che più esplicitamente evidenzia il carattere politico delle visite ufficiali ai Villages Noirs (GARRIGUES E. 2003: 41). Il giardino d'acclimatazione è finanziato da una società d'azionariato che include membri della famiglia imperiale. Le foto ritraggono ministri, generali ed esperti medico-legali: «si vede così l'imbricazione costante del politico, dell'economico e dello scientifico» (GARRIGUES E. 2003: 44).

### 5. *Troppo simili*

Le regole impartite ai gruppi di nativi coloniali nelle esposizioni, per esempio di non togliere i costumi di scena e di non parlare ai visitatori, possono essere inquadrare criticamente rivolgendo l'attenzione alla mimesi, una capacità di assumere forme molteplici che sembra continuamente minacciare i confini tra sé e l'altro. E dunque di apprezzare il sovvertimento immediato che derivava dalla possibilità di vedere gli altri impegnati in azioni "inevitabilmente" e "irrimediabilmente" umane. D'altra parte, dal giardino zoologico dell'acclimatazione nel 1877 gli zoo umani arriveranno nel 1895 alla Esposizione Universale di Parigi e finiranno la loro carriera pubblica alle *Folies Bergères*.

Per entrare in questo teatro della differenza razziale e del fascino dell'esotismo Michael Taussig suggerisce di concentrarsi sul punto cieco, dato dal massimo della vicinanza possibile e dalla impenetrabilità dell'altro: «più ti avvicini e più grande è il mistero» (TAUSSIG M. 1993: 174). Da qui possiamo riprendere, seguendo due sue indicazioni preziose: la prima è che il fascino esercitato dal potere mimetico viene proiettato sui nativi coloniali, nello stesso periodo in cui il potere di riprodurre la realtà è progressivamente catturato dalle nuove macchine (la macchina fotografica, il fonografo, la cinepresa); la seconda è che i confini si configurano in un pulviscolo effervescente di avvicinamenti e allontanamenti sessualmente connotati (TAUSSIG M. 1993: 150-151).

#### 5.1.

Lo sciamano oglala sioux Alce Nero racconta di una visione avuta in una casa borghese di Parigi. Vi era giunto dopo essersi esibito tra Londra e Manchester nella tournée del Wild West Show di Buffalo Bill. In quel tour, un giorno aveva incontrato e stretto la mano alla regina Vittoria: la Nonna Inghilterra.

«Ballammo e cantammo, e io fui uno dei danzatori scelti per ballare davanti alla Nonna, perché ero giovane allora e agile e sapevo ballare in molti modi. Noi eravamo proprio davanti alla Nonna Inghilterra. Era piccola ma grassa, e ci piacque, perché fu buona con noi. Quando finimmo di ballare, ci parlò. Ci disse qualcosa come questo: “Ho sessantasette anni. In tutto il mondo ho visto ogni specie di gente; ma oggi ho visto la più bella gente che conosco. Se voi apparteneste a me, non permetterei che vi portassero in giro in uno spettacolo come questo”. Ci disse altre cose gentili, e poi disse che dovevamo andare a farle visita, perché lei era venuta a farci visita. Ci diede la mano a tutti. La sua mano era molto piccola e morbida. Noi facemmo un grande grido di saluto per lei, e poi vennero carri lucenti e lei salì su uno dei carri e se ne andarono tutti» (NEIHARDT J. G. 1990 [1961]: 222).

In seguito Alce Nero si era perso e aveva cominciato a vagare. Dopo essersi unito a due indiani Lakota, anch'essi smarriti, e aver raggiunto Londra “sulla strada di ferro”, fu assunto da uno spettacolo di piccole dimensioni, dal titolo *Joe il messicano*. Viaggiò nel vecchio continente, in Francia, in Germania e forse in Italia.

«Joe il Messicano ci portò di nuovo a Parigi, ma adesso non potevo partecipare allo spettacolo perché ero così malato. La ragazza di cui vi ho parlato mi portò a casa sua con suo padre e sua madre, e mi fecero stare meglio. Poi un mattino ritornai a casa mia, ma non per molto.

Quel mattino indossavo dei vestiti da Wasichu, scarpe e tutto. L'unica differenza era che i miei capelli erano lunghi. Non erano intrecciati, mi cadevano semplicemente sulle spalle. Io mi sentivo bene e stavamo per prendere la prima colazione. Questa ragazza amica mia era seduta accanto a me, e anche sua madre e suo padre e due sorelle erano seduti a tavola.

Mentre ero lì seduto, alzai lo sguardo al soffitto e mi sembrò che si movesse. La casa si era messa a girare, dalla parte di sopra, e a mano a mano che girava si allungava verso l'alto. Io vedevo che tutti salivamo rapidamente con l'intera casa, che salendo girava. Poi una nuvola scese verso di noi, e a un tratto mi trovai sulla nuvola mentre l'altra gente e la casa ricadevano indietro e si allontanavano da me» (NEIHARDT J. G. 1990 [1961]: 226-227).

Questo passo della biografia di Alce Nero descrive la sofferenza in un interno borghese, proprio quando sembra violare uno degli interdetti necessari a realizzare la “magia” degli spettacoli etnici e degli zoo umani: il divieto fatto ai nativi di farsi vedere in giro, senza abiti di scena, e di intrattenersi in amabili conversazioni con il pubblico. Alle persone esposte si chiedeva infatti preferibilmente di non rivolgere parola ai visitatori e di impegnarsi in azioni di lavoro e di cura quotidiane. Così un pubblico, anche molto rumoroso, poteva guardare al di là di una barriera quanto era rappresentato come esotico, primitivo e selvaggio, anche perché ormai

privato del linguaggio. In quelle macchine effimere per la produzione della differenza etnica e razziale <sup>(22)</sup>, installate al centro dello spazio pubblico, si praticava già su ampia scala una politica culturale fondata sulla naturalizzazione dei processi storici e sociali.

### 5.2.

Solo in rari casi le persone impiegate negli zoo umani hanno avuto modo di raccontare come vi erano capitate. John Tevi è tra i pochi che hanno lasciato testimonianze. Dopo essere stato un attore negli zoo umani dei primi anni del Novecento, è divenuto a sua volta impresario di un villaggio itinerante del Dahomey. È la logica della divisione del lavoro coloniale che alimenta questa rete di relazioni intermedie. Figure che suggeriscono aperture e zone di contatto in cui i rapporti di potere sono controversi. Sono state avanzate diverse ipotesi sulla presenza di Tevi: fuggiva dalla guerra, cercava fortuna, voleva far conoscere l'Africa agli occidentali, era curioso di scoprire la società dei bianchi (RYDELL R. 2003 [2002]: 123). La compagnia di Tevi si esibirà nello spettacolo *Buffalo Bill's Far West and Pawnee Bill's Far East* (RYDELL R. 2003 [2002]: 124). Il problema che sorge con Tevi è che non è facilmente collocabile, troppo simile allo spirito imprenditoriale degli impresari europei, troppo "normale" nella sua idea di viaggiare per conoscere un mondo diverso dal proprio.

Si tratta di figure di confine, non facilmente inquadrabili su un fronte specifico, che consentono di demistificare la logica di separazione che alimentava l'esposizione dei sudditi degli imperi coloniali. Secondo quella logica, uomini, donne e bambini, venuti da lontano, agivano nelle Esposizioni a stretto contatto con la fauna, la flora e le materie prime provenienti dai loro paesi, in cornici che suggerivano così una contiguità curiosa, inquietante, talvolta minacciosa, con un ipotetico stato di natura. Ma i *sudditi* delle colonie e le *risorse* naturali potevano essere impunemente esposti fianco a fianco, solo dopo aver accuratamente rimosso il sudore, la fatica, il sangue e le percosse che avevano permesso la estrazione di quelle risorse. È difficile a quel punto riconoscere, nelle tonnellate di *materie prime* che si riversano in Occidente, il lavoro di chi le ha materialmente estratte, al costo della vita. Come, per esempio, ha mostrato Michael Taussig riguardo alla violenza che ha materialmente *fatto* la gomma nella regione del Putumayo (TAUSSIG M. 1987).

La *politica culturale dell'alterità* sembra così fondarsi contemporaneamente su un occultamento del lavoro umano e della violenza dei rapporti di produzione, che consentono la estrazione delle risorse naturali, e una naturalizzazione delle pratiche locali viste come consuetudini contro-na-

tura e abitudini violente e ripugnanti. I conflitti e le alleanze mutevoli che investono la situazione coloniale tendono così nella "ideo-logica" della esposizione a polarizzarsi su due fronti contrapposti: la conquista delle materie prime strappate alla natura e la naturalizzazione delle differenze culturali delle popolazioni soggette al potere coloniale. Non a caso dunque, in diverse circostanze, anche la violenza della esposizione coloniale si consuma con un surplus di investimento simbolico, ad esempio attraverso «l'iscrizione di una mitologia nel corpo indiano», una lotta fra civilizzazione e selvatichezza «il cui modello era stato tratto dalle fantasie dei coloni a proposito del cannibalismo indiano» (TAUSSIG M. 1987: 27).

### 5.3.

Nelle cartoline postali del Giardino zoologico d'acclimatazione (1877-1878) compaiono foto di cannibali e immagini di lottatori. Dai brevi testi di saluto, apposti sul retro delle cartoline, si percepisce «la desolante banalità di un razzismo terribilmente ordinario» (GARRIGUES E. 2003: 39). Emmanuel Garrigues, sulle tracce di una complessiva estetica incosciente, vi coglie una "erotizzazione generale" (GARRIGUES E. 2003: 40) che combina in modo peculiare sessualità, cannibalismo e primitivismo. Un esempio particolarmente significativo è la erotizzazione delle figure femminili in situazioni di prossimità con il mondo animale: la foto di Zizi Bambola, che ritrae una donna di colore che tiene in braccio un piccolo gorilla (GARRIGUES E. 2003, foto 127).

Di fatto, le umanità che convergono nelle esposizioni sono presentate ai visitatori come portatrici di un atteggiamento ambivalente nei confronti della natura. Nello sguardo ambiguo del pubblico su un ipotetico atteggiamento ambiguo dei nativi verso la natura, si percepiscono anche alcuni elementi dello sguardo proiettivo di quegli scienziati che, alla fine del XIX secolo, come ha mostrato Claude Lévi-Strauss, studiano fenomeni umani «esterni al loro universo morale». Il problema per loro, a quanto pare, consiste proprio nell'isolare nel cuore della "cultura" i diversi livelli umani di "prossimità alla natura", distinguendo arcaico e contemporaneo, abnorme e normale, selvaggio e civilizzato.

«Per mantenere nella loro integrità e nello stesso tempo fondare i modi di pensare dell'uomo normale, bianco e adulto, niente di più comodo che raccogliere fuori di lui costumi e credenze – piuttosto eterogenei e difficilmente isolabili, per la verità – attorno ai quali si sarebbero cristallizzate come massa inerte, idee destinate a rivelarsi meno inoffensive se si fosse reso necessario riconoscere la loro presenza e la loro attività in tutte le civiltà, compresa la nostra» (LÉVI-STRAUSS C. 1991 [1962]: 7-8).

Il totemismo, un esorcismo della continuità tra uomo e natura, ha svolto un ruolo decisivo in questa operazione. L'isteria ha fatto il resto del lavoro, per quel che concerne la malattia mentale. Nella fase in cui totemismo e isteria sembrano ancora realtà tangibili nei *casi* degli zoo umani o della Salpêtrière, le promesse della scienza mostrano all'orizzonte i possibili esiti di una strategia che consiste nell'isolare elementi discreti ed eterogenei, per poi raggruppare tali elementi in una categoria diagnostica o in una istituzione culturale <sup>(23)</sup>.

D'altra parte, questo gioco di specchi sembra raddoppiarsi se pensiamo alla continua messa in scena di una stereotipica vita quotidiana nei Villages Noirs della Parigi del 1878. Dopo essere stati celebrati e studiati dagli istituti scientifici nella capitale, entreranno in un circuito di tournée e di spettacoli circensi che raggiungeranno le province della Francia e del Belgio. Nella selezione di foto scelte nella Collezione di Gérard Lévy dal curatore del già citato numero de "L'Ethnographie" (GARRIGUES E. 2003) colpiscono i dettagli: degli ingressi e delle biglietterie (GARRIGUES E. 2003: foto 3-4, 158-167), dei cartelli che indicano la *cuisine* (GARRIGUES E. 2003: foto 30), la *mosquée* (GARRIGUES E. 2003: foto 90), il *café colonial* (GARRIGUES E. 2003: foto 63), le *poteries égyptiennes* (GARRIGUES E. 2003: foto 74) il *dessinateur* (GARRIGUES E. 2003: foto 37). Didascalie che servono a dire a parole quanto sembra essere una ricostruzione poco attendibile. In tal modo, sembra stagliarsi nella sua potente presenza materiale l'immagine dialettica che in un solo colpo, dietro agli obiettivi delle prime macchine da presa, che fanno la cartografia dell'esotico importato, fa chimicamente reagire lo stato-nazione, la celebrazione del progresso tecnologico e la *whiteness*.

#### 5.4.

I giornali francesi nell'estate del 1906 dedicano largo spazio alle quarantadue ballerine classiche cambogiane che devono esibirsi nel *Théâtre indo-chinois* alla *Exposition Coloniale* (RUSCIO A. 2002: 271). Sono approdate l'11 giugno al porto di Marsiglia, con il piroscafo *Admiral-Kersaint*, al seguito del re Sisowath, sovrano della Cambogia. Una folla numerosa attendeva che dalla nave scendessero a terra insieme alla corte reale gli agili "corpi molteplici", che sembravano preannunciare l'energia vitale destinata a investire lo spettacolo delle colonie (GHOSH A. 1998 [1993]).

«Le ballerine erano sul ponte di prima classe della nave; sembrava che ce ne fossero dappertutto, correvano qua e là, volteggiavano, saltellavano, scherzando eccitate, sfiorando con i piedi il legno lucido. Sul ponte c'era una marea indistinta di gambe; gambe di fanciulle, gambe di donne, "gambe sottili, eleganti", tutte le danzatrici infatti indossavano *sampot* che coprivano appena le ginocchia.

Gli spettatori furono colti di sorpresa. Forse si erano aspettati una compagnia di voluttuose Salomé pesantemente velate; non erano preparati alle donne atletiche che incontrarono sull' *Admiral-Kersaint*, né lo era il resto d'Europa. In seguito un testimone scrisse: “con i loro capelli strettamente raccolti, i corpi adolescenti, le gambe magre e muscolose come quelle dei ragazzi, braccia e mani da bambine, sembra che non appartengano a un sesso definito. C'è in loro qualcosa del bambino, qualcosa dei giovani guerrieri antichi e qualcosa della donna”» (GHOSH A. 1998 [1993]: 23).

Antonin Artaud (ARTAUD A. 1972 [1964, 1931]: XL) aveva visto esibirsi i danzatori cambogiani nel 1922, sempre a Marsiglia, dentro l'impressionante ricostruzione del tempio di Angkor Vatt, un edificio che crescerà nel corso di diverse esposizioni <sup>(24)</sup> sino a diventare un monumento quadrato di settanta metri di lato con cinque torri alte quarantacinque metri (LEBOVICS H. 2003 [2002]: 151). La grandezza del potere coloniale, suggellata dalla impresa di ricomporre dentro i confini della Francia interi mondi architettonici orientali, è completamente sovvertita dalla scomposizione del movimento che lascia folgorato Artaud, nove anni dopo, nel 1931, davanti al teatro Balinese all'interno del padiglione olandese della Exposition Coloniale di Parigi.

«I sospiri di uno strumento a fiato prolungano le vibrazioni delle corde vocali con un tale senso di identità che non si sa più se è la voce a prolungarsi o il senso ad averla assorbita sin dalle origini. Un vibrare di giunture, l'angolo armonioso che il braccio forma con l'avambraccio, un piede che s'abbassa, un ginocchio che si arcua, dita che sembrano staccarsi dalla mano, tutto appare ai nostri occhi come un ininterrotto gioco di specchi in cui le membra umane paiono scambiarsi echi e musiche, e in cui le note dell'orchestra e il sussurrare degli strumenti a fiato richiamano alla mente l'idea di un'enorme uccelliera, il cui palpito sono gli attori stessi. [...] lo spirito finisce per confondersi, si da attribuire alla gesticolazione articolata degli artisti le proprietà sonore dell'orchestra – e viceversa» (ARTAUD A. 1972 [1964, 1931]: 172, 175).

Artaud scopre quella “gesticolazione articolata” con proprietà sonore a partire da uno stato d'arresto. Una folgorazione la sua che obbliga a gettare uno sguardo indiretto a gesti meravigliosi e crudeli, impossibili da descrivere se non con un linguaggio sperimentale.

«Non si può prendere di petto questo spettacolo, che ci aggredisce con un diluvio di impressioni l'una più ricca dell'altra, ma valendosi di un linguaggio di cui, si direbbe, abbiamo perduto la chiave. [...] Col termine linguaggio non alludo all'idioma, ovviamente indecifrabile, ma proprio a quel particolare linguaggio teatrale, estraneo a qualsiasi *lingua parlata*, in cui sembra riassumersi un'immensa esperienza scenica, al cui paragone i nostri spettacoli, accentrati esclusivamente sul dialogo, paiono semplici balbettamenti» (ARTAUD A. 1972 [1964, 1931]: 173-174).

## 6. Teatri operatori e set endoscopici

Oggi, benché i media di massa producano fenomeni per certi versi analoghi a quelli appena ricordati e nonostante siano spesso interessati alla “esposizione” a fini commerciali di casi di difformità corporea, la memoria di quanto è accaduto negli *zoo umani* sembra perduta. Accade peraltro che proprio il flusso ininterrotto d’immagini televisive, accostato a “esperimenti” di visione totale di gruppi d’individui, ripresi 24 ore su 24, nei cosiddetti *reality shows*<sup>(25)</sup>, evochi il ritorno di qualcosa di terribilmente familiare. È forse opportuno continuare a interrogarsi criticamente su questo perturbante ritorno del rimosso. In particolare se si considera che le tecnologie impiegate per la documentazione scientifica dei fenomeni umani hanno influito in modo decisivo sul rapporto tra costruzione dell’alterità esotica e riproduzione mimetica. L’intreccio fra nuovi media, spettacolo di massa e “trattamento scientifico” delle difformità corporee, pur con “fratture” e “amnesie”, prosegue sino alla nascita e allo sviluppo del documentario medico.

### 6.1.

1895, il mondo ai piedi della Tour Eiffel. Alla Exposition du Champ de Mars, il fucile cronografico inventato da Marey viene puntato per la prima volta da Félix-Louis Régnault, il responsabile del Dipartimento di antropologia fisica di Parigi, su alcuni Wolof, Peul e Diola del Senegal. I “nativi” invitati a camminare, marciare, arrampicarsi sugli alberi, sono ritratti in una serie di istantanee che potrebbero svelare il segreto dei loro gesti sapienti. Regnault riprende una vasaia Wolof in azione producendo il primo documento di cinema etnografico, rivolgendosi alle tecniche corporali nella prospettiva di una raffinata anatomia comparata<sup>(26)</sup>. L’immagine-movimento, che amplifica il regime di visibilità degli umani, sembra precocemente destinata a una fruizione nelle sale del museo d’antropologia, ancor prima della nascita ufficiale del cinema (ROUCH J. 1981: 41).

Cinema che, già appena nato, affascinerà i visitatori delle esposizioni internazionali, al volgere del secolo. Ben presto una solidarietà quasi immediata si stabilisce tra la nuova arte dell’intrattenimento popolare e le esposizioni dell’esotico. I fratelli Lumière girano parecchi metri di pellicola negli zoo umani (DEROO É. 2003 [2002]).

Intanto, nel 1886 Gilles de la Tourette, pubblica gli studi clinici e psicologici sulla marcia. Forse è veramente questo il periodo in cui, come suggerì-



sce Giorgio Agamben (AGAMBEN G. 1996), mentre nasce il cinema la borghesia francese perde i propri gesti.

«Era la prima volta che uno dei gesti umani più comuni veniva *analizzato* con metodi strettamente scientifici. Un rotolo di carta bianca da parati lungo circa sette o otto metri e largo cinquanta centimetri viene inchiodato al suolo e diviso a metà nel senso della lunghezza con una linea tracciata a matita. Le piante dei piedi del soggetto dell'esperimento vengono cosparse a questo punto con sesquiossido di ferro in polvere che le tinge di un bel colore rosso ruggine. Le impronte che il paziente lascia camminando lungo la linea direttrice permettono una perfetta misurazione dell'andatura secondo diversi parametri (lunghezza del passo, scarto laterale, angolo d'inclinazione, ecc).

Se si osservano le riproduzioni delle impronte pubblicate da Gilles de la Tourette, è impossibile non pensare alle serie di istantanee che proprio in quegli anni Muybridge realizza all'Università di Pennsylvania servendosi di una batteria di 24 obiettivi fotografici. L'«uomo che cammina a velocità ordinaria», l'«uomo che corre portando un fucile», la «donna che cammina e raccoglie una brocca», la «donna che cammina e manda un bacio» sono i gemelli felici e visibili delle creature sconosciute e sofferenti che hanno lasciato queste tracce» (AGAMBEN G. 1996: 46).

## 6.2.

Nel 1889, l'anno della Esposizione universale per il centenario della Rivoluzione, Parigi ospita un gran numero di congressi scientifici. Nelle dispute tra alienisti che hanno il sapore dello spettacolo e della mondanità, recuperate alla memoria da Ian Hacking (HACKING I. 2000 [1998]), si confrontavano le posizioni di eminenti medici sugli sviluppi e i limiti di “ipnotismo” e “isteria”.

«Il congresso di medicina mentale, al quale Jules Voisin (e anche Tissié) parlò, si tenne dal 4 al 10 agosto. Il primo congresso internazionale di ipnotismo e terapia andò dall'8 al 12 agosto, una sorta di appendice al congresso di psicologia fisiologica. William James, che era presente, racconta che “ognuno sembrava pensare che la dottrina originale dell'ipnotismo della Salpêtrière (cioè quella di Charcot) fosse una cosa del passato”. Quando c'è di mezzo l'ufficialità, James è quello che ci vuole. “La caratteristica che colpiva maggiormente nella discussione era, forse, la tendenza ad abbandonare l'uno o l'altro di quegli orizzonti fumosi con i quali si associa oggi la ‘ricerca psichica’”. I partecipanti si divertirono. “Il congresso è culminato sabato sera nei festeggiamenti di tutto tranne che della ragione, e nel flusso di qualcosa di diverso dalla coscienza, sulla piattaforma della Tour Eiffel”. L'assemblea era una sfilata internazionale di celebrità della psicologia, della ricerca sull'isteria, e sull'ipnotismo, ma Charcot non era presente» (HACKING I. 2000 [1998]).

Nelle discussioni del 1889 si fronteggiavano anche differenti approcci ai casi di *fugueurs*, persone che sparivano per lunghi periodi a causa di un impulso irrefrenabile a compiere dei viaggi. Nelle contese sulla sindrome della *fuga*, ricorda Hacking, si contrapponevano ormai apertamente due paradigmi: il paradigma metropolitano ed “epilettico” e quello provinciale e “isterico”; rispettivamente Parigi, la capitale, e Bordeaux, la provincia. La tesi di Hacking è che per comprendere il dibattito scientifico sui *fugueurs* e le sorti di una diagnosi che non avrà molta fortuna nella psichiatria degli anni seguenti, bisogna tenere insieme cose molto differenti: ad esempio il successo di quel diabolico congegno che è il velocipede prima e la bicicletta poi, il turismo borghese affascinato dalle nuove opportunità di viaggio, la paura del vagabondaggio <sup>(27)</sup>.

Le contese che si svolgono tra gli alienisti nel 1889 non sono probabilmente così lontane dalla nascente duplice passione per il movimento rapido e per il mondo fatto convergere in un solo posto, nelle esposizioni. Alla malattia che, in provincia, fa della fuga la combinazione di turismo e paura del vagabondaggio, si contrappone, nella capitale dell’Esagono, la perdita di controllo che porta a muoversi inavvertitamente e senza possibilità di arresto. La sottile distinzione tra un *determinismo ambulatorio* (la fuga isterica provinciale) e l’*automatismo ambulatorio* (la fuga epilettica, parigina e metropolitana) racchiude la contraddizione che attraversa le esposizioni coloniali di fine secolo. Immagini di gesti fatte scorrere rapidamente davanti a un pubblico fermo, mentre chi non riesce ad arrestare il proprio movimento è visto come malato.

### 6.3.

Il trionfo del cinema non arriverà senza conseguenze. Già qualche decennio dopo, quando, nel 1926, Kracauer visiterà la città del cinema a Neubabelsberg, la logica della raccolta dell’universo in un sol luogo è definitivamente superata dagli *studios* cinematografici.

«Le macerie dell’universo sono depositate nei magazzini dei materiali scenici, copie d’obbligo di tutte le epoche, i popoli e gli stili. Accanto ai ciliegi giapponesi che rilucono da oscuri passaggi tra le quinte, si inarca il drago mostruoso dei Nibelunghi, privo dei terrori diluviali che rovescia sullo schermo [...] Vecchio e nuovo, copie e originali sono ammonticchiati in una mescolanza confusa, come le ossa nelle catacombe. Solo il capo magazzinoere conosce le regole» (KRACAUER S. 2002 [1963, 1926]: 37-38).

A questo cimitero degli oggetti esotici in cui tutto è vero, senza necessariamente essere autentico, sembrano mancare soltanto le figure umane: prime tra tutte i cavalieri indiani che hanno continuato a fare da comparse

negli assalti alla diligenza del cinema hollywoodiano dopo aver lasciato le piste del circo di Buffalo Bill, oppure i nani dipinti di nero che rapiscono i bianchi poi salvati da Tarzan.

«La natura in carne e ossa viene mandata in pensione. I suoi paesaggi sono superati da quelli disegnati in libertà, le cui pittoresche seduzioni non dipendono dal caso. Anche i suoi soli lasciano a desiderare; poiché non sono affidabili come i riflettori lenticolari, nei nuovi teatri di posa americani vengono lasciati fuori. Che scioperino pure.

Tuttavia alcuni residui del mondo naturale vengono immagazzinati, a mo' d'appendice. Fauna d'oltreoceano, il sottoprodotto di alcune spedizioni cinematografiche, prospera in una zona ai margini dell'area accanto ai rappresentanti del mondo animale nostrano. [...] Le serre completano la raccolta: la loro vegetazione è lo sfondo adatto per scene di gelosia ai tropici» (KRACAUER S. 2002 [1963, 1926]: 40).

Negli studios è «tutto falso al cento per cento, tutto identico alla natura» (KRACAUER S. 2002 [1963, 1926]: 37) e il mondo è “spezzettato” perché poi possa efficacemente “scorrere nei film”.

In un articolo recente José Van Dijck si mette in cerca dei legami tra la produzione cinematografica e televisiva sulla chirurgia nel XX secolo e i precedenti *freak shows* (VAN DIJCK J. 2002). Probabilmente non a caso ritroviamo, tra i primi documentari audiovisivi medici, le operazioni per separare i gemelli siamesi. Il primo film sulle tecniche chirurgiche riprende appunto un intervento di separazione di due gemelli siamesi. Le riprese cinematografiche innescarono numerose polemiche tra medici. Eugène-Louis Doyen<sup>(28)</sup> (1859-1916), il chirurgo responsabile della iniziativa, si difese sottolineando l'importanza scientifica delle nuove tecniche di ripresa. La scienza poteva avvalersi di un occhio oggettivo puntato sul teatro delle operazioni. Ironicamente, un cameraman del dottor Doyen vendette senza autorizzazione una copia della pellicola a un impresario. Il film venne così visto in caffè e sale di proiezione pubbliche, esattamente come un *freak show*, immettendo le immagini nel circuito dello spettacolo dal quale le gemelle siamesi erano venute.

Van Dijck non concorda con quanti sostengono che il fenomeno dei *freak shows* sia andato trasformandosi e poi scomparendo con l'imporsi dell'industria cinematografica<sup>(29)</sup>. In effetti, vi è chi sostiene che i *freak shows*, e in qualche modo alcune declinazioni etnografiche della esposizione della differenza biosociale, siano stati prodotti dalla modernità e poi destinati a sparire sotto i colpi dei nuovi media (BOGDAN R. 1988). Lungo questa linea, la perdita d'aura nell'epoca della riproducibilità tecnica segnerebbe la fine dello spettacolo interamente costruito sui prodigi corporei, cui avrebbero attivamente contribuito anche i processi di medicalizzazione del secolo XX.

#### 6.4.

Solo nel Secondo dopoguerra, con la diffusione della nuova cinepresa 16 mm, più leggera e manovrabile, diviene possibile accostarsi sensibilmente all'area di intervento chirurgico e seguire in modo sempre più ravvicinato e mobile le mani dei chirurghi dentro il teatro delle operazioni. Al miglioramento delle tecniche di ripresa, tuttavia, corrisponde un cambiamento dei moduli narrativi degli audiovisivi medici. Non ci si sofferma solo sulla storia dell'operazione, ma si costruiscono narrazioni di équipes mediche, di vite dei pazienti, di scelte e aspettative dei familiari. Il flusso narrativo segue strategie che vanno ben oltre la storia dell'operazione. Ciò spiega in parte perché la separazione dei gemelli siamesi rimarrà un soggetto privilegiato per i film, anche quando la cinematografia medica verrà prodotta da agenzie professionali autonome.

In riferimento a queste nuove produzioni, Van Dijk ricostruisce quanto accaduto recentemente in Olanda nella operazione chirurgica, ripresa in un programma televisivo, per separare due gemelle, Duan e Dao, di nazionalità cinese. Nelle riprese esaminate, il centro non è rappresentato dalla registrazione visiva delle azioni chirurgiche, ma dalla storia di un caso clinico.

Van Dijk sostiene che se è piuttosto semplice cogliere gli interessi medici e tecnologici sottostanti la ripresa degli interventi chirurgici per separare i gemelli siamesi, più complesso è il tentativo di esplicitare il ruolo dei media (VAN DIJK J. 2002: 552). In particolare, nell'epoca del documentario medico finanziato dalle case farmaceutiche, è il documentario televisivo che, di fatto, consente di finanziare l'intervento chirurgico: «senza televisione niente pubblicità, e senza pubblicità niente denaro per ulteriori operazioni» (VAN DIJK J. 2002: *ibidem*). Gli autori del programma cercano così di far convergere la tecnica chirurgica e la tecnica televisiva, nella rappresentazione di un dramma complessivamente già strutturato nel teatro chirurgico. La massima penetrazione della visione chirurgica, che corrisponde all'ubiquità della immagine televisiva digitale, consente di fare la storia del caso, senza occuparsi necessariamente delle fasi operatorie, proprio nel momento in cui celebra la tecnologia più avanzata che permette di riprendere e lavorare in endoscopia. Quanto sta avvenendo, secondo Van Dijk, e cioè lo spostamento progressivo dello sguardo dai *freaks* al medico e ai suoi tentativi di salvare i pazienti con malformazioni congenite, mostra in controtuce la sostanziale invisibilità dei media e della produzione televisiva, in una realtà mediatica che produce l'evento e si sostituisce ad esso. La conclusione terribilmente ironica della intera operazione comu-

nicativa e chirurgica sembra dare ragione all’Autrice: le due ragazze, una volta separate perdono il loro “primo valore di scambio”: «Dopo l’operazione, Duan e Dao sono semplicemente due bambine asiatiche-americane gravemente disabili. L’operazione ha “normalizzato” il loro handicap, e i media generalmente dedicano poca attenzione a bambini ordinari con handicaps ordinari» (VAN DIJCK J. 2002: 551).

Forse l’idea di un passaggio dall’aura dell’esotismo “prima maniera” all’inconscio ottico dell’immagine-movimento, secondo la tesi di Walter Benjamin, che nella riproducibilità tecnica moderna ha cercato di scorgere i tratti rivoluzionari e trasformativi di una nuova arte di massa (BENJAMIN W. 1966 [1936]), permette di evidenziare solo alcuni degli esiti inattesi della storia degli *zoo umani*. Tuttavia, se oggi è divenuto quasi impossibile distinguere aspetti che nel secolo scorso mostravano ancora la loro natura conflittuale, in particolare quando si cerca di differenziare informazione medica e intrattenimento e spettacolo, ciò forse accade perché siamo vicini a quanto lo stesso Benjamin intuì quando decise di paragonare la macchina da presa all’operazione del chirurgo. Egli sosteneva brillantemente che da un lato il pittore agisce come il mago, riducendo di poco la distanza dal corpo che ritrae, con l’imposizione delle mani, e aumentandola con l’autorità; dall’altro l’operatore cinematografico, paragonato al chirurgo, riduce di molto la distanza dal paziente penetrando con la camera nel suo corpo e l’accresce di poco, muovendosi cautamente con le mani nell’area della operazione. In certi casi, «nel momento decisivo, il chirurgo rinuncia a porsi di fronte all’ammalato da uomo a uomo; piuttosto, penetra nel suo interno operativamente» (BENJAMIN W. 1966 [1936]: 38).

*Ringraziamenti:* Sono grato a Cristina Papa, Giovanni Pizza, e Tullio Seppilli per aver letto e commentato questo testo. Vorrei inoltre ringraziare Piergiorgio Giacché per alcune utili indicazioni bibliografiche.

## Note

<sup>(1)</sup> La traduzione italiana ripropone solo parzialmente i saggi contenuti nell’originale *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, a cura di BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine, Éditions la Découverte, Paris, 2002. Un volume questo che raccoglie i contributi presentati nel colloquio internazionale dal titolo “*Zoos humains, mémoire coloniale, corps exotiques, corps enfermés, corps mesurés*”, svoltosi a Marsiglia nel giugno 2001, nel quadro delle attività scientifiche del Groupe de recherche 2322 del CNRS e della Association connaissance de l’histoire de l’Afrique contemporaine (ACHAc). Il collo-

quio internazionale di Marsiglia è stato seguito nel settembre 2002 da un incontro organizzato a Firenze.

Nello specifico, il testo italiano raccoglie una scelta di 19 contributi tra i 53 della edizione francese. Introduce inoltre alcune variazioni rispetto alla struttura e all'articolazione iniziale predisposta dai curatori del testo originale. La drastica contrazione dei materiali risponde a un diverso ordinamento che riduce a tre sezioni le originarie cinque sezioni, così titolate: I. *Généalogies. La fascination pour le sauvage et l'étrange. À la recherche de l'Autre* (pp. 19-98); II. *Hiérarchies. Races exhibées, êtres spectaculaires. L'invention de l'Autre* (pp. 99-187); III. *Déclinaisons. Le miroir de l'Occident. Les théâtres de l'altérité* (pp. 189-283); IV. *Diffusions. Le déploiement dans les cultures. Images et imaginaires* (pp. 285-361); V. *Perspectives. Corps, normes et identités. Au-delà des zoos humains* (pp. 363-427). Nel nuovo ordinamento del testo italiano, si assiste inoltre allo spostamento di alcuni contributi da una sezione differente da quella che li conteneva all'inizio. Poiché non viene esplicitato se la scelta dei materiali e la ridefinizione delle sezioni sia stata operata dai curatori, fatto salvo l'interesse e la bontà della scelta editoriale, desta qualche perplessità il risultato finale. In questa nota farò riferimento a entrambi i volumi, recuperando se necessario dalla edizione francese contributi assenti in quella italiana.

<sup>(2)</sup> Sulla linea indicata da Francis Affergan (AFFERGAN F. 1991 [1987]), è opportuno considerare lungo un continuum di trasformazioni graduali e variamente articolate: "alterità", "diversità" e "differenza". Nelle esposizioni dell'esotico coloniale, in effetti, l'Altro era progressivamente collocato in una «diversità/inclusiva/endotica, appartenente alla descrizione universale del macrocosmo» (AFFERGAN F. 1991 [1987]: 14). Casi analoghi di trasformazioni inclusive dell'alterità avevano avuto precedenti significativi in una forma di esotismo differenziale e spettacolare già nel secolo XVI con la Conquista dell'America. Nella "festa brasiliana" di Rouen, nel 1550, i marinai francesi si travestirono da indiani e imitarono il loro comportamento in un dispositivo ludico e parossistico finalizzato a produrre un "godimento perverso" (AFFERGAN F. 1991 [1987]: 92). Secondo Affergan, tale gioco mimetico, fatto di prese di distanza e avvicinamenti, si distingue sensibilmente dalla intransitività della esperienza del viaggio, verso un altrove irriducibile e sempre atopico, cui si ispirava ad esempio Victor Segalen nei suoi *Saggi sull'esotismo*.

<sup>(3)</sup> Lo sguardo del pubblico, analogamente a quello clinico, posandosi sull'organo e i tessuti del paziente ormai morto, si qualifica per la «paradossale proprietà d'intendere un linguaggio nel momento in cui *percepisce uno spettacolo*» (FOUCAULT M. 1969 [1963]: 127).

<sup>(4)</sup> Foucault suggerisce che l'idea di *monstrum* è riferita a un essere che nella sua stessa forma viola la legge in un campo biologico-giuridico. Un essere la cui peculiarità è di violare sia la legge sociale sia quella di natura, ponendosi al contempo fuori dai limiti giurisdizionali. In questa chiave, «il gioco perfettamente controllato tra l'eccezione di natura e l'infrazione al diritto» (FOUCAULT M. 2000 [1999]: 288) è tautologico.

<sup>(5)</sup> È evidente la relazione politica tra facoltà mimetica e rapporto con l'alterità così come è stato ricostruito da Michael Taussig (TAUSSIG M. 1993). Terreno questo che vede interagire le macchine per la registrazione di voci, suoni, immagini e movimenti e comportamenti mimetici attribuiti ai nativi oggetto delle prime descrizioni etnografiche.

<sup>(6)</sup> Una strategia dello sguardo che ha influito significativamente sulla fotografia contemporanea, come mostra il saggio di Susan Sontag (SONTAG S. 1978 [1977, 1973]) dedicato alla retrospettiva di Diane Arbus tenuta nel 1972 al Museum of Modern Art di New York. Arbus, continuamente alla ricerca di un mondo altro all'interno degli spazi urbani, ritraeva *freaks* e casi limite, oppure situazioni che rendevano i soggetti anomali. Nei suoi ritratti, che rivelano una relazione di intimità tra soggetto e fotografa tale da consentire alle persone di guardare in camera e di mostrare la sofferenza quotidiana, Susan Sontag ha colto le trasformazioni della poetica riconducibile al sogno democratico di Walt Whitman. Una poetica, che aveva inciso profondamente sulla fotografia di documentazione sociale negli Stati Uniti della prima metà del secolo XX, basata sulla ricerca della bellezza nei particolari e negli istanti della vita quotidiana, con uno slancio che andasse «oltre le differenze tra bello e brutto, tra importante e banale» (SONTAG S. 1978 [1977, 1973]: 24). Su questa linea, Sontag ricorda che, nel 1955, Edward Steichen aveva organizzato la mostra *La famiglia dell'Uomo* sulle differenze dell'umanità «per permettere a ogni visitatore di identificarsi con molti

degli individui ritratti e, potenzialmente, con il soggetto di ogni foto: erano tutti cittadini della Fotografia mondiale» (SONTAG S. 1978 [1977, 1973]: 29). Al contrario, nel lavoro di Arbus la ricerca della stranezza presso casa, sembra aver seguito un «lucido spiritoso programma di disperazione» (SONTAG S. 1978 [1977, 1973]: 44). La critica di Sontag però accomuna entrambe le esperienze fotografiche in una tendenza a rimuovere i conflitti, la politica e la storia. Infatti le due scelte poetiche, «tutti cittadini della fotografia mondiale» e «l'umanità non è una», di fatto si basano su una stessa impossibilità di proporre una «comprensione storica della realtà»: «Sia la pia edificazione dell'antologia fotografica di Steichen sia la fredda demolizione della retrospettiva di Arbus rendono irrilevanti la politica e la storia. L'una universalizzando la condizione umana nella gioia; l'altra atomizzandola nell'orrore» (SONTAG S. 1978 [1977, 1973]: 29-30).

<sup>(7)</sup> Scrive Piero Camporesi in proposito: «i mali simulati da questi impostori andavano dall'idropisia (mal de Saint-Quentin) e dall'epilessia (mal de Saint-Leu), alle emorroidi (mal de Saint-Fiacre) alla gotta (mal de Saint-Mor), alle piaghe ulcerate (mal de Saint-Mathieu), alle febbri (mal de Saint-Flour), alla follia melanconica (mal de Saint-Aquaire). Ma le varie invenzioni fraudolente, che da tempo immemorabile erano praticate dai medicanti per rendere più lucrosa la loro questua, erano già state osservate nel IV secolo d.C. da san Giovanni Crisostomo: "Altri fingono d'aver stroppiate le braccia, o le mani, o con certi loro artifici fingono d'aver le piaghe schifose e infistolite nelle gambe per cavar danari da quelli, che si muovono a compassione da quel miserabile spettacolo"; tuttavia quel padre della Chiesa le giustificava e scusava attribuendole alla scarsa compassione che i ricchi avevano per i bisognosi» (CAMPORRESI P. 2003 [1973]: 69-70).

<sup>(8)</sup> Letteratura popolare che combina sapientemente nei prodotti seriali elementi di generi differenti: il romanzo d'appendice, quello di viaggi e avventure, quello scientifico. In molti casi è la cornice del melodramma a consentire di narrare storie di emarginazione e di riscatto sociale (HOLLADAY W. E. - WATT S. 1989). Vi è inoltre una significativa relazione fra i tipi umani che sono rappresentanti in chiave esotica e la definizione di modelli di "superuomo di massa" (ECO U. 1978, GRAMSCI A. 1953). Sui possibili rapporti narrativi tra immagini della razza e produzione di una umanità mostruosa cfr. MALCHOW H. L. 1993.

<sup>(9)</sup> Il primo a intuire il senso commerciale della fiera dell'esotico coloniale in Europa è il direttore dello Zoo di Amburgo Hagenbeck, che nel 1877 fornisce agli "espositori" tedeschi e francesi 14 Nubiani (THODE-ARORA H. 2003 [2002]). Nel 1878 è presente un villaggio lapponese. Nel 1895 saranno costruiti i villaggi neri sulla Esplanade du Champ-de-Mars. Nel quadro del fenomeno europeo, la situazione italiana è relativamente marginale. A proposito della presenza di "indigeni coloniali" in spettacoli pubblici a Milano (1881), Palermo (1891) e Torino (1989), e nelle seguenti esposizioni coloniali italiane d'epoca fascista, vedi DELGADO L. - LOZANO D. - CHIARELLI C. 2002.

<sup>(10)</sup> Anderson ha colto perfettamente questa differenza tra la convergenza simultanea del passato e del futuro in un presente istantaneo, e una realtà filtrata attraverso un tempo misurato meccanicamente dagli orologi. Tempo vuoto e omogeneo, in cui assume il suo significato peculiare l'espressione "nel frattempo" (ANDERSON B. 1996 [1991]). Quando si verificano le convergenze in un solo istante, si può pensare a una coincidenza cronologica, come nella cronaca del mondo offerta ogni mattina dal giornale o nella narrazione del romanzo.

<sup>(11)</sup> L'episodio mostra in modo efficace che pratiche di laboratorio, strumenti scientifici come il microscopio e concetti quali la cosiddetta "normalità statistica" diverranno sempre più necessari alla formazione della moderna categoria di "cittadinanza". Vedi MINNA STERN A. 1999.

<sup>(12)</sup> Per una genealogia delle statistiche negli stati nazionali europei del secolo XVIII e XIX cfr. WOOLF S. 1989. Sulle relazioni ideologiche e organizzative tra i *freak shows*, tenuti a Coney Island, e la nascente politica eugenetica, applicata agli sbarchi degli immigrati a Long Island, nella New York dei primi anni del secolo XX, vedi TAUFER E. 2002.

<sup>(13)</sup> La storia di Saartjie Sarah Baartmann è stata ricostruita da Sander L. Gilman in un noto saggio (GILMAN S. L. 1985) che ha evidenziato come differenza razziale e differenza sessuale fossero riprodotte dai discorsi letterari, medici e scientifici. A partire dall'articolo di Gilman il caso della Venere ottenutotta ha avuto un nuovo grande successo nelle analisi post-strutturaliste su razza e genere. Zine Magubane sostiene tuttavia che, a dispetto di un ricco vocabolario basato sulla costruzione sociale e sulla invenzione della differenza razziale, Gilman e gli approcci post-strutturalisti abbia-

no riproposto in altra veste una sorta di nuovo essenzialismo biologico (MAGUBANE Z. 2001: 817). Per certi versi affascinati dalla “presenza scenica” della Baartmann, infatti, hanno lavorato soprattutto sulla differenza corporea, trascurando di osservare i modi specifici in cui «attori sociali in differenti posizioni strutturali videro» la Baartmann e «quali relazioni sociali determinassero quali persone erano considerate nere e per quali persone i neri erano divenuti icone della differenza sessuale» (MAGUBANE Z. 2001: 819). In tal modo, è come se la critica si fosse impegnata a collocare di nuovo la Baartmann fuori dalla storia, in particolare quando si è focalizzata l'attenzione sulle disposizioni psicologiche piuttosto che sulle relazioni sociali (MAGUBANE Z. 2001: 819).

<sup>(14)</sup> I resti di Saartjie sono stati riportati recentemente a Capetown nel maggio 2002. Cfr. D'ERAMO M. 2002. In varie occasioni Saartjie venne associata alla paura della prossimità con le popolazioni delle colonie e con il rischio di “mescolanza interrazziale”. Ricorda Barbara Sòrgoni come, nel dibattito sulle pagine della “Difesa della Razza”, la vera invenzione dell'antropologia fascista fosse «la presunta origine della Venere Ottentotta da un incrocio di bianchi e boschimani. Invenzione [...] suffragata ricorrendo ad una ulteriore finzione: suggerendo una parentela tra Venere Ottentotta e “Bastardi di Reboth”» (SÒRGONI B. 1995: 370).

<sup>(15)</sup> Sulle sorti della Venere ottentotta nell'immaginario coloniale italiano vedi SÒRGONI B. 1995.

<sup>(16)</sup> Il cervello di Cuvier era stato pesato alla sua morte, il 15 maggio 1832, da colleghi medici e biologi: «pesava 1.830 grammi, 400 grammi più della media e 200 grammi più di qualsiasi altro cervello di uomo sano pesato fino ad allora» (GOULD S. J. 1983b [1980]: 169). Chi aveva estratto il cervello però non aveva preso le misure del cranio e, soprattutto, non aveva provveduto a conservarlo. Nel 1852, Paul Broca e Louis Pierre Gratiolet, della Società antropologica di Parigi, disputarono per alcuni mesi a proposito del rapporto tra dimensioni del cervello e intelligenza, concentrandosi proprio sul peso della massa cerebrale e sulle dimensioni della testa di Cuvier. Nella disputa, alla ricerca di indizi e prove inconfutabili, Gratiolet era riuscito a trovare il capello del maestro che fu sottoposto a stime rigorose. Secondo Gould, la discussione grottesca sul cappello di Cuvier, si spiega solo se si considera il tema cruciale del dibattito scientifico di quel periodo: «Broca e la sua scuola volevano dimostrare che la dimensione del cervello per il suo rapporto con l'intelligenza poteva risolvere quella che per essi era la principale questione di una “scienza dell'uomo”: perché alcuni individui e alcuni gruppi ottengano più successo di altri» (GOULD S. J. 1983 [1980] b: 172).

<sup>(17)</sup> Il rapporto storico tra approcci naturalisti e socioculturali è complesso e articolato. Su Paul Broca, Paul Topinard e lo sviluppo e la crisi dell'indirizzo antropometrico nella Société d'Anthropologie vedi ZERILLI F.M. 1998: 7-12, 39-72.

<sup>(18)</sup> Siamo negli anni in cui si fronteggiano diverse posizioni rispetto all'antropologia criminale di Lombroso. Nel 1889, a Parigi si celebra il secondo congresso internazionale di antropologia criminale. A quattro anni dal grande Congresso di Roma (apertosi il 17 novembre 1885 con una relazione dello stesso Lombroso) si sono ormai consolidate le critiche di fondo che erano state mosse alla traduzione francese dell'*Uomo delinquente* del 1887. Topinard si era detto affatto convinto dall'atavismo e dai tratti anatomici del “criminale nato” e Tarde aveva alluso a una nuova e forse inconsapevole frenologia (FRIGESSI D. 2003: 220). Nel congresso di Parigi, dallo scetticismo si passa al sarcasmo: «Ancora più duro Paul Topinard: “rien de ce que vous avez fondée ... ne doit pas porter ce nom et ... le titre de criminologie est le seul qui vous convienne”. Scienza pura, scienza applicata la criminologia che si occupa dell'uomo sociale e non di quello animale: “l'anthropologie pour nous est la zoologie de l'homme”. I caratteri anatomici, che contrassegnerebbero i criminali quasi come una razza a sé, sono sottoposti ad accurato smontaggio. Il criminologo belga Benedikt mette in forse una scoperta fondativa dell'italiano, la fossetta mediana segnalata per primo nel cranio di Villella: “pourquoi ne pas dire que la fossette moyenne indique une prédisposition aux hémorroïdes? Savons nous en effet quelle est la signification du vermis?”. E quando viene introdotto il cranio di Charlotte Corday per rilevarne le anomalie e addurre la criminalità, anche Moleschott esprime dubbi su quel segno della delinquenza» (FRIGESSI D. 2003: 218-219).

<sup>(19)</sup> Si diffusero precocemente, ad esempio, nell'opinione pubblica europea, notizie terribili sulle stragi che accompagnarono la “colonizzazione” della Tasmania e sulle deportazioni dei nativi (BONWICK J. 1870). Delle sorti degli ultimi tasmaniani in Gran Bretagna, in particolare riguardo alla morte della regina Truganini, l'“ultima tasmaniana” scomparsa nel 1876, troviamo tracce



anche in volumi d'etnologia italiani dei primi anni del XX secolo (PENNESI G. - GRASSO G. - MUSONE F., s.d.).

<sup>(20)</sup> Sulla ridefinizione della pratica medica ottocentesca ha inciso in modo rilevante la politica sperimentata nelle colonie. Bruno Latour ha mostrato quale incidenza abbiano avuto per esempio i problemi affrontati dalla medicina coloniale nel cambiamento di paradigma nella scuola di Pasteur. Pasteur, con i suoi seguaci, cambia approccio alla salute delle popolazioni, nel momento in cui concentrandosi sulle politiche di salute pubblica “lascia” i batteri e ingaggia una nuova battaglia con i parassiti nelle colonie francesi (LATOUR B. 1991 [1984]). Rudolf Virchow è probabilmente l'altra figura che «incarna tutta la complessità della medicina ottocentesca, contesa tra anatomia patologica, nascita della teoria cellulare e medicina sociale» (VINEIS P. 1990: 14, cfr. HACKING I. 1994 [1990]: 289).

<sup>(21)</sup> Sulla follia, la malattia e il delirio che colpivano gli esploratori europei in Congo vedi FABIAN J. 2000.

<sup>(22)</sup> In questi spazi assume una valenza particolare anche la ricerca da parte dei *savants* dei “veri selvaggi” da importare, oppure le loro raccomandazioni di evitare i “meticci” e i “creoli”. Ad esempio, lo scarso interesse scientifico riservato ai cavalieri della pampa argentina che pure si esibiscono in alcuni spettacoli delle esposizioni (GARRIGUES E. 2003: 33).

<sup>(23)</sup> Un raggruppamento di elementi eterogenei che deve aver avuto una paradossale *instabilità costitutiva*. Si pensi alle poetiche del frammento nelle avanguardie che, come Surrealismo e Dadismo, hanno attinto largamente ai “pezzi” della modernità e alle immagini oniriche ed esotiche. In effetti, i surrealisti combinavano attraverso una pluralità di “tecniche scompositive” proprio i frammenti che pubblicità, industria dell'intrattenimento e laboratori scientifici tentavano di presentare come unitarie e incorporate dagli “attori esotici” sulla scena pubblica. Indicative a riguardo sono le azioni dei surrealisti: tagliare, disperdere e ricomporre frammenti della stampa di larga diffusione, per indagare la vita onirica e l'automatismo che attraversano la vita quotidiana. Ma, come ricorda James Clifford, rifacendosi a Benjamin, c'è voluta l'immane catastrofe della prima guerra mondiale per associare alle schegge esplose in mille direzioni la impossibilità di raccontare cosa si è vissuto. L'impossibilità stessa cioè di raccontare un'esperienza (CLIFFORD J. 1993 [1988, 1981]: 145).

<sup>(24)</sup> Sugli sviluppi e gli ampliamenti successivi della copia del tempio di Angkor, nelle esposizioni francesi dal 1878 al 1931, vedi RUSCIO A. 2002: 268-269.

<sup>(25)</sup> Pascal Blanchard suggerisce alcune analogie tra gli zoo umani e i *reality shows*: la messa in scena in uno spazio anomalo dell'Altro, considerato preliminarmente come tipo medio-normale; il controllo ottico da parte dell'*audience* televisiva esercitato su un luogo recintato e separato dal mondo esterno; la dimensione voyeristica dell'osservazione dei tipi umani in ogni momento della giornata e in ogni angolo dello spazio domestico. A ciò si aggiunge la triangolazione fra spettacolo, rappresentazione della realtà ed *expertise* scientifiche o pseudo-scientifiche: «nel caso della televisione, come nei giardini zoologici di ieri o dell'Esposizione coloniale internazionale del 1931, resta costante l'incontro tra tre mondi: quello dello *spettacolo* (dal Giardino alla Tv), quello pseudo-scientifico (dall'antropologo allo psicologo della *real-TV*), quello della *restituzione di una realtà* (messa in scena con habitat, animali ed esemplari viventi...)» (BLANCHARD P. 2003 [2002]: 191). Nelle versioni dei *reality shows* che più esplicitamente intraprendono la logica produttiva dello “spazio selvaggio” la costruzione di conflitti tra individui, isolati e “atomizzati”, ha un ruolo strategico (PIZZA G. 2003).

<sup>(26)</sup> Sull'importanza di Régnauld nella nascita del film etnografico, sulle relazioni fra documentazione visiva e primi spettacoli cinematografici a cavallo tra Ottocento e Novecento e sulla specificità dei linguaggi cinematografici, attivamente esplorati nella pratica scientifica di quegli anni, vedi CALISI R. 1962, ROUCH J. 1968, 1981, SEPPILLI T. 1985.

<sup>(27)</sup> Si tratta di vettori che fanno le “nicchie ecologiche” delle “malattie transitorie” (HACKING I. 2000 [1998]: 63-91). Hacking parla di vettori, non solo perché si tratta di aspetti che difficilmente saremmo portati a combinare, ma perché sembrano divergere in direzioni differenti. Nelle epoche successive gli storici della scienza si troveranno alle prese con questioni che appariranno come ormai definitivamente estranee l'una all'altra.

<sup>(28)</sup> Tra il 1898 e il 1906, Doyen ha ripreso in circa 60 film le operazioni chirurgiche che lo vedevano protagonista insieme ad alcuni colleghi. «La maggioranza dei film sono registrazioni di operazioni non usuali come ovariectomia (rimozione delle ovaie), isterectomia (rimozione dell'utero), amputazioni degli arti, o chirurgia cerebrale» (VAN DIJK J. 2002: 543).

<sup>(29)</sup> Sul film *Freaks* di Tod Browning (1932) che avrebbe dovuto rappresentare l'ultimo tentativo di fare spettacolo cinematografico attraverso i "prodigi corporei" vedi LARSEN R. - HALLER B. A. 2002. Un intero filone cinematografico ha comunque continuato ad attingere ampiamente alla tradizione dei *freaks*. Si pensi per esempio all'opera di David Lynch e la suo interesse per la storia di Joseph Merrick, the "Elephant Man". Cfr. HOLLADAY W. E. - WATT S. 1989, GRAHAM P. - OEHLISCHLANGER F. 1992.

## Riferimenti bibliografici

AFFERGAN Francis (1991 [1987]), *Esotismo e alterità. Saggio sui fondamenti di una critica dell'antropologia*, traduz. dal francese di Enzo TURBIANI, introduzione di Francesco REMOTTI, Mursia, Milano [ediz. orig.: *Exotisme et alterité. Essai sur les fondements d'une critique de l'anthropologie*, Presses Universitaires de France, Paris, 1987].

AGAMBEN Giorgio (1995), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino.

AGAMBEN Giorgio (1996), *Note sul gesto*, pp. 45-53, in AGAMBEN Giorgio, *Mezzi senza fine. Note sulla politica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.

ANDERSON Benedict (1996 [1991]), *Comunità immaginate. Origini e fortuna dei nazionalismi*, traduz. dall'inglese di Marco VIGNALE, revisione e cura di Marco D'ERAMO, Il Manifestolibri, Roma [ediz. orig.: *Imagined communities*, Verso, London - New York, 1991].

APPADURAI Arjun (2001 [1996, 1993]), *Il numero nell'immaginazione coloniale*, pp. 149-176, in APPADURAI Arjun, *Modernità in polvere*, traduz. dall'inglese di Piero VERENI, Meltemi, Roma [ediz. orig. del saggio: *Number in the colonial imagination*, pp. 314-339, in BRECKENRIDGE C. A. - VAN DER VEER P. (curatori), *Orientalism and the postcolonial predicament: perspectives on South Asia*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1993 / poi in APPADURAI Arjun, *Modernity at large. Cultural dimensions of globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis - London, 1996].

ARTAUD Antonin (1972 [1964, 1931]), *Sul teatro balinese*, pp. 170-184, in ARTAUD Antonin, *Il teatro e il suo doppio [con altri scritti teatrali]*, traduz. dal francese di Ettore CAPRIOLO, a cura di Gian Renzo MORTEO e Guido NERI, prefazione di Jacques DERRIDA, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Sur le théâtre balinaï*, pp. 64-81, in *Œuvres complètes*, vol. IV, Gallimard, Paris, 1964, corrisponde nella prima parte all'articolo: *Le théâtre balinaï à l'Exposition coloniale*, "Nouvelle Revue Française", n. 217, ottobre 1931].

BADOU Gérard (2000), *Sur les traces de la Vénus Hottentote*, "Gradhiva. Revue semestrielle d'histoire et d'archives de l'anthropologie", n. 27, 2000, pp. 83-87.

BANCEL Nicolas - STROST Olivier (2003 [2002]), *Il corpo dell'Altro: una nuova economia dello sguardo*, pp. 166-175, in LEMAIRE Sandrine - BLANCHARD Pascal - BANCEL Nicolas - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric (curatori), *Zoo umani. Dalla Venere ottentotta ai reality show*, traduz. dal francese di Stefania DE PETRIS, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Le corps de l'Autre: une nouvelle économie du regard*, pp. 390-398, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris, 2002].

BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori) (2002), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris.

BENJAMIN Walter (1966 [1936]), *L'opera d'arte nell'epoca della sua riproducibilità tecnica*, pp. 16-56, in BENJAMIN Walter, *L'opera d'arte nell'epoca della sua riproducibilità tecnica*, traduz. dal tedesco di Enrico FILIPPINI, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Das Kunstwerk im Zeitalter seiner technischen Reproduzierbarkeit*, "Zeitschrift für Sozialforschung", Paris, 1936].

- BENJAMIN Walter (2000 [1982, 1935]), *Parigi, la capitale del XIX secolo*, pp. 5-18, in BENJAMIN Walter, *Opere complete. IX. I «passages» di Parigi*, a cura di Rolf TIEDEMANN e Herman SHWEPENHÄUSER, ediz. italiana a cura di Enrico GANNI, traduz. dal tedesco e dal francese di Renato SOLMI, Torino, Einaudi [ediz. orig.: *Das Passagenwerk*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1982].
- BENJAMIN Walter (2000 [1982]), *Opere complete. IX. I «passages» di Parigi*, a cura di Rolf TIEDEMANN e Herman SHWEPENHÄUSER, traduz. dal tedesco e dal francese, ediz. italiana a cura di Enrico GANNI, Torino, Einaudi [ediz. orig.: *Das Passagenwerk*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1982].
- BLANCHARD Pascal (2003 [2002]), *Gli zoo umani oggi?*, pp. 184-195, in LEMAIRE Sandrine - BLANCHARD Pascal - BANCEL Nicolas - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric (curatori), *Zoo umani. Dalla Vénere ottentotta ai reality show*, traduz. dal francese di Stefania DE PETRIS, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Le zoos humains aujourd'hui*, pp. 417-427, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris, 2002].
- BOGDAN Robert (1988), *Freak shows: presenting human oddities for amusement and profit*, University of Chicago Press, Chicago.
- BOGDAN Robert (2003 [2002]), *La messa in scena dell'esotico*, pp. 44-50, in LEMAIRE Sandrine - BLANCHARD Pascal - BANCEL Nicolas - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric (curatori), *Zoo umani. Dalla Vénere ottentotta ai reality show*, traduz. dal francese di Stefania DE PETRIS, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *La mise en spectacle de l'exotique*, pp. 49-54, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris, 2002].
- BONWICK James (1870), *The last of the Tasmanians*, London.
- CALISI Romano (1962), *Regnault e la nascita del film etnografico*, "Audiovisivi. Organo mensile del Centro Nazionale per i Sussidi Audiovisivi", anno II, n. 6, giugno 1962, pp. 7-11.
- CAMPORESI Piero (curatore) (2003 [1973]), *Il libro dei vagabondi. Lo «Speculum cerretanorum» di Teseo Pini, il «Vagabondo» di Rafeale Pianoro e altri testi di «furfanteria»*, prefazione di Franco CARDINI, Garzanti, Milano [ediz. orig.: Einaudi, Torino, 1973].
- CLIFFORD James (1993 [1988, 1981]), *Sul surrealismo etnografico*, pp. 143-182, in *I frutti puri impazziscono. Etnografia, letteratura e arte nel XX secolo*, traduz. dall'inglese di Mario MARCHETTI, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *On ethnographic surrealism*, "Comparative Studies in Society and History", vol. 23, 1981, 539-564 / poi in *The predicament of culture: Twentieth-Century of ethnography, literature, and art*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.), 1988].
- COMAROFF Jean (1992), *Medicine colonialism and the black body*, pp. 215-233, in COMAROFF John L. - COMAROFF Jean, *Ethnography and the historical imagination*, Westview Press, Boulder - San Francisco - Oxford.
- CONRAD Joseph (1991 [1899]), *Cuore di tenebra*, traduz. dall'inglese di Ettore CAPRIOLO, Feltrinelli, Milano, 1991 [ediz. orig.: *Heart of darkness*, 1899].
- COOK James W. (2001), *The art of deception: playing with fraud in the Age of Barnum*, Cambridge University Press, Cambridge.
- DANZIGER Kurt (1995 [1990]), *La costruzione del soggetto. Le origini storiche della ricerca psicologica*, traduz. dall'inglese di Maria Pia VIAGGIANO, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Constructing the subject. Historical origins of psychological research*, Cambridge University Press, Cambridge, 1990].
- DEI Fabio (1998), *La discesa agli inferi. James G. Frazer e la cultura del Novecento*, Argo, Lecce.
- DELGADO Lola - LOZANO Daniel - CHIARELLI Cosimo (2002), *Les zoos humains en Espagne et en Italie: entre spectacle et entreprise missionnaire*, pp. 235-244, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris.
- D'ERAMO Marco (2002), *Saartjie è tornata*, "Il Manifesto", 7 maggio 2002, p. 18.
- DEROO Éric (2003 [2002]), *Il cinema guardiano dello zoo*, pp. 156-165, in LEMAIRE Sandrine - BLANCHARD Pascal - BANCEL Nicolas - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric (curatori), *Zoo umani. Dalla Vénere ottentotta ai reality show*, traduz. dal francese di Stefania DE PETRIS, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Le cinéma*

gardien du zoo, pp. 381-389, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris, 2002].

Eco Umberto (1978), *Il superuomo di massa. Retorica e ideologia nel romanzo popolare*, Bompiani, Milano.

FABIAN Johannes (2000), *Out of our minds. Reason and madness in the exploration of Central Africa*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.

FAUVELLE-AYMAR François-Xavier (2002 [2003]), *I Khoisan: tra scienza e spettacolo*, pp. 100-106, in LEMAIRE Sandrine - BLANCHARD Pascal - BANCEL Nicolas - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric (curatori), *Zoo umani. Dalla Vénere ottentotta ai reality show*, traduz. dal francese di Stefania DE PETRIS, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Les Khoisan: entre science et spectacle*, pp. 111-117, BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris, 2002].

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

FOUCAULT Michel (2000 [1999]), *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Les anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*, Seuil-Gallimard, Paris, 1999].

FRIGESSI Delia (2003), *Cesare Lombroso*, Einaudi, Torino.

GARLAND-THOMSON Rosemarie (2003 [2002]), *Dal Prodigio all'errore: i mostri dall'antichità ai giorni nostri*, pp. 25-35, in LEMAIRE Sandrine - BLANCHARD Pascal - BANCEL Nicolas - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric (curatori), *Zoo umani. Dalla Vénere ottentotta ai reality show*, traduz. dal francese di Stefania DE PETRIS, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Du prodige à l'erreur: les monstres de l'Antiquité*, pp. 31-37, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, 2002].

GARRIGUES Emmanuel (curatore) (2003), *Villages noirs, Zoos humains*, "L'Ethnographie. Creation, pratiques, publics" [revue de la Société d'Ethnographie de Paris (fondée en 1859), Maison des Sciences de l'Homme - Paris-Nord, L'Entretemps Éditions, Saint-Jean-de-Védas], nouvelle édition, n. 2, estate 2003 [numéro entièrement conçu et rédigé par Emmanuel Garrigues].

GILMAN Sander L. (1985), *Black bodies, white bodies: toward an iconography of female sexuality in late Nineteenth-Century art, medicine, and literature*, "Critical Inquiry", vol. 12, n. 1, autunno 1985, pp. 204-202.

GINZBURG Carlo (1979), *Spie. Radici di un paradigma indiziario*, pp. 57-108, in GARGANI Aldo (curatore), *Crisi della ragione. Nuovi modelli nel rapporto tra sapere e attività umane*, Einaudi, Torino.

GHOSH Amitav (1998 [1993]), *Danzando in Cambogia*, pp. 19-81, in GHOSH Amitav, *Estremi orienti. Due reportage*, traduz. dall'inglese e cura di Anna NADOTTI, Einaudi, Torino [ediz. orig. del saggio: *Dancing in Cambodia*, "Granta", n. 44, 1993].

GOULD Stephen Jay (1983a [1980]), *La sindrome del dottor Down*, pp. 184-193, in GOULD Stephen Jay, *Il pollice del panda. Riflessioni sulla storia naturale*, traduz. dall'inglese di Simona CABIB, Editori Riuniti, Roma [ediz. orig.: *The panda's thumb. More reflections in natural history*, 1980].

GOULD Stephen Jay (1983b [1980]), *Cappelli grandi e cervelli ristretti*, pp. 167-174, in GOULD Stephen Jay, *Il pollice del panda. Riflessioni sulla storia naturale*, traduz. dall'inglese di Simona CABIB, Editori Riuniti, Roma [ediz. orig.: *The panda's thumb. More reflections in natural history*, 1980].

GOULD Stephen Jay (1987 [1985]), *Il sorriso del fenicottero*, traduz. dall'inglese di L. MALDACEA, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *The flamingo smile*, W. W. Norton & Company, New York, 1985].

GOULD Stephen Jay (1998 [1981]), *Intelligenza e pregiudizio*, traduz. dall'inglese di Alberto ZANI, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *The mismeasure of man*, W. W. Norton & Company, New York, 1981].

- GRAMSCI Antonio (1953), *Letteratura e vita nazionale*, Einaudi, Torino.
- GRAHAM Peter - OEHLISCHLANGER Fritz (1992), *Articulating the Elephant Man: Joseph Merrick and his interpreters*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- HACKING Ian (1994 [1990]), *Il caso domato*, traduz. dall'inglese e cura di Simona MORINI, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *The taming of chance*, Cambridge University Press, Cambridge, 1990].
- HACKING Ian (2000 [1998]), *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dadas*, traduz. dall'inglese [Conferenze e Supplementi] e dal francese [Documenti] di Adolfo MARINO, Carocci, Roma [ediz. orig.: *Mad travelers: reflections on the reality of transient mental illness*, The University of Virginia Press, Charlottesville, 1998].
- HOLLADAY William E. - WATT Stephen (1989), *Viewing the Elephant Man*, "PMLA", vol. 104, n. 5, ottobre 1989, pp. 868-881.
- KAFKA Franz (1991 [1922]), *Un digiunatore*, pp. 193-204, in KAFKA Franz, *Racconti*, traduz. dal tedesco di Giulio SCHIAVONI, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, 1991 [redazione del racconto: febbraio 1922 / titolo originale della raccolta: *Sämtliche Erzählungen*].
- KRACAUER Siegfried (2002 [1963, 1926]), *La fabbrica del disimpegno*, traduz. dal tedesco, a cura di Claudio GROFF, introduzione di Remo BODEI, L'Anora del Mediterraneo, Napoli [ediz. orig.: *Das Ornament der Masse*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1963 / ediz. orig. dell'articolo in: "Frankfurter Zeitung", 28 gennaio 1926].
- LARSEN Robin - HALLER Beth A. (2002), *The case of Freaks: public reception of real disability*, "Journal of Popular Film & Television", vol. 29, n. 4, inverno 2002, pp. 164-172.
- LATOUR Bruno (1991 [1984]), *I microbi. Trattato scientifico politico*, traduz. dal francese di Aurelio NOTARIANNI, Editori Riuniti, Roma [ediz. orig.: *Les microbes: guerre et paix*, A. M. Métailié, Paris, 1984].
- LEBOVICS Herman (2003 [2002]), *Gli zoo dell'Esposizione coloniale internazionale di Parigi nel 1931*, pp. 148-155, in LEMAIRE Sandrine - BLANCHARD Pascal - BANCEL Nicolas - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric (curatori), *Zoo umani. Dalla Venere ottenotta ai reality show*, traduz. dal francese di Stefania DE PETRIS, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Les zoos de l'Exposition coloniale internationale de Paris en 1931*, pp. 367-373, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris, 2002].
- LEMAIRE Sandrine - BLANCHARD Pascal - BANCEL Nicolas - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric (curatori) (2003 [2002]), *Zoo umani. Dalla Venere ottenotta ai reality show*, traduz. dal francese di Stefania DE PETRIS, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris, 2002].
- LÉVI-STRAUSS Claude (1991 [1962]), *Il totemismo oggi*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Le totémisme aujourd'hui*, Presses Universitaires de France, Paris, 1962].
- MACKENZIE John (2003 [2002]), *Le esposizioni imperiali in Gran Bretagna*, pp. 107-117, in LEMAIRE Sandrine - BLANCHARD Pascal - BANCEL Nicolas - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric (curatori), *Zoo umani. Dalla Venere ottenotta ai reality show*, traduz. dal francese di Stefania DE PETRIS, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Les expositions impériales en Grande-Bretagne*, pp. 193-202, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris, 2002].
- MAGUBANE Zine (2001), *Which bodies matter? Feminism, poststructuralism, race and the curious theoretical odyssey of the "Hottentot Venus"*, "Gender and Society", vol. 15, n. 6, dicembre 2001, pp. 816-834.
- MALCHOW H. L. (1993), *Frankenstein's monster and images of race in Nineteenth-Century Britain*, "Past and Present", n. 139, maggio 1993, pp. 90-130.
- MARX Karl (1994 [1867]), *Il capitale. Critica dell'economia politica. Libro Primo*, traduzione dall'inglese e cura di Delio CANTIMORI, introduzione di Maurice DOBB, Editori Riuniti, Roma.
- MINNA STERN Alexandra (1999), *Secrets under the skin: new historical perspectives on disease, deviation, and citizenship. A review article*, "Comparative Studies in Society and History", vol. 41, n. 3, luglio 1999, pp. 589-596.

- NEIHARDT John G. (1990, [1961]), *Alce Nero parla. Vita di uno stregone dei Sioux Oglala messa per iscritto da John Neihardt (Arcobaleno Fiammeggiante)*, illustrata da Orso in Piedi, traduz. dall'inglese di J. Rodolfo WILCOCK, Adelphi, Milano [ediz. orig.: *Black Elk speaks. Being the life story of a holy man of the Oglala Sioux*, The University of Nebraska Press, 1961].
- PENNESI G. - GRASSO G. - MUSONE F. (s.d.), *Popoli del mondo. Usi e costumi. Oceania. Con illustrazioni e tavole*, Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, Milano.
- PIZZA Giovanni (2003), *Sull'isola con Robinson e Marx*, [www.kataweb.it](http://www.kataweb.it), 6 novembre 2003.
- POIGNANT Rosylin (2003 [2002]), *Gli Aborigeni: "selvaggi di professione" e vite prigioniere*, pp. 91-99, in LEMAIRE Sandrine - BLANCHARD Pascal - BANCEL Nicolas - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric (curatori), *Zoo umani. Dalla Venere ottentotta ai reality show*, traduz. dal francese di Stefania DE PETRIS, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Les Aborigènes: «sauvages professionnels» et vies captives*, pp. 103-110, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris, 2002].
- RABINOW Paul (1996), *Galton's regret: of types and individuals*, pp. 112-128, in RABINOW Paul, *Essays on the anthropology of reason*, Princeton University Press, Princeton (New Jersey).
- REISS Benjamin (2001), *The showman and the slave: race, death, and memory in Barnum's America*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.).
- REISS Benjamin (2003 [2002]), *P. T. Barnum, Joice Heth e la nascita degli spettacoli "razziali"*, pp. 36-43, in LEMAIRE Sandrine - BLANCHARD Pascal - BANCEL Nicolas - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric (curatori), *Zoo umani. Dalla Venere ottentotta ai reality show*, traduz. dal francese di Stefania DE PETRIS, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *P. T. Barnum, Joice Heth et les débuts des spectacles «raciaux»*, pp. 23-30, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris, 2002].
- ROUCH Jean (1968), *Le film ethnographique*, pp. 429-471, in POIRIER Jean (curatore), *Ethnologie générale*, Éditions Gallimard, Paris, 1968 (Encyclopédie de la Pléiade, 24).
- ROUCH Jean (1981), *Antropologia e cinema*, pp. 41-45, in MINERVINI Enzo (curatore), *Antropologia visiva. Il cinema*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 3, aprile 1981.
- RUSCIO Alain (2002), *Du village à l'exposition: les Français à la rencontre des Indochinois*, pp. 267-274, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris.
- RYDELL Robert (2003 [2002]), *Africani in America: i villaggi africani nelle esposizioni internazionali americane (1893-1901)*, pp. 118-126, in LEMAIRE Sandrine - BLANCHARD Pascal - BANCEL Nicolas - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric (curatori), *Zoo umani. Dalla Venere ottentotta ai reality show*, traduz. dal francese di Stefania DE PETRIS, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Africains en Amérique: les villages africains dans les exposition internationales américaines (1893-1901)*, pp. 213-220, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris, 2002].
- SAID Edward W. (1991 [1978]), *Orientalismo*, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Orientalism*, Pantheon Books, New York, 1978].
- SCHNEIDER William H. (2003 [2002]), *Le esposizioni etnografiche del Giardino zoologico d'acclimatazione*, pp. 70-78, in LEMAIRE Sandrine - BLANCHARD Pascal - BANCEL Nicolas - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric (curatori), *Zoo umani. Dalla Venere ottentotta ai reality show*, traduz. dal francese di Stefania DE PETRIS, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Les exposition ethnographiques du Jardin zoologique d'acclimatation*, pp. 81-89, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris, 2002].
- SEPPILLI Tullio (1985), *Sull'uso della fotografia e di altri mezzi come strumenti di documentazione nella ricerca antropologica*, pp. 154-161, in RODA Roberto, *Rappresentazioni fotografiche del lavoro agricolo*, introduzione di Renato SITTI, interventi di Carlo BASSI - Tullio SEPPILLI - Elisabetta SILVESTRINI -

Massimo TOZZI FONTANA, Interbooks - Arte Grafica Bolzonella, Padova, 1985 (Quaderni del Centro Etnografico Ferrarese).

SEPPILLI Tullio (2000), *Premessa*, pp. 9-17, in CASTELLI Enrico - LAURENZI David (curatori), *Permanenze e metamorfosi dell'immaginario coloniale in Italia*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.

SONTAG Susan (1978 [1977, 1973]), *L'America vista nello specchio scuro della fotografia*, pp. 24-44, in *Sulla fotografia. Realtà e immagine nella nostra società*, traduz. dall'inglese di Ettore CAPRIOLO, Einaudi, Torino [ediz. orig. del volume: *On photography*, Farrar, Straus and Giroux, New York, 1973, 1974, 1977].

SORGONI Barbara (1995), *La Venere Ottentotta. Un'invenzione antropologica per la "difesa della razza"*, "Il Mondo 3. Rivista di teoria delle scienze umane e sociali", vol. II, n. 2-3, agosto-dicembre 1995, pp. 366-373.

STOCKING George W. jr. (1999 [1987]), *Antropologia dell'età vittoriana*, traduz. dall'inglese e cura di Margherita FUSI, Einaudi, Roma [ediz. orig.: *Victorian anthropology*, The Free Press, New York, 1987].

TAUFER Emin (2002), *Monstre et phénomènes de foire: le numéro d'attraction de Coney Island et les eugénistes de Long Island (1910-1935)*, pp. 178-187, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris, 2002.

TAUSSIG Michael (1987), *Shamanism, colonialism and the wild man. A study in terror and healing*, University of Chicago Press, Chicago.

TAUSSIG Michael (1993), *Mimesis and alterity. A particular history of the senses*, Routledge, New York - London.

THODE-ARORA Hilke (2003 [2002]), *Hagenbeck e le tournées europee: l'elaborazione dello zoo umano*, pp. 61-69, in LEMAIRE Sandrine - BLANCHARD Pascal - BANCEL Nicolas - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric (curatori), *Zoo umani. Dalla Venere ottentotta ai reality show*, traduz. dal francese di Stefania DE PETRIS, Ombre Corte, Verona [ediz. orig.: *Hagenbeck et les tournées européennes: l'élaboration du zoo humain*, pp. 81-89, in BANCEL Nicolas - BLANCHARD Pascal - BOËTSCH Gilles - DEROO Éric - LEMAIRE Sandrine (curatori), *Zoos humains. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles [De la Vénus hottentote aux reality shows]*, Éditions la Découverte, Paris, 2002].

VAN DIJCK José (2002), *Medical documentary: conjoined twins as a mediated spectacle*, "Media, Culture & Society", vol. 24, 2002, pp. 537-556.

VINEIS Paolo (1990), *Modelli di rischio. Epidemiologia e causalità*, Einaudi, Torino.

WOOLF Stuart (1989), *Statistics and the modern state*, "Comparative Studies in Society and History", vol. 31, n. 3, luglio 1989, pp. 588-604.

ZERILLI Filippo M. (1998), *Il lato oscuro dell'etnologia. Il contributo dell'antropologia naturalista al processo di istituzionalizzazione degli studi etnologici in Francia*, CISU, Roma.

## Scheda sull'Autore

Massimiliano Minelli è nato a Perugia il 24 maggio 1966. Nel 1995 si è laureato in lettere con una tesi in antropologia culturale dal titolo *Segni, significati e pratiche concernenti la salute mentale nella città di Perugia. Stati ansiosi, depressioni, alterazioni dell'approccio al cibo nelle interviste a informatori-chiave appartenenti a differenti strati sociali. Un contributo empirico italiano al Progetto internazionale INECOM (The International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health)*, relatore: Tullio Seppilli. Nel 2001 ha conseguito il dottorato di ricerca in "Metodologie della ricerca etnoantropologica" (Univer-

sità degli studi di Siena, Perugia e Cagliari) presentando una tesi dal titolo: *Retoriche della follia e pratiche della guarigione in una comunità urbana dell'Italia centrale. Tre fuochi di una ricerca etnografica*, tutor: Tullio Seppilli.

È attualmente assegnista di ricerca presso la Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia e, per l'anno accademico 2003/2004, docente a contratto di antropologia culturale presso l'Università degli studi di Macerata. Dall'anno 1996, è socio della *Società italiana di antropologia medica* (SIAM) e membro del *Comitato di redazione* di "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica". Il suo percorso di studio in "antropologia medica" si è principalmente incentrato sul rapporto fra dinamiche culturali, forme di disturbo psichico e strategie comunitarie di presa in carico e intervento sui problemi di salute mentale. Lavora ormai da alcuni anni a una ricerca etnografica sui processi sociali che investono le politiche nel campo della salute mentale, l'attivazione di risorse comunitarie e le pratiche di trasformazione dei contesti in cui si manifestano diverse forme di sofferenza. La sua attività di ricerca concerne principalmente l'antropologia medica, l'etnopsichiatria, la salute mentale comunitaria, l'antropologia del corpo e dei processi di incorporazione.

Tra le sue pubblicazioni: (in collaborazione con Laura Lepore), *Il contributo italiano al progetto di ricerca internazionale della rete Inecom "Signs, meanings and practices related to mental health"*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 5-6, ottobre 1998, pp. 337-345 / *Rhetorics of madness and practices of healing. An ethnography in the field of mental health*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 11-12, ottobre 2001, *Medical anthropology and anthropology. Contributions of medical anthropology at home to anthropological theories and health debates*, numero monografico a cura di Els VAN DONGEN - Josep Maria COMELLES, pp. 353-379 / *Saints, demons, and footballers: playing (with) power in a psychiatric field*, di prossima pubblicazione in questa stessa rivista negli atti del Convegno della rete europea "Medical Anthropology at Home": *Medical anthropology at home 3. Medical anthropology, welfare state and political engagement*, Perugia, 24-27 settembre 2003.

## Riassunto

*Colonialismo, orientalismo e irriducibili "differenze" corporee. A proposito di Zoo humans, industria dello spettacolo e scienze umane tra Otto e Novecento*

A partire da una lettura di due recenti pubblicazioni sugli *zoo humans*, la nota ripercorre alcuni itinerari tra industria dello spettacolo, medicina e antropologia, nell'Ottocento e nella prima metà del Novecento. Nelle grandi esposizioni universali, in Europa e negli Stati Uniti, "individui esotici" furono esposti allo sguardo curioso dei visitatori



dentro villaggi appositamente ricostruiti. In quelle esibizioni si incontravano le politiche imprenditoriali di alcuni impresari, l'osservazione scientifica di alcuni esponenti di spicco delle scienze umane e le strategie comunicative della nascente industria dello spettacolo. La ricostruzione delle esibizioni dei nativi coloniali, messe a punto nella fabbricazione mediatica dei *freak shows*, non può essere condotta separatamente dallo studio dei rapporti complessi e ramificati tra nuove pratiche scientifiche, strategie di comunicazione pubblica e politiche coloniali. Nella maggior parte dei casi, infatti, gli scienziati del tempo si confrontavano in vari modi con la gestione dell'ordine e la salvaguardia della salute pubblica sia negli stati-nazione europei, sia nelle colonie d'oltremare. In particolare, hanno avuto una significativa rilevanza l'antropometria, la statistica e la medicina sociale. In questo quadro, le tecnologie impiegate per la documentazione scientifica dei fenomeni umani hanno influito in modo decisivo sul rapporto tra costruzione dell'alterità esotica e riproduzione mimetica. L'intreccio fra nuovi media, spettacolo di massa e “trattamento scientifico” delle “differenze” corporee, pur con “fratture” e “amnesie”, prosegue sino alla nascita e allo sviluppo del documentario medico.

## Résumé

*Colonialisme, orientalisme et “différences” corporelles irréductibles. A propos de Zoos humains, industrie du spectacle et sciences humaines entre le XIX<sup>e</sup> et le XX<sup>e</sup> siècle*

L'Auteur part de la lecture de deux publications récentes sur les *zoos humains* pour remonter certains itinéraires passant par l'industrie du spectacle, la médecine et l'anthropologie, au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle et dans la première moitié du XX<sup>e</sup>. Dans les grandes expositions universelles, en Europe et aux Etats-Unis, des “individus exotiques” ont été exposés aux regards curieux des visiteurs dans des villages reconstruits pour la circonstance. Dans ces exhibitions se mêlaient les politiques entrepreneuriales de certains impresarii, l'observation scientifique de quelques éminents représentants des sciences humaines et les stratégies de communication de l'industrie naissante du spectacle. La reconstruction des exhibitions des natifs des colonies, mises au point dans la fabrication médiatique des *freak shows*, ne peut pas être menée indépendamment de l'étude des rapports complexes et ramifiés existant entre les nouvelles pratiques scientifiques, les stratégies de communication publique et les politiques coloniales. En effet, dans la plupart des cas, les scientifiques d'alors sont différemment confrontés à la gestion de l'ordre et à la protection de la santé publique, qu'il s'agisse des états-nations européens ou des colonies d'outre-mer. L'anthropométrie, la statistique et la médecine sociale ont notamment joué un rôle significatif. Dans ce contexte, les technologies utilisées pour la documentation scientifique des phénomènes humains ont influencé de manière déterminante le rapport entre la construction de l'altérité

Note

exotique et la reproduction mimétique. L'entrelacement entre nouveaux médias, spectacle de masse et "traitement scientifique" des "différences" corporelles, encore qu'avec des "fractures" et des "amnésies", s'est poursuivi jusqu'à l'apparition et le développement du documentaire médical.

## Resumen

*Colonialismo, orientalismo e irreductibles "diferencias" corporales. A propósito de Zoos humains, industria del espectáculo y ciencias humanas entre Ochocientos y Novecientos*

A partir de la lectura de dos publicaciones recientes sobre los *zoo humans*, la nota examina algunos itinerarios entre la industria del espectáculo, la medicina y la antropología, a mediados del Ochocientos y en la primera mitad del Novecientos. En las grandes exposiciones universales, en Europa y en los Estados Unidos, se exhibieron "individuos exóticos" a la mirada curiosa de los visitantes dentro de las aldeas específicamente reconstruidas a tal fin. En aquellas exhibiciones confluían las políticas empresariales de algunos empresarios, la observación científica de algunos exponentes de gran relevancia de las ciencias humanas y las estrategias comunicativas de la naciente industria del espectáculo. La reconstrucción de las exhibiciones de los nativos coloniales, puestas a punto en la fabricación mediática de los *freak shows*, no se puede separar del estudio de las relaciones complejas y ramificadas entre las nuevas prácticas científicas, las estrategias de comuniación pública y las políticas coloniales. En la mayoría de los casos, efectivamente, los científicos de aquel tiempo se confrontaron a varios niveles con la gestión del orden y la tutela de la salud pública tanto en los estados-nación europeos, como en las colonias ultramarinas. En particular, tuvieron una significativa relevancia la antropometría, la estadística y la medicina social. En este ámbito, las tecnologías utilizadas para la documentación científica de los fenómenos humanos han influido en modo decisivo sobre la relación entre la construcción de la alteridad exótica y reproducción mimética. La interferencia entre los nuevos medios de comunicación, el espectáculo de masa y el "tratamiento científico" de las "diferencias" corporales, aun con "fracturas" y "amnésias", prosigue hasta el nacimiento y el desarrollo del documental médico.

## Abstract

**Colonialism, orientalism, and irreducible bodily "differences". On Zoos humains, the show business industry, and human sciences in the 19th and 20th centuries**

Starting from a reading of two recent publications on the *zoos humans*, the note reviews several itineraries covering the show business industry, medicine, and anthropology, in

the mid-19th century and first half of the 20th century. In the great universal expositions, in Europe and the United States, "exotic individuals" were exhibited for the curious eyes of the visitors inside specially reconstructed villages. In those exhibitions the entrepreneurial policies of a few impresarios, the scientific observation of several major representatives of the human sciences, and the communication strategies of the newborn show business industry came together. The reconstruction of the exhibitions of colonial natives, prepared in the media fabrication of the freak shows, cannot be conducted separately from the study of the complex and ramified relationships among new scientific practices, public communication strategies, and colonial policies. In fact, in most cases the scientists of the time dealt in various ways with the management of order and the safeguard of public health both in the European nation-states and in the colonies across the ocean. In particular, anthropometrics, statistics, and social medicine were of significant importance. In this framework, the technologies used for the scientific documentation of human phenomena had a decisive influence on the relationship between construction of the exotic alterity and mimetic reproduction. The interweaving of new media, mass entertainment, and "scientific treatment" of bodily "differences", albeit with "fractures" and "amnesias", continued up until the birth and development of the medical documentary.

Note 



## *Etnopsichiatria dei disturbi depressivi: un aggiornamento\**

**Piero Coppo**

medico neuropsichiatra / docente di etnopsichiatria e di medicina sociale nella Università Ca' Foscari di Venezia / direttore della rivista "I Fogli di ORISS. Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute"

Mi sembra utile concorrere a un aggiornamento sul tema *depressione e melanconia* per una serie di motivi.

Il primo è che recentemente mi è capitato di leggere su alcuni quotidiani e giornali medici dei dati sull'uso degli antidepressivi e dei commenti a questo proposito insieme inquietanti e interessanti. Per esempio, "La Repubblica" dell'11 aprile 2003 cita i dati Federfarma secondo i quali in Italia nel 2002 sarebbero stati venduti 26,7 milioni di confezioni di antidepressivi con un incremento dell'1,2% rispetto al 2001. Il primato spetta a Toscana e Liguria e il consumo pro capite massimo è a Lucca con 1,09 confezioni all'anno per abitante ("La Repubblica", 11 marzo 2003, p. 27). Su un altro giornale, il mensile per i medici toscani a cura dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Firenze, ho letto, a firma di Adolfo Pazzagli, primario di Psicologia clinica dell'Università di Firenze, che «[...] un uso indiscriminato degli antidepressivi [...] è pericoloso e a rischio di un'utilizzazione tossicomane di tali sostanze» ("Toscana Medica", febbraio 2003, p. 7). Una simile affermazione potrebbe ancora essere letta nel quadro della storica polemica tra rappresentanti della via psicoterapeutica e quelli della via farmacoterapeutica; ma nello stesso giornale e nella stessa pagina si legge in un intervento di Carlo Manfredi, presidente dell'Ordine dei medici di Massa: «[l]'uso estensivo degli SSRI [farmaci antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina, NdR] rischia di favorire lo sviluppo di una popolazione di persone incapaci di funzionare se non sotto l'influsso della sostanza, oggettivamente depauperate di una parte consistente delle risorse umane in una specie di grande esperimento di massa incontrollato e dagli esiti a lungo termine imprevedibili» (*ibidem*). Esiti imprevedibili, in particolare, secondo l'Autore, perché gli effetti sul lungo periodo di questi farmaci (prescritti per cicli di cura sempre più protratti) non possono esse-

re davvero conosciuti vista la loro recente introduzione sul mercato. Sembrerebbe dunque che stia emergendo una più generale perplessità, un dubbio su ciò che sta accadendo e ciò mi ha fatto sperare nella possibilità di un dibattito sulla questione che interessi anche i medici di base (i principali prescrittori di antidepressivi) i quali, forse troppo pressati dalle formazioni *ad hoc* appaltate dalle istituzioni pubbliche alle case farmaceutiche col nome di “educazione continua in medicina”, cominciano a volerci veder chiaro in ciò che in questo delicatissimo ambito viene loro quotidianamente proposto.

Da parte mia posso contribuire con una revisione del tema dal punto di vista etnopsichiatrico. Ho raccolto per questo la bibliografia più recente in merito, cercando anche nelle banche dati medico-psichiatriche attraverso parole-chiave variamente combinate tra loro: depressione, malinconia, epidemiologia, cultura, etnia, razza. Dall'imponente numero di lavori emersi, ho selezionato e letto quelli più recenti e a mio parere più interessanti. Una prima evidenza, che merita di essere segnalata, emerge dall'analisi di questa letteratura: nella stampa medico-psichiatrica anglosassone, e in particolare statunitense, i termini *ethnicity* e addirittura *race* sono utilizzati con disinvoltura in riferimento alle sempre più consistenti “minoranze culturali” presenti in quel Paese, senza tutti quei distinguo e timori che accompagnano, o proscrivono, l'uso di questi termini in Europa e in particolare in Italia. I lavori scelti si possono poi suddividere in due grandi gruppi: quelli che appartengono all'area della psichiatria culturale e quelli che appartengono all'area etnopsichiatrica. Distinguo la psichiatria culturale (nelle sue varianti: psichiatria trans-, inter- e cross-culturale) dall'etnopsichiatrica, perché considero la prima come una psichiatria che intende tradursi in tutte le lingue, rimanendo però pur sempre una psichiatria; e la seconda come il risultato del travaglio di quell'area delle discipline della psiche che ha accettato di confrontarsi seriamente e lealmente con altre discipline (per esempio antropologia, etnologia, sociologia), con altre visioni antropocosmologiche, con altri modelli dell'esserci-nel-mondo, con altri sistemi di presa in carico, cura e terapia. Da questo punto di vista, l'etnopsichiatrica non appartiene più all'area psichiatrica, non è un suo settore iper-specialistico, ma è un saper-fare inedito (la cui struttura portante è metodologica) cui concorre la psichiatria nel momento in cui, divenuta consapevole di essere il prodotto di un determinato divenire storico, si apre al confronto con altre discipline e altri sistemi, risultati di altre storie. La differenza tra la psichiatria culturale e l'etnopsichiatrica è anche segnalata dal loro diverso successo: la prima si integra più facilmente nei vari sistemi istituzionali (università, società di psichiatria, ecc.) di quanto possa farlo la seconda, che

si propone spesso come pungolo, stimolo destinato a sospendere le routine e attivare riflessioni critiche e innovazioni. Generando più domande che risposte, l'etnopsichiatria intralcia spesso le procedure codificate imponendo la centralità delle relazioni, e perciò suscita una comprensibile diffidenza in chi è interessato all'istituzione delle routine necessarie all'erogazione di prestazioni standardizzate e ripetitive (sia nei servizi sanitari che nell'istruzione). Dalla revisione della letteratura esaminata, credo sia legittimo trarre alcune conclusioni: anche se non sono ancora oggetto di consenso generale, mi sembrano tuttavia sufficientemente ben fondate da poter essere considerate almeno come ipotesi verosimili.

### *Superamento della diatriba sull'universalità delle forme depressive*

Il periodo dell'opposizione tra chi sosteneva l'universalità della depressione e chi la negava mi sembra definitivamente tramontato. Questa opposizione, e le diatribe che ha generato, ha una lunga storia. Fu addirittura E. Kraepelin a pubblicare nel 1904 il primo articolo di psichiatria comparativa (*Vergleichende Psychiatrie*). Per ciò che riguarda la depressione, scriveva, riferendosi ai ricoverati nel manicomio di Buitenzorg a Giava: «[...] anche il quadro della psicosi maniaco-depressiva mostra alcune diversità. La più importante, è che la depressione franca è molto rara; quando è presente, è in generale mascherata e transitoria. Non sono mai espresse idee di peccato [...]» (KRAEPELIN E. 1996 [1904]: 197) Più tardi, medici e psichiatri coloniali (per esempio: CAZANOVE F. 1927) affermarono che la depressione non era presente tra le popolazioni nero-africane rurali; e questo perché la mente nera era più semplice, espressione di strutture cerebrali meno evolute. Il dolore morale era considerato una prerogativa riservata ai bianchi, cristiani, civilizzati e colti. Ancora nel 1956 T. A. Lambo poteva scrivere che non c'erano "depressioni psicotiche classiche" in Africa (LAMBO T. A. 1956), ma già nel 1960 dichiarò che c'erano molti maniaco-depressivi (LAMBO T. A. 1960). In una revisione della letteratura sull'argomento dal titolo *Il cambiamento del quadro dei disturbi depressivi in Africa. Un fatto o una moda diagnostica?*, R. Prince notava come tra gli articoli da lui recensiti relativi all'Africa, i 14 pubblicati prima del 1957 riferivano che quasi nessun caso di depressione era stato osservato; i 20 pubblicati tra il 1957 e il 1965 presentavano invece la depressione come un disturbo molto frequente (PRINCE R. 1968). Per introdurre subito un tema che mi pare centrale (quello del rapporto tra disturbo e dispositivi di cura), sottolineo che proprio nel 1951 fu scoperto il primo antidepressivo (l'iproniazide) e

nel 1957 l'imipramina, primo vero farmaco antidepressivo a larga diffusione. Il momento di queste scoperte coinciderebbe dunque esattamente col momento della "scoperta" della depressione in Africa.

Poi, altri Autori sostennero che fuori dall'Occidente la depressione era presente, ma mascherata da disturbi somatici e neurovegetativi senza causa organica (per l'Africa, si veda per esempio CAROTHERS J. C. 1951) o da altri disturbi psichici a sintomatologia del tutto differente (a proposito della corrispondenza tra "bouffées deliranti" e depressione mascherata, si veda per esempio HANCK Charles - COLOMB Henri - BOUSSAT Michel 1976). Fu poi J. Leff a sostenere che molte culture non occidentali non disponevano degli strumenti verbali per esprimere le emozioni; e che questo influenzava la sintomatologia psicopatologica (LEFF J. 1992 [1988]). Queste osservazioni e interpretazioni, che mettevano in relazione l'eventuale assenza di disturbi depressivi non, per esempio, con la presenza in quelle società di preziosi fattori di protezione ma con una difettualità neurologica, psicologica o culturale dei Neri, produssero come è naturale le reazioni indignate dei primi psichiatri africani. Sostenuti anche dal diffondersi nei loro paesi dei farmaci antidepressivi e della loro promozione, essi rivendicarono la capacità dei Neri-Africani di deprimersi proprio come i bianchi. Per esempio, al Simposio regionale su psichiatria e cultura organizzato dall'Associazione mondiale di psichiatria nel 1981 a Dakar (Senegal) e finanziato dai laboratori Janssen-Le Brun, Spécia e Squibb, una parte centrale fu dedicata a osservazioni di psichiatri africani sulle varie manifestazioni depressive (più o meno mascherate) in Africa (COLLIGNON R. cur. 1981). Sembrava dunque che, anche se con vari contorsionismi e abbassando sempre più il livello di coerenza epistemologica (fino a non essere più chiaro come e perché potessero essere chiamate depressive forme che apparivano in tutt'altro modo, in assenza di una teoria eziologica forte e condivisa), l'ambiente psichiatrico si fosse accordato nel sostenere che i disturbi depressivi sono universali e presenti anche là dove, forse per un difetto dei sistemi di osservazione, non sono ancora stati descritti. Tuttavia, alcuni contributi fuori dal coro riproponevano il problema epistemologico posto, per esempio, dal fatto che in molti sistemi culturali non esiste un termine equivalente a "depressione" (per esempio, BIBEAU G. 1981: 45-50) e che, applicando alla lettera gli strumenti di screening e diagnostici proposti da agenzie internazionali (come l'Organizzazione mondiale della sanità), non era in certi casi (anche con rilevazioni epidemiologiche di comunità metodologicamente accurate) rilevabile alcun caso di depressione (per esempio, COPPO P. 1984).

Credo che oggi si possa dire che l'opposizione tra universalismo e non universalismo dei fenomeni depressivi è nata da un equivoco, dalla non



distinzione tra la sofferenza che può diventare depressione (sofferenza che è certo genericamente umana) e la depressione stessa, intesa come oggetto culturale specifico, insieme originale e indissociabile costituito da quella sofferenza più il dispositivo teorico-pratico della psichiatria, sistema culturalmente specifico incaricato di trattarla (insieme che risulta da una storia particolare).

Confortato da contributi provenienti da gruppi di lavoro che abbinano l'approccio psichiatrico a quello etno-antropologico (KLEINMAN A. - GOOD B. J. 1985, BENEDEUCE R. - COLLIGNON R. cur. 1995, DECH H. cur. 1996) credo di potere, circa l'universalità o meno dei disturbi depressivi, sostenere ragionevolmente l'ipotesi seguente: *ciò che è universale non è la categoria della psichiatria ("disturbi depressivi") ma l'esperienza di una sofferenza sine materia che, quando esca dalla normalità (più per durata che per intensità) trova in Occidente<sup>(1)</sup> e nel contenitore nosografico "Disturbi Depressivi" una delle possibili forme e uno dei possibili destini. In altri contesti, forme e destini possono essere altri. Una simile ipotesi porta in primo piano la complessità delle dinamiche che legano la sofferenza genericamente umana al lavoro delle specifiche culture.*

### *La depressione come sindrome ordinata dalla cultura*

Tra i meriti dell'antropologia medica e dell'etnopsichiatria c'è quello di aver dato risalto a una specifica funzione delle culture umane: la funzione patoplastica. Si tratta della dinamica, propria a tutte le culture, che predispone per la sofferenza umana generica forme specifiche: comunicabili, negoziabili e lavorabili nell'ambito di un contesto dato. Ogni cultura infatti allestisce, attraverso un complesso lavoro cui concorrono saper-fare laici ed esperti, dei contenitori, degli stampi in cui può essere versata la sofferenza di ciascuno. Altrove (COPPO P. 2003: 154) ho riassunto una generica "via della malattia", via nella quale l'"informazione culturale" (informazione: messa in forma) della sofferenza ha un ruolo centrale. Altri hanno ricostruito il processo storico che ha portato alla psicopatologia (come ambito disciplinare) e alla costituzione di alcune sue categorie (per esempio, SHORTER E. 1993 [1992]). Come è risaputo, è grazie alla funzione patoplastica che in specifici contesti si formano sindromi non presenti altrove: *culture bound syndrome* (CBS) appunto, sindromi modellate dalla cultura. S. Inglese e C. Peccarisi, che ne hanno fatto un inventario recensendone svariate decine (INGLESE S. - PECCARISI C. 1997), propongono di tradurre il termine inglese con "sindromi ordinate dalla cultura", dove "ordinate" è da intendere nel doppio senso di "messe in ordine" e "prescritte". La

psichiatria ha finora descritto come CBS fenomeni osservati in altre culture senza supporre (poiché tende a considerare i suoi oggetti “natural” e quindi universali) di essere interessata dalla stessa dinamica. È solo con il travaglio recente, e in particolare con l’apporto dell’etnopsichiatria e dell’antropologia medica<sup>(2)</sup>, che si è fatta strada l’ipotesi che alcune sindromi osservate in Occidente e considerate dalla psichiatria universali perché “natural”, e cioè biologicamente determinate, potrebbero essere considerate legate alla cultura.

Georges Devereux, per esempio, ha trattato la schizofrenia come “malattia etnica”:

«Considero la schizofrenia quasi incurabile, non perché essa sia dovuta a fattori organici, ma perché i suoi sintomi principali sono sistematicamente mantenuti in vita da taluni dei valori più caratteristici, più potenti – ma anche più insensati e disfunzionali – della nostra civiltà.» (DEVEREUX G. 1978 [1973, 1965]: 226).

Per ciò che riguarda la depressione, G. Obeyesekere, un antropologo che ha lavorato in Sri Lanka, ha scritto:

«La mia tesi è che ciò che è chiamato depressione in Occidente è una serie di affetti dolorosi che hanno a che fare con la tristezza e sono determinati da varie condizioni precedenti – genetiche, socioculturali e psicologiche. Questi affetti esistono nella società occidentale in una condizione di relativo disancoramento (*free-floating*): non sono ancorati a una ideologia e quindi sono identificabili e riconducibili all’etichetta di malattia. Ma questo non è necessariamente il caso in altre società dove questi affetti non sono disancorati ma invece sono inclusi, inglobati (*locked*) in modo intrinseco in sbocchi esistenziali e catene di significato culturali e filosofici più ampi.» (OBEYSEKERE G. 1985: 134-135).

La depressione (intesa come sindrome psicopatologica) sarebbe dunque ciò che la società occidentale fa di quella serie di affetti dolorosi che hanno a che fare con la tristezza, che sono nelle società moderne e alto-moderne inglobate (*locked*) nei sistemi medico-psichiatrici, ma che in altre culture lo sono in sistemi culturali e filosofici non medici. In altri termini, ciò che noi chiamiamo “depressione” sarebbe uno stampo culturale specifico, prodottosi nella storia dell’Occidente; una categoria in cui trova posto la sofferenza umana quando divenga eccessiva (soprattutto per durata).

In effetti, diversi fatti confermano questa ipotesi.

Il termine “depressione” compare in Europa attorno al 1920, come risultato di un lungo processo dove si confusero, agli inizi del ’900, l’evoluzione del concetto di melanconia (elaborato soprattutto da medici, filosofi, chierici e artisti) e le nozioni neuropsichiatriche attorno al tema della stanchezza, perdita di iniziativa, tristezza senza causa apparente (sindrome definita di

volta in volta nell'800 come irritazione o neurastenia spinale; nel '900 come neurastenia). In nessun altro sistema, laico o esperto, si trova un concetto analogo: non, per esempio, nell'Ayurveda (RAO A. V. 2000) e neppure, come abbiamo visto, nei sistemi sapienti africani.

L'apparizione e la diffusione della depressione in Europa è stata ben descritta da diversi Autori (per esempio, LÓPEZ PIÑERO J. M. 1983, SHORTER E. 1993 [1992]). H. B. M. Murphy dal canto suo descrive così la comparsa e la diffusione alla fine del '700 in Inghilterra della "malattia inglese" (che per molti aspetti corrispondeva alla forma moderna della depressione), e le condizioni che la favorirono.

«Perché avrebbe dovuto esserci una associazione in quell'epoca tra società inglese e depressione e perché avrebbe dovuto prodursi quel cambiamento nella sintomatologia illustrato nelle descrizioni di Burton e Baxter e che in seguito si diffuse in gran parte dell'Europa? Se si considera che il periodo durante il quale in Inghilterra c'era un eccesso di questo disturbo va dai tempi elisabettiani fino circa al 1750, allora ci troviamo precisamente nel posto e nel periodo che storici e sociologi hanno identificato come il più importante per il sorgere del capitalismo e l'avvento della rivoluzione industriale. Per giunta, l'autore che ci ha dato la prima descrizione reale del cambiamento sintomatologico, Baxter, è anche colui che Max Weber cita regolarmente come un'autorità e un leader nell'ambito delle nuove posizioni del cristianesimo verso l'accumulazione del capitale e la lotta per il successo in questo mondo. Potrebbe essere dunque un'ipotesi di lavoro ragionevole pensare che possa esserci una connessione tra le forze nella società inglese che hanno contribuito al sorgere del capitalismo e quelle che hanno contribuito al cambiamento del carattere e della frequenza della melanconia. Tenendo presente le teorie attuali che riguardano l'origine dei disturbi affettivi, vengono in mente tre di queste forze o movimenti. Il primo è il protestantesimo, che porta con sé non soltanto il nuovo atteggiamento verso la competizione individuale sottolineata da Weber, ma una nuova relazione, più consapevole e potenziale veicolo di colpa, tra uomo e Dio. Il secondo è il cambiamento nelle modalità di allevamento della prole descritto da Philippe Ariès, che portava non soltanto a una maggiore enfasi sul modellamento del futuro adulto ma anche a una più importante relazione tra genitori e bambini. Il terzo è il significativo incremento della mobilità geografica e l'individualismo economico elettivo, che ha portato a una riduzione dei legami sociali stretti e quindi delle sorgenti di sostegno emotivo, qualcosa che potrebbe essere simile a uno svezamento.

Ognuno di questi cambiamenti o forze difficilmente, da solo, avrebbe potuto produrre sia l'aumento della melanconia che il cambiamento nella sua sintomatologia che qui ci interessa; ma insieme potrebbero aver avuto un tale effetto. [...] Un quarto fattore indipendente dal capitalismo che potrebbe aver influenzato la sintomatologia di cui ci occupiamo è la diffusione delle idee cartesiane circa il dualismo mente-corpo, cosa che rese sempre più difficile attribuire tormenti spirituali o mentali a cause fisiche e portò la

gente a cercare nelle loro menti piuttosto che nei loro corpi la causa della melanconia.

Ci sono dunque parecchi interessanti segnali di possibili connessioni tra disturbi affettivi e forze socioculturali in questa storia, ma non c'è una causa sola alla quale si possano attribuire i cambiamenti nella frequenza e nella sintomatologia della depressione» (MURPHY H.B.M. 1982: 119).

Le connessioni tra religione e la forma moderna della depressione sono state sottolineate anche da E. Pewzner-Apeleig (PEWZNER-APELEIG E. 2000 [1992]), che, applicando alla cultura europea le stesse metodiche usate in etnopsichiatria nei confronti di altre culture, dimostra come la religione, insieme agli altri grandi sistemi culturali, lascia in ciascun umano un'impronta specifica e permanente, modellando in particolare l'espressione del malessere. Lo sviluppo dell'interiorità psicologica e dell'idea di peccato, e quindi di colpa, è andato di pari passo con l'organizzarsi delle grandi religioni dell'Occidente: quella ellenica, quella ebraica e quella cristiana; ma è soprattutto quest'ultima ad aver portato a compimento l'installazione del senso del peccato e della colpa nel cuore stesso dell'interiorità dell'individuo, facendone la caratteristica squisitamente umana, quella che dovrebbe fondare l'essere umano generico. A sua volta, la teoria psicanalitica, proponendo come snodo cruciale il sentimento di colpa edipico, ha finito col formalizzare, e "naturalizzare" dandole così una veste "scientifica", questa modalità di esserci-nel-mondo.

Infine, nella costituzione dello specifico conglomerato costituito in Occidente dall'insieme della sofferenza e del sistema che la tratta, un ruolo importante, messo in luce in particolare da P. Pignarre, spetterebbe alle interazioni tra la fabbricazione dei rimedi (in questo caso i farmaci antidepressivi) e la costituzione di gruppi statistici di pazienti che corrispondano alla loro azione (PIGNARRE P. 2000). Le modalità di fabbricazione e disponibilità di farmaci sintomatici avrebbe quindi certamente contribuito a estendere, confermare ed esportare l'uso della categoria nosografica, definitasi anche a partire dalla loro azione.

### *Contributi dall'area della psichiatria culturale*

Sono disponibili nella recente letteratura numerosissimi contributi rivolti a definire in vari gruppi umani la quantità dei disturbi depressivi (rilevati attraverso i comuni strumenti diagnostici standardizzati) e le loro variazioni sintomatiche, nonché a identificare eventuali fattori di protezione o rischio attivi nelle diverse situazioni. In alcuni casi è stata indagata anche

l'adesione o la recalcitranza dei pazienti nei confronti delle terapie psichiatriche più comuni (farmacoterapia e *counseling*). Una buona parte degli studi pubblicati riguarda minoranze etniche che vivono in Nord America (USA e Canada). In generale, risulta che le forme depressive rilevate dagli strumenti diagnostici della psichiatria variano per frequenza nei vari campioni; frequenza correlata con la presenza o meno di fattori di protezione e/o di rischio. Riassumo brevemente alcuni di questi lavori. Per esempio, uno studio su lavoratori agricoli immigrati dal Messico negli USA (HOVEY J. D. - MAGAÑA C.G. 2002) si è proposto di definire i tassi di prevalenza<sup>(3)</sup> di ansia e depressione; di esplorare la relazione tra stress acculturativo, ansia e depressione; di esaminare le variabili che possono meglio predire ansia e depressione. Nel gruppo esaminato (75 persone, 38 donne e 37 uomini), usando strumenti diagnostici standardizzati (*Center for epidemiologic studies depression scale, CES-D*, per la depressione; per l'ansia, la scala del *Personal assessment inventory*), sono stati registrati livelli di depressione e ansia elevati. Gli individui che vivevano un più alto "stress acculturativo" (misurato con la *SAFE Scale*) avevano i punteggi più alti nelle scale della depressione e dell'ansia. Problemi familiari, basso supporto sociale, bassa autostima, disaccordo sulla decisione di migrare, alti livelli di scolarizzazione, alti livelli di stress acculturativo e alti livelli di ansia erano associati con alti livelli di depressione in modo statisticamente significativo.

Un altro studio (WHITBECK Les B. - McMORRIS Barbara J. - HOYT Dan R. - STUBBEN Jerry D. - LAFRAMBOISE Teresa 2002) cerca di chiarire, a partire dal dato ormai acquisito che gli Indiani Americani adulti soffrono di disturbi depressivi con frequenze di varie volte superiori (4/6 volte) a quelle rilevate negli adulti della popolazione generale, quali siano i fattori associati con i disturbi depressivi in un gruppo di 287 adulti nativi residenti in tre diverse riserve dell'Upper Midwest (regione dei grandi laghi, USA). In generale, i fattori predittivi dei punteggi più alti nella scala per la depressione (sempre la CES-D) erano gli stessi osservati in USA e in Europa nella popolazione generale: esperienze infantili di rifiuto genitoriale, difficoltà economiche, eventi di vita negativi; mentre il supporto sociale agiva come fattore di protezione. Lo studio tuttavia ha messo in luce tre fattori specifici in questa popolazione: la "discriminazione percepita" raddoppia la possibilità di un alto punteggio per la depressione; la partecipazione a pratiche tradizionali (cerimonie, attività artigianali di gruppo ma anche individuali come la lavorazione delle pelli, la decorazione con perline, la pesca con l'arpione, eccetera) agisce come fattore di protezione (riduzione per ogni unità di aumento del 29% delle probabilità di eccedere il *cut-off* della CES-D); c'è una interazione importante tra l'effetto della discriminazione

percepita e quello della partecipazione alle pratiche tradizionali (gli individui con legami culturali più deboli sono più suscettibili agli effetti negativi della discriminazione percepita). Gli Autori si interrogano sulle ragioni dell'efficacia protettiva delle pratiche tradizionali (che non sempre richiedono affiliazione e neppure, spesso, vengono svolte collettivamente) e sulla eventuale azione di un altro fattore non esplorato in questo contesto ma conosciuto per altri studi: il "cordoglio storico" (*historical grief*) che affligge i popoli in via di sparizione.

In generale gli studi esaminati disegnano un ricco ventaglio di fattori che possono, insieme, configurare i tratti delle situazioni più esposte al rischio depressivo e di quelle protette (Tab. I).

Tab. I  
PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO E PROTEZIONE

<b>Fattori di rischio</b>
Deprivazione economica (PATEL V. - RODRIGUES M. - DE SOUZA N. 2002)
Perdita di controllo sulla situazione lavorativa (KOPP M.S. - SKRABSKI A. - SZEDMÁK S. 2000)
Scarso Supporto Sociale (KOPP M.S. - SKRABSKI A. - SZEDMÁK S. 2000)
Scarso Capitale Sociale (CAUGHY M.O. - O'CAMPO P.J. - MUNTANER C. 2003)
Problemi familiari (HOVEY J.D. - MAGAÑA C.G. 2002)
Infanzie abusate, non protette, non accolte (WHITBECK Les B. - MCMORRIS Barbara J. - HOYT Dan R. - STUBBEN Jerry D. - LAFRAMBOISE Teresa 2002)
Non sostegno da parte del partner e sesso del neonato (per Depressione post-partum) (PATEL V. - RODRIGUES M. - DE SOUZA N. 2002)
Perdita dei nessi tra individuo e società (WILLIS Leigh A. - COOMBS David W. - COCKERHAM William C. - FRISON Sonia L. 2002)
Bassa Autostima (HOVEY J.D. - MAGAÑA C.G. 2002)
Discriminazione Percepita (WHITBECK Les B. - MCMORRIS Barbara J. - HOYT Dan R. - STUBBEN Jerry D. - LAFRAMBOISE Teresa 2002)
<i>Emotion-focused coping</i> (NOH S. - KASPAR V. 2003)
Ostilità dell'ambiente (KOPP M.S. - SKRABSKI A. - SZEDMÁK S. 2000)
Stress acculturativo (HOVEY J.D. - MAGAÑA C.G. 2002)
Basso <i>Communal-Mastery</i> (HOBFOLL S.E. - JACKSON A. - HOBFOLL I. 2002)
Strategia di integrazione culturale (doppio binario) invece di assimilazione adattativa, non deculturante (OH Y. - KOESKE G.F. - SALES E. 2002)
Lutto storico: appartenere a un popolo in estinzione (WHITBECK Les B. - MCMORRIS Barbara J. - HOYT Dan R. - STUBBEN Jerry D. - LAFRAMBOISE Teresa 2002)

*segue tabella*

Fattori di protezione
<i>Problem-focused coping</i> (NOH S. - KASPAR V. 2003)
Alto <i>Communal-Mastery</i> (più attivo del <i>Self-Mastery</i> ) (HOBFOLL S.E. - JACKSON A. - HOBFOLL I. 2002)
Alto Supporto Sociale (KOPP M.S. - SKRABSKI A. - SZEDMÁK S. 2000)
<i>Self-Mastery</i> (HOBFOLL Stevan E. - JACKSON Anita - HOBFOLL Ivonne - PIERCE Charles A. - YOUNG Sara 2002)
Alta autostima (HOVEY J.D. - MAGAÑA C.G. 2002)
Identificazione culturale e pratiche culturali (WHITBECK Les B. - MCMORRIS Barbara J. - HOYT Dan R. - STUBBEN Jerry D. - LAFRAMBOISE Teresa 2002)
Pratiche tradizionali (cerimonie, uso della lingua, attività tradizionali: perline, riso, pesca con arpione, cerimonie, raccolta di bacche, caccia, giochi tribali, confezione di coperte, conca di pelli, ecc.) (WHITBECK Les B. - MCMORRIS Barbara J. - HOYT Dan R. - STUBBEN Jerry D. - LAFRAMBOISE Teresa 2002)
Continuità Culturale (CHANDLER M.J. - LALONDE C. 1998)

Alcuni dei fattori citati richiedono una spiegazione, essendo stati introdotti di recente in questo ambito di ricerche. Il *supporto sociale* viene misurato con vari strumenti già da tempo in psichiatria; si tratta del numero di persone di cui possiamo fidarci e che potremmo interpellare in caso di aiuto. Il *capitale sociale* consiste invece nelle norme di fiducia, reciprocità e implicazione nel benessere della comunità; è il sentimento che i membri di un gruppo hanno di appartenenza, dell'importanza di ciascuno per l'altro e per il gruppo; è la convinzione che i bisogni dei singoli possano trovare una soluzione migliore se vengono affrontati collettivamente. Anche il capitale sociale viene misurato con strumenti; nello studio citato (CAUGHY M. O. - O'CAMPO P.J. - MUNTANER C. 2003) lo strumento utilizzato è la scala del *Parental psychological sense of Community* (Psoc). La *discriminazione percepita*, misurabile con una apposita scala (NOH S. - KASPAR V. 2003: 234) riguarda l'esperienza di essere stati discriminati per via dell'appartenenza a un determinato gruppo: essere stati per esempio trattati per questo rudemente, insultati, picchiati, offesi, respinti da negozi o ristoranti, esclusi o ignorati manifestamente, sottoposti ad attese inutili o a umiliazioni. L' *Emotion focusing coping* e il *Problem focusing coping* sono due diversi stili di risposta alla *discriminazione percepita*. In un caso si reagisce con accettazione passiva o con azioni per dimenticare (una partita a videogiochi, immergersi nella televisione, isolarsi per gridare o piangere); nell'altro con azioni di contrasto appropriate: proteste dirette e tentativi di far cambiare posizione a chi offende, denunce alle autorità o ai media, discussioni in famiglia e con amici. *Self mastery* è stato definito come la convinzione che

l'individuo ha di poter superare gli ostacoli e far fronte alle circostanze basandosi solo sul suo proprio sforzo; mentre *Communal mastery* è il sentimento che gli individui hanno di poter superare le difficoltà e le sfide della vita perché sono interconnessi in una rete sociale fitta e attiva.

In un articolo dove si analizzano i fattori di rischio e protezione non per la depressione ma per il suicidio giovanile tra i nativi canadesi, M. J. Chandler e C. Lalonde introducono la nozione di *continuità culturale* misurata in base alla presenza o meno di alcuni indicatori: la proprietà della terra, il controllo della comunità su scuola e sanità, la partecipazione ai servizi di polizia e di pompieri, la presenza o meno sul territorio di un luogo o un edificio dove poter svolgere attività connesse con la cultura di origine (musica, cerimonie, attività artigianali, ecc.). Là dove tutti gli indicatori di continuità culturale erano presenti, gli Autori hanno rilevato un tasso di suicidi giovanili nullo o in ogni caso molto inferiore rispetto ai gruppi dove gli indicatori di continuità erano assenti. Gli Autori ipotizzano dunque che la continuità culturale costituisca un supporto a quella del Sé, e che cioè nei passaggi critici dell'esistenza di ciascuno (adolescenza, migrazione, eventi negativi, ecc.) la continuità culturale si costituisca in una sorta di rete di sicurezza collettiva che consente, a chi cade, di rialzarsi e riprendere il cammino.

Da più parti viene inoltre sottolineato l'aspetto patogenetico della *deculturazione*; soltanto se si danno le condizioni (modalità e tempi) per un'*acculturazione non deculturalizzante* il processo si risolve in un arricchimento delle individualità e dei gruppi coinvolti e non in una loro fragilizzazione. Per ciò che riguarda la migrazione (in questo caso specifico, quella coreana in Usa) la questione centrale sarebbe dunque: «Come possono gli immigrati essere progressivamente e profondamente coinvolti e immersi nella cultura che li ospita, adottarne la lingua e stringere relazioni con la gente, pur non abbandonando le pratiche culturali tradizionali, i valori e il nucleo identitario etnico?» (OH Y. - KOESKE G. F. - SALES E. 2002: 522). Molti anni prima, e riferendosi proprio ai disturbi depressivi e al suicidio, altri Autori avevano segnalato lo stesso problema ma su scala molto più vasta: «La vera profilassi sarebbe dunque quella di evitare la deculturazione senza opporsi al necessario progresso tecnico. Ora, quello che l'Occidente apporta all'Africa, accanto all'aiuto tecnico, è proprio una aggressione culturale senza precedenti» (COLLOMB H. - COLLIGNON R. 1995 [1974]: 108).

Infine, e uscendo dalla discussione sui fattori di protezione e rischio, in una revisione dei recenti sviluppi dell'analisi degli aspetti psicosociali del-



la depressione, T. Harris (HARRIS T. 2001) segnala due tipi di eventi che risultano giocare un ruolo di primo piano nel precipitare l'esordio depressivo o la sua remissione. I primi sono definiti di *humiliation/entrapement* (H/E): eventi cioè segnati da "umiliazione e intrappolamento", dove una perdita significativa (di una persona cara, di oggetti, di idee o di un ruolo) si accompagna a un vissuto di vergogna o umiliazione al quale non si può reagire (un licenziamento subito per bancarotta della ditta sarebbe, per esempio, meno efficace nell'indurre depressione di un licenziamento *ad personam*). I secondi, che precedono la remissione dei sintomi depressivi, sono definiti come *fresh start experience* (FSE): si tratta di eventi anche casuali ma che avviano un'esperienza nuova (come la risposta positiva, improvvisa e ormai inaspettata a una vecchia richiesta di impiego; un incontro che inaugura una nuova relazione o ne riattiva inaspettatamente una sospesa; l'inizio di una psicoterapia; ecc.).

### *Altre vie di elaborazione della stessa sofferenza: contributi dall'area etnopsichiatrica*

In etnopsichiatria, ma ben prima in antropologia, si è posta la questione di come possano essere tradotte da una lingua all'altra parole di cui non esistano immediati corrispondenti. Per esempio, "depressione" è immediatamente tradotta in lingue vicine con *dépression*, *depression*, ecc.; ma non trova corrispondenti in lingue lontane (per esempio africane o asiatiche). Davanti a questa evidenza, la psichiatria culturale, per restare fedele al postulato della "naturalità" dell'oggetto "depressione" può solo concludere o che in quelle culture la cosa esiste ma non è riconosciuta (per mancanza di *insight*, linguaggio o altro), o che esiste e vi appare mascherata da altro (per esempio turbe somatiche, *bouffée* deliranti) oppure che non esiste (per esempio per insufficiente sviluppo della dimensione morale dell'esperienza di quegli umani). Un simile approccio è però tautologico, tende a ridurre l'altro al già conosciuto. C'è invece un altro modo di confrontarsi con l'impossibilità della traduzione immediata, ben più generativo di conoscenza e rispettoso dell'alterità, ma più laborioso e complesso. Ernesto de Martino, che l'aveva praticato nella sua pratica etnografica, così lo descrive:

«[l']etnografo è chiamato [...] ad esercitare una *epoché* etnografica che consiste nell'inaugurare, sotto lo stimolo dell'incontro con determinati comportamenti culturali alieni, un confronto sistematico ed esplicito tra la storia di cui questi comportamenti sono documento e la storia culturale occidentale

che è sedimentata nelle categorie dell'etnografo impiegato per osservarli, descriverli e interpretarli: questa duplice tematizzazione della propria storia e della storia aliena è condotta nel proposito di raggiungere quel fondo universalmente umano in cui il "proprio" e l'"alieno" sono sorpresi come due possibilità storiche di essere uomo, quel fondo, dunque, a partire dal quale anche "noi" avremmo potuto imboccare la strada che conduce all'umanità aliena che ci sta davanti nello scandalo iniziale dell'incontro etnografico. Il questo senso l'incontro etnografico costituisce l'occasione per il più radicale esame di coscienza che sia possibile all'uomo occidentale» (DE MARTINO E. 2002 [1977]: 390-391).

E altrove:

«Per una completa storicizzazione delle civiltà dei popoli illetterati noi dovremmo quindi poter riportare alla memoria proprio l'antichissima scelta culturale nella quale ci dividemmo imboccando cammini diversi, e dovremmo successivamente risalire il processo indipendente che ne è seguito, sino alla situazione attuale, etnograficamente osservabile [...]» (DE MARTINO E. 2000 [1975, 1958]: 11, nota 8).

Anche gli antropologi che hanno lavorato per superare i limiti dell'epidemiologia medica in vista di una "epidemiologia antropologica" propongono un analogo approccio.

«Il progetto comparativo transculturale non è possibile che a condizione di restituire in un primo tempo il senso originario che ogni cultura assegna all'amore, alla depressione e a ogni elemento della vita. Se non siamo autorizzati a imporre dall'esterno i nostri propri valori, categorie e idee, l'unica soluzione che ci rimane è di penetrare in una cultura specifica e render conto del punto di vista originale che questa cultura si fa dei fenomeni che ho appena indicato. L'impresa transculturale non può riposare in definitiva che sulla base di numerosi lavori intraculturali sistematici e completi.» (BIBEAU G. 1981: 42).

Per queste vie appaiono le diverse configurazioni di analoghi territori dove, per esempio, le separazioni tra individuo e gruppo, tra visibile e invisibile, tra i momenti della prevenzione, presa in carico, cura e terapia si articolano e si svolgono altrimenti, pur sempre nell'ambito di quel generico funzionamento delle culture di cui fanno parte, per esempio, i processi di attribuzione di senso, di ritualizzazione del disordine, di negoziazione e soluzione. Altrove ho dato degli esempi di questo modo di procedere nel campo dell'etnopsichiatria e dell'etnomedicina (per esempio, COPPO P. - FIORE B. - KONÉ N. 1990, COPPO P. 2003: 83-89).

La stessa sofferenza che in Occidente viene versata nello stampo "Disturbi Depressivi" viene accolta altrove in diversi repertori (insieme vie di attribuzione di senso e pratiche destinate a lavorarla), di cui quelli che seguono sono alcuni esempi.

### 1. Repertorio del lutto, del passaggio della morte.

Si tratta qui della dinamica della perdita, che sia di una persona amata, di un bene materiale, di un oggetto significativo, di un ideale dell'Io, di un ruolo, di una ideologia. Eventi di questo tipo, fortemente significativi, necessitano di un lavoro, il lavoro del lutto, per uscire dall'orizzonte occluso della perdita e riavviare dinamiche vitali. Tra le altre caratteristiche proprie a ogni cultura, vi è anche il tipo di collocazione che essa riserva alla caducità e alla morte: in alcuni casi questi limiti, impliciti nell'esistenza umana, vengono per quanto possibile nascosti e rimossi; in altri vengono apertamente lavorati e accompagnano passo per passo la parabola dell'esistenza. Ciò potrebbe significare che alcune culture sono più indifese, più esposte alle conseguenze patologiche del trauma della perdita di quanto lo siano altre, nelle quali dispositivi di prevenzione e, si potrebbe dire, di "cura omeopatica" (attraverso l'esposizione periodica a perdite e lutti ritualizzati e simbolici, e attraverso la partecipazione comunitaria a lutti e perdite subiti da altri dello stesso gruppo) rafforzano la capacità di integrare queste esperienze critiche senza eccessivi squilibri (soprattutto, senza crisi troppo protratte nel tempo). Molte sono le osservazioni da parte di antropologi ed etnopsichiatri, di come specifiche culture lavorano la caducità e la morte. Ernesto de Martino, per esempio, ha sottolineato l'importanza di questo lavoro contro il rischio che la perdita della persona cara trascini con sé la possibile perdita del soggetto immerso nel lutto.

«Il rischio di non poter oltrepassare tale situazione, di restare fissati e polarizzati in essa, senza orizzonti di scelta culturale e prigionieri di immagini parassitarie costituisce la seconda decisiva morte che l'evento luttuoso può trascinarsi dietro; perciò nella morte della persona cara siamo perentoriamente chiamati a farci procuratori di morte di quella stessa morte, sia destinando a una nuova riplasmazione formale la somma di affetti, di comportamenti, di gratitudini, di speranze e di certezze che l'estinto mobilità in noi finché fu in vita, sia facendo nostra e continuando e accrescendo nell'opera nostra la tradizione di valori che l'estinto rappresenta. [...] La fatica di "far passare" la persona cara che è passata in senso naturale, cioè senza il nostro sforzo culturale, costituisce appunto quel vario dinamismo di affetti e pensieri che va sotto il nome di cordoglio o di lutto [...]»  
(DE MARTINO E. 2000 [1975, 1958]: 8-9).

Che un simile travaglio vada o meno a buon fine proteggendo il soggetto da quella "crisi della presenza" che può inaugurare l'esperienza psicopatologica sembrerebbe allora non dipendere *soltanto* dalle caratteristiche endopsicologiche o biografiche della persona (caratteristiche enfatizzate, per esempio da Freud e poi dal movimento psicanalitico) ma soprattutto dalle caratteristiche del contesto culturale e dalla presenza di

dispositivi simbolico-rituali attivabili a questo scopo. Ben diversa è per esempio l'esperienza della perdita e della morte là dove esse si configurano come un arresto drammatico nello svolgersi dell'esistenza dell'individuo lungo la traiettoria di un tempo lineare e irreversibile, da contesti dove invece esse si collocano in un disegno sovraindividuale e in un tempo reversibile e ciclico. Altrove, la morte può essere:

«[...] evento di continuità per la vita del gruppo, assunta paradossalmente come necessaria alla riproduzione della vita e dei ruoli, come occasione di incontro e di scambio (di rinnovata alleanza) tra villaggi vicini. La morte riconosciuta come limite ineluttabile, e per ciò stesso oggetto di una complessa strategia simbolica che – sottraendola alla violenza dell'assurdo individuale – la restituisce nella forma di evento sempre collettivo a una comunità che, dei suoi morti, raccoglie l'eredità, i *segni*, non già nella memoria nostalgica dei singoli quanto *nel corpo stesso* dei suoi figli, nel lignaggio.» (BENEDUCE R. 1995: 9).

Si tratta dunque da un lato di sottolineare come altrove

«[...] l'evento della morte e della separazione [...] sia] assunto dalla cultura e costantemente governato all'interno di strategie simboliche costituenti nel loro insieme una sorta di vera e propria prevenzione della depressione conseguente alla separazione e alla perdita, dall'altro [di] alludere al fatto che questo è possibile nella misura in cui il sentimento di appartenenza al gruppo, al suo sistema di regole, conserva un valore quasi ontologico in molte di queste culture.» (BENEDUCE R. 1995: 19).

La centralità della morte e del lutto, e l'ambivalenza che segna per chi resta la scomparsa dell'altro, erano già state sottolineate per alcune culture africane, per esempio, da Henri Collomb:

«Numerosi quadri psicopatologici incontrati in molte società africane sia tradizionali che nel corso di significativi cambiamenti, possono essere accomunati da un comune denominatore rappresentato dalla morte: la morte quale desiderio inconfessato e inconfessabile e, qui, quale elemento in grado di strutturare nella vittima una sindrome caratterizzata soprattutto da disturbi della relazione. [...] la morte, e il desiderio di far morire l'altro, appaiono come il movente inconscio, mobilizzano attitudini individuali e collettive, orientano i comportamenti, creano i sintomi.» (COLLOMB H. 1975 [1974]: 137-146).

L'effetto della perdita o della mancanza, eventualmente associate, come abbiamo visto, a esperienze di umiliazione e di intrappolamento, possono senza dubbio indurre quella "crisi della presenza" che apre la strada ai diversi registri dell'esperienza psicopatologica.

«Il dispiegarsi delle forze naturali ciecamente distruttive, la morte fisica della persona cara, le malattie mortali, le fasi dello sviluppo sessuale, la fame insaziata come prospettiva, racchiudono – in date circostanze – l'esperienza acuta del conflitto tra la perentorietà di un "dover fare qualche cosa"

e il funesto patire del “non c’è nulla da fare”, da intendersi non già come rassegnazione morale (nel qual caso sarebbe una forza) ma come crollo esistenziale. Anche determinate esperienze della vita associata, nella misura in cui riproducono il modello naturale della forza spietata che schiaccia, aprono il varco alla possibilità della crisi: si pensi al rapporto dello schiavo rispetto al padrone, o del prigioniero rispetto al nemico che dispone della sua vita, o anche a determinate esperienze-limite di sentirsi travolto da forze economiche o politiche operanti senza e contro di noi con la stessa estraneità e inesorabilità delle forze cieche della natura. In punti nodali e in momenti critici come questi si annida la possibilità della crisi radicale e può manifestarsi quella funesta miseria esistenziale per cui ciò che passa ci trascina nel nulla ancor prima che la morte fisica ci raggiunga: ed è quella miseria una catastrofe molto maggiore di questa morte.» (DE MARTINO E. 2000 [1975, 1958]: 21-22).

Per esplorare questo repertorio, grande interesse rivestono le descrizioni etnografiche dei miti, riti, dispositivi e procedure che in ogni cultura accompagnano la morte e, più in generale, le perdite significative per l’individualità e il gruppo.

Tali dispositivi e procedure non si limitano però al periodo che segue immediatamente il decesso del congiunto, ma si svolgono secondo un calendario di azioni destinate ad accompagnare il transito del defunto fino alla sua ultima dimora (si tratta di quella «[...] fase intermedia del cadavere vivente, durante la quale il morto si avvia a morire definitivamente e a raggiungere il suo regno [...]» [DE MARTINO E. 2000 [1975, 1958]: 192], fase sostenuta e determinata dal lavoro del cordoglio). In Ghana, per esempio, alla morte di un coniuge l’altro è posto dal gruppo in una condizione transitoria di afflizione attraverso cerimonie specifiche. L’assunzione del lutto è aperta da un breve periodo di reclusione (quattro giorni) e dalla completa rasatura del capo (DE SURGY A. 1995 [1989]: 153-154). Poi, il lavoro collettivo del lutto riprende a due-tre mesi di distanza dal decesso (proprio il momento in cui maggiore è il rischio di autonomizzazione del cordoglio e di esordio del fenomeno psicopatologico depressivo). In un altro contesto, ma sempre africano, è stata descritta una pratica rituale collettiva ricca di riferimenti mitologici e di azioni simboliche destinata a proteggere una madre, che aveva perduto i figli gemelli, dall’insorgenza di un lutto patologico (AHYI R. G. 1995 [1979]).

L’esperienza che può aprire la via della malattia non riguarda solo la morte di una persona cara, ma anche la perdita di beni materiali, immagini dell’Io, oggetti significativi, ideali condivisi. Alcune culture sembrano lavorare l’attaccamento alle forme, alla loro permanenza, quasi a scopo preventivo e seguendo un loro proprio ideale di salute. G. Obeyesekere, per esempio, descrive nello Sri Lanka uno speciale rito, *sil*, tradizionalmente

riservato ai vecchi come rito di passaggio tra maturità e vecchiaia. Si tratta di un periodo di ritiro in luoghi appositi e in periodi dell'anno determinati, dove collettivamente si medita sulla degenerazione del corpo, sulla sua caducità, così come sulla caducità di tutte le cose (OBEYESEKERE G. 1985). Giustamente, poi, G. Pasqualotto sottolinea come, per analizzare forme e modi della melanconia e della depressione in Oriente, occorra andare all'origine di come l'esperienza dell'Io e quella del tempo vengono elaborate e vissute in quelle culture (PASQUALOTTO G. 2001: 107).

Infine, un caso osservato da Michel Tousignant in Ecuador riporta alla fatica, al lavoro di «far passare i morti» cui, nelle precedenti citazioni, alludeva Ernesto de Martino.

«Un giovane uomo muore il 5 luglio 1981 e lascia la sua promessa sposa nel lutto più profondo. La ragazza resta sola a vegliarlo nelle ultime ore della notte. È molto tormentata e vede il cadavere alzarsi e di nuovo sdraiarsi. Dopo il seppellimento, va a portare offerte di cibo sulla tomba del defunto. In quel momento ha la visione sconvolgente del suo fidanzato che viene a mangiare in tutta fretta; ma il cibo passa per un buco nella gola e ricade a terra. Cerca allora di accendere delle candele senza riuscirci. La comunità meticcica alla quale appartiene, informata di questi strani fatti, decide di ricorrere a una cerimonia. Dopo aver vestito la ragazza con un vestito rosso che simboleggia la gioia (in opposizione al nero che è associato al lutto), la si porta sulla cresta di una montagna che dà su una grande vallata. Una volta lì, le si ordina di gridare con tutte le sue forze all'anima dello scomparso le seguenti parole: "Addio! Non ti rivedrò più. Addio! Mi separo per sempre da te. Appartengo a questa vita. Tu ormai appartieni all'altra."» (TOUSIGNANT M. 1983: 75).

Mi preme sottolineare qui come le procedure preventive o terapeutiche in atto in altre culture siano sempre collettive e comportino delle operazioni (prescrizioni) concrete con effetti sull'assetto psicologico-cognitivo e/o relazionale delle persone; e non il contrario (procedure endopsicologiche o rivolte alla fisiologia intra-individuale per generare ricadute sugli assetti relazionali e sulle dimensioni collettive).

## *2. Repertorio del vuoto, dell'effrazione, della perdita dell'anima*

Questo repertorio ha a che fare con lo svuotamento, la perdita o il furto della propria "anima", perdita che può avvenire per trauma o effrazione, non accudimento o disattenzione.

Tra i vari pericoli che, secondo concezioni antropo-cosmologiche di altre culture, la sostanza vitale racchiusa nel nucleo della persona può correre, c'è quello di smarrirsi, perdersi, o venire catturata e legata in modo che poi non possa rientrare nel corpo. La persona appare allora disanimata,

come dissanguata; e il suo stato può andare dall'indisposizione, tristezza, debolezza, inerzia passeggera fino alla consunzione e alla morte; la persona può apparire triste, inerte, depressa senza che sia possibile in alcun modo interessarla alle attività quotidiane e ai progetti futuri. L'incontro, per esempio, con un dispositivo di possessione può rianimarla, mettendola in contatto diretto con l'invisibile, col divino. Oppure, se è un operatore del male ("stregone") ad aver aperto un passaggio nell'involucro che chiude la persona proteggendone il nucleo vitale e le ha sottratto l'anima, allora sarà lo sciamano o il guaritore a operare per recuperarla e farla tornare nel suo involucro. Infine, uno spavento subitaneo può far volar via l'anima, lasciando la persona confusa e inerte. Anche in questi casi, sono gli "esperti dell'invisibile", come i guaritori tradizionali, ad attivare i dispositivi destinati a "rianimare" la persona. In questo modo vengono comprese, e trattate di conseguenza, situazioni che in contesti occidentali potrebbero evolvere come disturbi depressivi.

Alcuni Autori hanno per esempio segnalato "l'aria di famiglia" tra possessione e depressione.

«Lo stato di possessione indica nella cultura irigwe la forma e il nome con i quali vengono riconosciuti conflitti e disturbi che, in accordo ai canoni della psichiatria occidentale, potremmo definire come di tipo prevalentemente depressivo, la cui comparsa e la cui evoluzione sono fortemente suggestive di uno stretto rapporto tra ripetute separazioni, fragilità dello status sociale della donna e stress psicologico. Ci sembra importante sottolineare come in questo caso i disturbi interpretati da un punto di vista emico come segno della presenza di demoni evochino, sotto il profilo clinico, una condizione depressiva. Quest'aria di famiglia tra possessione e depressione (già rilevata nei secoli passati: BENEDEUCE R. 2000) frantuma però l'ordine nosografico suggerito dalla psichiatria statunitense con la categoria di *Trance and Possession Disorder*, che invita a pensare piuttosto a un disturbo dissociativo dell'identità.» (BENEDEUCE R. 2002: 218).

Questa somiglianza si nota, per esempio, nella descrizione che Ernesto de Martino fa del tarantismo; in quel caso, donne che mostravano inerzia e inedia venivano "scazzicate" dal rito e in particolare dalla musica, fino a lanciarsi nella danza di possessione, dove la subitanea agitazione psicomotoria veniva piegata nel ritmo della musica e nelle figure della danza. Ma infinite sono le storie di questo tipo: da quella che racconta come la figlia del Profeta Maometto, malata di una tristezza che resisteva a ogni possibile rimedio, esce dal suo stato di prostrazione ridendo per la danza di Bilal, il capostipite della confraternita Gnawa, attiva in tutto il Marocco (ma confraternite simili sono presenti in tutto il Magreb) come mediatrice, anche attraverso cerimonie di possessione, tra il mondo invisibile e quello degli umani. Molte cerimonie legate ai culti di possessione

comportano la messa a morte dell'afflitto e la sua rinascita sotto il segno del dio che lo ha salvato (per esempio, lo Ndoëp senegalese). Il culto del Bitwi in Gabon prevede che il postulante si avvicini al regno dei morti (grazie anche all'intossicazione da Iboga), e ritorni con le consegne che questi, o le entità invisibili che li accompagnano, gli hanno trasmesso. In tutti questi casi, l'eventuale risoluzione della sofferenza si accompagna a una nuova, e spesso definitiva, affiliazione.

Molti sono i disturbi che possono essere compresi dalla teoria del trauma e dell'effrazione (NATHAN T. 1990 [1986], COPPO P. 2003: 237-238). Prendono, nelle varie lingue, nomi diversi: *susto* in spagnolo, *demostiltic* in náhuatl, *shiwel* in tzeltal, *kíndi-kindù marà boli* in donno so (Mali). In ogni caso la risposta mira a far rientrare l'anima persa; e in questi casi, così come in quelli in cui l'anima è stata rapita e trattenuta, ci si rivolge a un esperto che, se possibile e spesso entrando nel particolare stato della transe, provvede al recupero dell'anima e alla richiusura dell'involucro.

### 3. *Repertorio del non-vissuto*

Anche il non vivere la propria vocazione, il proprio destino, può indurre una patologia dell'anima che presenta, almeno ai suoi inizi, una fenomenologia simile a quella della depressione. Si può trattare del non riconoscimento della propria vocazione o della reincarnazione di cui si è portatori. Per esempio, in Mali può capitare che una donna dogon si ammali di "follia fresca", e cioè abbandoni le sue mansioni quotidiane, non si interessi più dei propri figli e della casa, non desideri più partecipare ai mercati e passi la sua giornata in tristezza e ritirata in solitudine. Se non si tratta del risultato di un disaccordo familiare, soprattutto tra lei e il marito, allora il problema può essere legato al non riconoscimento, da parte della donna stessa e della sua famiglia dello spirito di un antenato, magari uno spirito "difficile", reincarnatosi in lei (osservazione personale). In questo caso, si può porre rimedio avviando il paziente a opportuni riti e procedure di conciliazione e risarcimento. In altri casi, a non essere riconosciuta è la vocazione terapeutica (COPPO P. 2003: 180-182), oppure il proprio stretto legame (a volte trasmesso transgenerazionalmente) con una determinata entità invisibile. Allora, assumersi il carico della propria vocazione o entrare in una confraternita e farsi "cavallo dello spirito" cui si è connessi può costituire una via di risoluzione dei sintomi.



### Conclusioni

Credo dunque che ci siano fondati motivi per dare credito all'ipotesi che la depressione, così come descritta nelle nosografie psichiatriche e come può essere rilevata dagli strumenti epidemiologici principali, sia effettivamente una *culture bound syndrome* dell'Occidente. Lo è perché a partire da un fondo comune e genericamente umano («[...] quel fondo universalmente umano in cui il "proprio" e l'"alieno" sono sorpresi come due possibilità storiche di essere uomo [...]» di cui parla Ernesto de Martino) si è modellata una storia specifica, iniziata nel '700 in Inghilterra contemporaneamente alle grandi trasformazioni portate dalla rivoluzione industriale (COPPO P. 1998: 54-68), dove si intrecciano i principali elementi che costituiscono la cultura occidentale: religiosi (PEWZNER APELOIG E. 2000 [1992]), socio-economici (MURPHY H. B. M. 1982: 115-120), pedagogici (ARIES P. 1973), xantropo-poietici (per esempio, LIPOVETSKY 1995 [1983], ANDERS G. 1992 [1980], PEZZELLA M. 1996). Nelle odierne società occidentali, e sempre più in quelle che erano società comunitarie ma che sono oggi sottoposte a drammatiche pressioni acculturative e deculturative, sono presenti forze (i "fattori di rischio" e l'effetto promozionale derivante dalla disponibilità di farmaci e dalle modalità della loro scoperta: PIGNARRE P. 2000) che spiegano ampiamente l'inedita diffusione dei disturbi depressivi. La generalizzazione di situazioni di inibizione dell'azione, di isolamento sociale, di sintonizzazione col tempo lineare della produzione e del consumo, di competitività interindividuale e responsabilità individuale può certamente rendere conto dell'aumento quantitativo in Occidente di quella sofferenza genericamente umana che poi la funzione patoplastica della cultura mette in forma consegnandola in questo caso al trattamento medico e/o psicologico. Altrove, come abbiamo visto, le cose possono andare diversamente: in società comunitarie che dispongono di dispositivi collettivi di prevenzione, negoziazione e cura questo tipo di sofferenza si genera meno frequentemente e, quando si generi, conosce altre vie e altri esiti.

Se le cose stanno così, la categoria nosografica della psichiatria "Disturbi Depressivi" appare sotto un'altra luce e divengono evidenti le ragioni della prudenza che spinge i nosografi a non parlare di "malattie" ma di "disturbi" depressivi. Infatti, da questa prospettiva il sintomo depressivo appare solo come «[...] una storta di ordinatore diagnostico elementare, essenzialmente trans-nosografico, che può attraversare la serie eterogenea e instabile delle costellazioni sintomatiche» (CARDAMONE G. - INGLESE S. 1995: 12); il farmaco antidepressivo trova il suo posto non tra gli eziologici, ma tra i sintomatici; e i "Disturbi Depressivi" appaiono come sindromi facilitate da

una particolare organizzazione socio-economica e messe in quella forma da una specifica cultura.

In situazioni sottoposte alle rapide trasformazioni portate dall'estendersi e approfondirsi del multiculturalismo, ci sarebbe allora da prestare tutta l'attenzione possibile alle dinamiche che determinano l'avvento, la modificazione, l'ibridazione e il tramonto dei diversi oggetti nosografici piuttosto che investire energie soltanto nel tentativo di scoprire "malattie" che abbiano una base naturale e universale.

Queste constatazioni sostengono e motivano un approccio clinico molto prudente quando si trattino situazioni affini ai repertori indicati. Porre una diagnosi medica ("depressione") e proporre un trattamento psicofarmacologico comporta l'estrazione del paziente dal suo gruppo naturale e la sua iscrizione nel registro del depressi, gruppo statistico e virtuale che ha certo un suo potere di affiliazione, ma meno salutare e forte di quello proprio ai gruppi naturali (per quanto utili siano i gruppi di auto-aiuto, sono certo meno efficaci nel produrre continuità culturale dei gruppi naturali). Il trattamento psichiatrico può dunque tradursi nell'induzione di un processo di acculturazione/deculturazione che proprio in questi casi potrebbe risultare nocivo, fragilizzando la persona e sfociando poi in una sua dipendenza dal modello medico e dalla sostanza chimica difficilmente risolvibile. In clinica etnopsichiatrica, e soprattutto in contesti alloculturali (ma non esclusivamente), il terapeuta dovrebbe prima di tutto esplorare almeno i repertori della relazione col regno della morte, della perdita dell'anima, quello del dominio del non-vissuto (che è anche, soprattutto nelle sovraffollate società modernizzate, quello dell'inibizione dell'azione). Il lavoro terapeutico può allora dispiegarsi in un ventaglio ampio di azioni e prescrizioni che abbiano lo scopo di rianimare, di costruire chiusure dell'involucro personale e protezioni di lunga durata, di concorrere alla costruzione di capitale e supporto sociale, di favorire *fresh start experience* (come, per esempio, riconciliazioni e messe in continuità), di disattivare dinamiche che introducono il vecchio nel nuovo (per esempio: ripetizione dei traumi, in particolare quelli dovuti a perdite e abbandoni subiti nell'infanzia), e in generale che mirino a controllare almeno i fattori di rischio identificati e a promuovere quelli di protezione, primo tra tutti, quando si tratti di migranti, quello della continuità culturale. In questo contesto, la prescrizione del farmaco (depurata dall'ideologia con la quale spesso viene somministrato, quella relativa alla sua azione eziologica) può essere indicato quando l'esperienza della sofferenza, per via della sua durata, abbia finito per *incorporarsi*, modificando la base organica (funzionale

e neurochimica) che regola i processi di inibizione e attivazione nell'organismo. Prescritto per il tempo strettamente necessario, può accelerare i tempi che consentono al terapeuta di farsi alleato del paziente nel costruire protezioni e resistenze ai fattori di rischio.

Forse, in questo modo, la sofferenza che la depressione mette in forma potrebbe essere restituita alla società sotto forma di un discorso che ha un suo senso, al tempo critico dell'esistente e propositivo, che la sua attuale medicalizzazione occulta e aliena.

## Note

(\*) Il testo che qui si presenta costituirà la relazione di apertura al Seminario della Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute [ORISS] "Depressione e malinconia. Sguardi sul passato e sul presente", Terricciola [provincia di Pisa], 1° novembre 2003. L'Autore ha in preparazione il volume *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*, che uscirà prossimamente presso Bollati Boringhieri, Torino.

(1) Credo sia ancora possibile utilizzare questo termine per indicare un tipo di organizzazione sociale, fondato su una modalità di relazione tra umani e umani e l'ambiente in cui evolvono, originatosi in Europa nel '700 ed evolutosi nella modernità prima e nell'alta modernità poi subendo trasformazioni e adattamenti, fino a deterritorializzarsi e a proporsi come modello di sviluppo per l'intera specie.

(2) Si potrebbe dire, parafrasando G. DEVEREUX (1978 [1973]: 107), che è da quando ha iniziato a essere accessibile un punto di vista tendenzialmente metaculturale che la psichiatria può vedersi come un oggetto culturalmente specifico.

(3) Per tasso di prevalenza in epidemiologia si intende il numero dei malati di una determinata malattia in un arco di tempo definito sul numero totale dei soggetti esposti al rischio di ammalarsi in quell'arco di tempo appartenenti al campione considerato.

## Bibliografia

AHYI René Gualbert (1995 [1979]), *Vittoria sulla morte. Riflessione sulla clinica del lutto in rapporto alla cerimonia dell'Hoxosùdidé (Benin)*, pp. 285-300, in BENEDEUCE Roberto - COLLIGNON René (curatori), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Napoli [ediz. orig. del saggio: *Victoire sur la mort. Reflexion sur la clinique du deuil à propos du Hoxosùdidé*, "Psychopathologie Africaine", vol. XV, n. 2, 1979, pp. 141-157].

ANDERS Günther (1992 [1980]), *L'uomo è antiquato, II: Sulla distruzione della vita nell'epoca della terza rivoluzione industriale*, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig. del saggio: *Die Antiquiertheit des Menschen, II: Über die Zerstörung des Lebens im Zeitalter der dritten industriellen Revolution*, Beck, München, 1980].

ARIÈS Philippe (1973), *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Seuil, Paris.

BENEDEUCE Roberto (1995), *Figure della morte e della depressione nelle culture africane*, pp. 7-40, in BENEDEUCE Roberto - COLLIGNON René (curatori), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Napoli.

BENEDEUCE Roberto (2000), *Entre plusieurs mondes. Acteurs, itinéraires et discours de la possession en Afrique*, EHEES, Paris.

- BENEDUCE Roberto (2002), *Trance e possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- BENEDUCE Roberto - COLLIGNON René (curatori) (1995), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Napoli.
- BIBEAU Gilles (1995 [1981]), *Premesse per un'epidemiologia antropologica della depressione*, pp. 41-59, in BENEDUCE Roberto - COLLIGNON René (curatori) (1995), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Napoli [ediz. orig. del saggio: *Préalables à une épidémiologie anthropologique de la dépression*, "Psychopathologie Africaine", vol. XVII, n. 1-3, 1981, pp. 96-112].
- CARDAMONE G. - INGLESE S. (1995), *I disturbi depressivi in prospettiva transculturale. Studio preliminare su evidenze e questioni emergenti in letteratura*, "Fogli di Informazione", n. 165, 1995, pp. 9-15.
- CAROTHERS John Colin (1951), *Frontal lobe function and the Africans*, "Journal of Mental Science", n. 97, 1951, pp. 12-14.
- CAUGHY Margaret O'Brien - O'CAMPO Patricia J. - MUNTANER Carles (2003), *When being alone might be better: neighborhood poverty, social capital, and child mental health*, "Social Science & Medicine", n. 57, 2003, pp. 227-237.
- CAZANOVE François (1927), *Memento de psychiatrie coloniale africaine*, "Bulletin du Comité d'Etudes Historiques et Scientifiques de l'A.C.F.", n. 10, 1927, pp. 133-177.
- CHANDLER Michael J. - LALONDE Christopher (1998), *Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's first nations*, "Transcultural Psychiatry", vol. 35, n. 2, giugno 1998, pp. 191-219.
- COLLIGNON René (curatore) (1981), *Actes du Symposium régional "Psychiatrie et culture"*, "Psychopathologie Africaine", vol. XVII, n. 1-3, 1981, pp. 1-526.
- COLLOMB Henri (1995 [1977]), *La morte quale elemento strutturante delle sindromi psicosomatiche in Africa*, pp. 137-147, in BENEDUCE Roberto - COLLIGNON René (curatori), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Napoli [ediz. orig. del saggio: *La mort en tant qu'organisateur de syndromes psychosomatiques en Afrique*, "Psychopathologie Africaine", vol. XIII, n. 2, 1977, pp. 137-147].
- COLLOMB Henri - COLLIGNON René (1995 [1974]), pp. 61-113, *Il suicidio in Africa*, in BENEDUCE Roberto - COLLIGNON René (curatori), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Napoli [ediz. orig. del saggio: *Les conduites suicidaires en Afrique*, "Psychopathologie Africaine", vol. X, n. 1, 1974, pp. 55-113].
- COPPO Piero (1984), *Syndromes dépressifs et retard mental dans une communauté rurale africaine: enquête épidémiologique*, "Psychologie Médicale", vol. 16, n. 7, 1984, pp. 1273-1276.
- COPPO Piero (1998), *Passaggi. Elementi di critica dell'antropologia occidentale*, Colibri, Milano.
- COPPO Piero (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- COPPO Piero - FIORE Barbara - KONÉ Nouhoun (1990), *Gámma, catégorie nosologique dogon*, pp. 173-191, in COPPO Piero - KEITA Arouna (curatori), *Médecine traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Ed. E, Trieste.
- DECH Heike (curatore) (1996), *Depression*, pp. 187-355, in "Curare, Zeitschrift für Ethnomedizin/Journal for ethnomedicine", vol. 19, n. 2, 1996 (numero dedicato a *Depression*).
- DE MARTINO Ernesto (2000 [1975, 1958]), *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- DE MARTINO Ernesto (2002 [1977]), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.
- DE SURGY Albert (1995 [1989]), *Il lutto del coniuge tra gli Eve (Togo)*, pp. 151-175, in BENEDUCE Roberto - COLLIGNON René (curatori), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Napoli [ediz. orig. del saggio: *Le deuil du conjoint en pays evhé*, "Systèmes de pensée en Afrique Noire", n. 9, 1989, pp. 105-133].
- DEVEREUX Georges (1978 [1973, 1965]), *La schizofrenia come psicosi etnica o la schizofrenia senza lacrime*, pp. 226-247, in Devereux Georges (1978 [1973]), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Armando, Roma [ediz. orig.: *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallinard, Paris, 1973 /ediz. orig. del saggio: *La schizophrénie, psychose ethnique ou la schizophrénie sans larmes*, 1965].

- DEVEREUX Georges (1978 [1973]), *L'etnopsichiatria come quadro di riferimento nella ricerca e nella pratica cliniche*, pp. 90-108, in DEVEREUX George (1978), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma [ediz. orig.: *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris, 1973].
- HANCK Charles - COLOMB Henri - BOUSSAT Michel (1976), *Dépressions masquées psychotiques ou masque noir de la dépression*, "Acta Psychiatrica Belgica", n. 76, 1976, pp. 26-45.
- HARRIS Tirril (2001), *Recent Developments in understanding the psychosocial aspects of depression*, "British Medical Bulletin", n. 57, 2001, pp. 17-32.
- HOBFOLL Stevan E. - JACKSON Anita - HOBFOLL Ivonne - PIERCE Charles A. - YOUNG Sara (2002), *The impact of communal-mastery versus self-mastery on emotional outcomes during stressful conditions: a prospective study of native American women*, "American Journal of Community Psychology", vol. 30, n. 6, dicembre 2002, pp. 853-871.
- HOVEY Joseph D. - MAGAÑA Cristina G. (2002), *Exploring the mental health of Mexican migrant farm workers in the Midwest: psychosocial distress and suggestions for prevention and treatment*, "The Journal of Psychology", vol. 136, n. 5, 2002, pp. 493-513.
- INGLESE Salvatore - PECCARISI Cesare (1997), *Psichiatria oltre frontiera. Viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordinate*, UTET, Torino.
- KLEINMAN Arthur - GOOD Byron (1985), *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, University of California Press, Berkeley.
- KOPP Maria S. - SKRABSKI Arpad - SZEDMAK Sándor (2000), *Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society*, "Social Science & Medicine", n. 51, 2000, pp. 1351-1361.
- KRAEPELIN Emil (1996 [1904]), *Psichiatria comparativa*, "I Fogli di ORISS. Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute", n. 6, 1996, pp. 193-198 [ediz. orig. del saggio: *Vergleichende Psychiatrie*, "Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie", anno XXVII, nuova serie, vol. XV, 1904, pp. 433-437].
- LAMBO Thomas A. (1956), *Neuropsychiatric observations in the western region of Nigeria*, "British Medical Journal", n. 2, 1956, pp. 1388-1394.
- LAMBO Thomas A. (1960), *Further neuropsychiatric observations in Nigeria*, "British Medical Journal", n. 2, 1960, pp. 1696-1701.
- LEFF Julian (1992 [1988]), *Psichiatria e culture*, a cura di A. ANCORA, Sonda Ed., Torino.
- LIPOVETSKY Gilles (1995 [1993]), *L'era del vuoto. Saggi sull'individualismo contemporaneo*, Luni Editrice, Milano [ediz. orig. del saggio: *L'ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain*, Gallimard, Paris, 1983].
- LOPEZ PIÑERO José M. (1983), *Historical origins of the concept of neurosis*, Cambridge University Press, Cambridge.
- MURPHY Henry B. M. (1982), *Comparative psychiatry. The international and intercultural distribution of mental illness*, Springer Verlag, New York.
- 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. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 1986].
- NOH Samuel - KASPAR Violet (2003), *Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support*, "American Journal of Public Health", vol. 93, n. 2, 2003, pp. 232-236.
- OBEYESEKERE Gananath (1985), *Depression, buddhism, and the work of culture in Sri Lanka*, pp. 134-152, in KLEINMAN Arthur - GOOD Byron (1985), *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, Univ. California Press, Berkeley.
- OH Yunjin - KOESKE Gary F. - SALES Esther (2002), *Acculturation, stress and depressive symptoms among Korean immigrants in the United States*, "The Journal of Social Psychology", vol. 142, n. 4, 2002, pp. 511-526.
- PASQUALOTTO Giangiorgio (2001), *Meditare l'impermanenza. Antidoti d'Oriente alla malinconia*, pp. 106-131, in GALZIGNA Mario (curatore), *Volti dell'identità. Le scienze psichiche, l'altro e lo straniero*, Marsilio, Venezia.

- PATEL Vikram - RODRIGUES M. - DE SOUZA N. (2002), *Gender, poverty, and postnatal depression: A study of mothers in Goa, India*, "The American Journal of Psychiatry", vol. 159, n. 1, 2002, pp. 43-47.
- PEWZNER - APELOIG Evelyne (2000 [1992]), *L'uomo e la sua colpa. Follia e colpa in Occidente*, Moretti & Vitali, Bergamo [ediz. orig.: *L'homme coupable. La folie et la faute en Occident*, Privat, Paris, 1992].
- PEZZELLA Mario (1996), *Narcisismo e società dello spettacolo*, Manifestolibri, Roma.
- PIGNARRE Philippe (2000), *Qu'est-ce qu'un psychotrope? Psychothérapeutes et prescripteurs face aux mystères de la dépression*, "Ethnopsy. Les mondes contemporains de la guérison", n. 2, 2000, pp. 241-292.
- PRINCE Raymond (1968), *The changing picture of depressive syndromes in Africa. Is it fact or diagnostic fashion?*, "Canadian Journal of African Studies", vol. 2, 1968, pp. 177-198.
- RAO A. Venkoba (2000), *Depression in Indian history*, "Journal of the Indian Medical Association", vol. 98, n. 5, 2000, pp. 219-223.
- SHORTER Edward (1993 [1992]), *Psicosomatica. Storia dei sintomi e delle patologie dall'Ottocento a oggi*, traduz. dall'inglese di Libero SOSIO, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era*, The Free Press. A division of Macmillan, New York, 1992].
- TOUSIGNANT Michel (1983), *La pena dans la sierra équatorienne: étude psycho-anthropologique de la tristesse*, "Culture", vol. 3, n. 1, 1983, pp. 67-77.
- WHITBECK Les B. - MC MORRIS Barbara J. - HOYT Dan R. - STUBBEN Jerry D. - LAFRAMBOISE Teresa (2002), *Perceived discrimination, traditional practices and depressive symptoms among American Indians in the Upper Midwest*, "Journal of Health and Social Behavior", n. 43, dicembre 2002, pp. 400-418.
- WILLIS Leigh A. - COOMBS David W. - COCKERHAM William C. - FRISON Sonia L. (2002), *Ready to die: a postmodern interpretation of the increase of African-American adolescent male suicide*, "Social Science & Medicine", n. 55, 2002, pp. 907-920.

## Scheda sull'Autore

Piero Coppo, medico, neuropsichiatra, psicoterapeuta, ha lavorato e lavora in attività di cooperazione internazionale in Guatemala, Mali, Somalia e Somaliland. Si è occupato e si occupa in particolare di ricerche sui sistemi locali di cura e della loro articolazione con quelli medici, in tutti i campi ma in particolare in quello dei disturbi che la medicina definisce "psichici". Insegna Etnopsichiatria all'Università Ca' Foscari di Venezia e fa parte del Coordinamento Pedagogico del Master "Etnopsichiatria: pianificazione e interventi in ambito socioculturale e clinico" promosso dall'Università di Genova in collaborazione con ORISS e le Università di Marsiglia e Lovanio. Redattore della rivista "I Fogli di ORISS. Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute", è nel Comitato Direttivo di ORISS e della SIAM, di cui è anche vice-presidente.

Ha prodotto numerosi articoli su riviste italiane e straniere e alcuni libri: tra gli altri, *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria* (2003) e *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione* (in via di pubblicazione), entrambi per i tipi di Bollati Boringhieri, Torino.

## Riassunto

### Etnopsichiatria dei disturbi depressivi: un aggiornamento

È forse oggi possibile, a partire dai dati raccolti dalla psichiatria transculturale e dalle acquisizioni dell'antropologia medica e dell'etnopsichiatria, andare oltre l'annoso dibattito sull'universalità o meno dei disturbi depressivi. Ciò che è universale non è la categoria della psichiatria, che l'etnopsichiatria considera un sistema etnico tra gli altri, storicamente e culturalmente determinato; ma l'esperienza di una sofferenza *sine materia* che si versa di volta in volta, nei modi descritti dall'antropologia medica, nei contenitori nosografici messi a punto dalle diverse culture, per rendere la sofferenza e il disagio nominabili, negoziabili e lavorabili. Vedere le cose in questo modo consente di spostare l'accento da un dibattito volto solo a confermare la validità universale del sistema egemone di interpretazione e di cura, ai diversi effetti che i vari modi di pensare e trattare questa sofferenza hanno sulle esistenze dei pazienti e delle comunità di cui fanno parte. Inoltre, pensare che in alcuni gruppi umani il disturbo depressivo sia molto meno frequente o addirittura assente, consente di ricercare i fattori di protezione e rischio attivi nei vari contesti.

L'Autore, dopo aver ripercorso le principali tappe che hanno portato alla definizione della categoria "disturbi depressivi" e accennato ai modi in cui altre culture elaborano la stessa sofferenza, conclude con alcune indicazioni che si augura possano essere utili al clinico e a chi sia impegnato in attività di salute pubblica.

## Résumé

### *Ethnopsychiatrie des troubles dépressifs: une mise à jour*

Il est peut-être possible aujourd'hui, à partir des données colligées par la psychiatrie transculturelle et des avancées de l'anthropologie médicale et de l'ethnopsychiatrie, d'aller au-delà du débat séculaire sur l'universalité ou non des troubles dépressifs. Ce qui est universel, ce n'est pas la catégorie de la psychiatrie, que l'ethnopsychiatrie considère comme un système ethnique parmi les autres, déterminé au plan historique et culturel, mais l'expérience d'une souffrance *sine materia* qui se déverse tour à tour, selon les modes décrits par l'anthropologie médicale, dans les contenants nosographiques mis au point par les différentes cultures pour rendre la souffrance et le malaise nommables, négociables et "ouvrables". Voir les choses de cette manière permet de déplacer l'accent d'un débat ayant pour seul objet de confirmer la validité universelle du système dominant d'interprétation et de traitement, aux différents effets que les différents modes de penser et de traiter cette souffrance ont sur l'existence des patients et des communautés dont ils font partie. De plus, penser que dans certains groupes d'hommes, le trouble dépressif est bien moins fréquent, voire même absent, permet de rechercher les facteurs de protection et de risque actifs dans les divers contextes.

Après avoir retracé les principales étapes qui ont abouti à la définition de la catégorie des “troubles dépressifs” et fait allusion aux modes selon lesquels d’autres cultures élaborent cette souffrance, l’auteur conclut par quelques indications qu’il souhaite utiles au clinicien et à ceux qui sont investis dans des activités de santé publique.

## Resumen

### *Etnopsiquiatría de los trastornos depresivos: puesta al día*

Quizá hoy es posible, sobre la base de datos recogidos por la psiquiatría transcultural y los logros de la antropología médica y la etnopsiquiatría, ir más allá del antiguo debate sobre la universalidad o no de los trastornos depresivos. Lo que es universal no es la categoría de la psiquiatría, que la etnopsiquiatría considera un sistema étnico entre otros, histórica y culturalmente determinado; sino la experiencia de un sufrimiento *sine materia* que se vierte caso por caso, según las formas detalladas por la antropología médica, en los contenedores nosográficos puestos a punto por las diferentes culturas, para que al sufrimiento y el malestar se les pueda dar un nombre, pudiéndolos negociar y asumir. Ver las cosas desde este punto de vista permite pasar de un debate cuyo único objeto es confirmar la validez universal del sistema dominante de interpretación y de tratamiento, a los efectos que las diferentes maneras de pensar y abordar dicho sufrimiento tienen en las vidas de los pacientes y las comunidades de las que forman parte. Además, pensar que en algunos grupos humanos el trastorno depresivo es mucho menos frecuente o incluso ausente, permite buscar los factores de protección y riesgo que funcionan en los diferentes contextos.

El Autor, tras recorrer las etapas principales que han llevado a la definición de la categoría “trastornos depresivos” y mencionar las formas con las que otras culturas asumen el mismo sufrimiento, finaliza con algunas indicaciones que espera puedan ser útiles para el clínico y quien se ocupa de salud pública.

## Abstract

### *The ethno-psychiatry of depressive disorders: an update*

Using the information collected in the domain of trans-cultural psychiatry and the acquisitions of medical anthropology and ethno-psychiatry, it is perhaps now possible to get beyond the exasperating debate concerning the universality (or non-universality) of depressive disorders. It is not the class of psychiatry that is universal, this class which ethno-psychiatry views as just another ethnical system, culturally and historically determined; rather, the experience of *sine materia* pain and suffering which, from time



to time and in the manner described by medical anthropology, fills the nosographic containers devised by the different cultures in order to give suffering and distress a name and make them negotiable and workable. By adopting this point of view, the focus of the debate is shifted from attempting to prove the universal validity of a hegemonic system of interpretation and cure to the different effects that dissimilar ways of thinking and treating this suffering have on the lives of patients and of the communities to which they belong. In addition, to think that in some groups of human beings depression is much less frequent or even absent than in others opens the way to research diverse protection and risk factors in various circumstances.

After describing the main steps which lead to the definition of the class of “depressive disorders” and after mentioning the manner in which other cultures deal with the same suffering, the Author concludes by providing a number of indications which, he hopes, might be useful to clinical doctors working in the public health sector.



## Merce

### Antonio Gramsci

#### *Presentazione*

#### di Giovanni Pizza

*ricercatore, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, docente affidatario di Antropologia medica nelle facoltà di lettere e filosofia e di medicina e chirurgia.*

Abbiamo ritenuto interessante per i lettori della nostra rivista riproporre in questa rubrica, nella sua interezza, il breve scritto di Antonio Gramsci (1891-1937), citato a conclusione del saggio di Giovanni Pizza pubblicato alle pp. 33-51 in questo volume di *AM* (al quale si rimanda per una più ampia riflessione sulla rilevanza dell'opera gramsciana per l'antropologia medica contemporanea). Si tratta dell'articolo apparso con il titolo *Merce* sul quotidiano socialista "Avanti!" di Torino, nella rubrica *Sotto la mole*, il 6 giugno 1918. *Merce* è un testo noto agli studiosi dell'opera gramsciana, incluso nelle diverse raccolte degli scritti pre-carcerari, per la gran parte esempi della innovativa scrittura giornalistica di Gramsci negli anni del suo impegno politico nella città di Torino<sup>(1)</sup>. In diverse occasioni questo articolo è stato definito un testo "premonitore" se non addirittura "profetico" in quanto la riflessione gramsciana, muovendo dalle prime sperimentazioni relative alla possibilità di trapiantare parti o organi del corpo umano, forniva elementi di una critica pionieristica del rapporto fra pratiche scientifiche e mercato capitalistico, in particolare prevedendo non soltanto lo sviluppo dei trapianti d'organi, ben di là da venire, ma anche segnalando i rischi del traffico d'organi e anzi inquadrandoli nella più ampia, e attualissima, tematica della mercificazione della vita. Le questioni che Gramsci affrontava di volta in volta in questa fase della sua produzione giornalistica sarebbero state poi in molti casi approfondite nei *Quaderni del carcere*, anche riguardo la stessa urgenza di una critica culturale e politica delle pratiche scientifiche.

Se è davvero mirabile il carattere premonitore di questo scritto del 1918, è a nostro avviso riduttivo tuttavia qualificarlo come "profetico", termine non privo di un'ambiguità che rimanda a una sorta di visionarismo. In realtà l'efficacia lungimirante e l'attualità di Gramsci appaiono come frutto di una straordinaria fatica di studioso e militante, che produce da un lato una luminosa capacità di analisi e dall'altro si

dispiega nella sperimentazione di una scrittura e di un linguaggio nuovo, che ricorre consapevolmente al sarcasmo e alla ironia, perché, anziché rifugiarsi negli accademismi politichesi o universitari, muove costantemente dall'osservazione partecipata, critica e riflessiva, dei processi sociali, economici, culturali e politici <sup>(2)</sup>.

Commentando l'articolo *Merce*, Antonio A. Santucci, fra i migliori studiosi dell'opera di Gramsci, ha svolto riflessioni che condividiamo appieno e che riteniamo utile qui richiamare: «I suoi articoli hanno il pregio di far “rivivere” appunto (e con rara incisività) un passato non prossimo, ma nemmeno troppo remoto, della politica, del costume, del carattere italiano. I tipi, i fatti, le notizie del giorno costituiscono però soltanto spunti d'occasione, intorno ai quali si organizza l'intento ambizioso di modificare l'“opinione media” del pubblico. Informare e denunciare, dunque, ma soprattutto combattere la passività e il conformismo, sollecitare il ragionamento e l'impegno morale. Sono questi ultimi gli elementi che conferiscono effettiva vitalità ai brevi scritti di Gramsci, svincolandoli dalla contingenza e dai limiti di un contesto storico visibilmente determinato». Santucci sottolinea come Gramsci, nel breve testo *Merce*, non ceda agli entusiasmi positivisticici che avevano accompagnato le prime scoperte sulle possibilità del trapianto al principio del Novecento, eppure al tempo stesso difenda l'indipendenza della ricerca scientifica. Ma, scrive Santucci, «Nondimeno le nuove prospettive della chirurgia gli suggeriscono una parola dura, un titolo secco: *Merce*. [...] Un'intuizione penetrante può quindi partire da un fenomeno ancora in embrione e magari [...] rivelarsi dolorosamente lungimirante» <sup>(3)</sup>.

Noto dunque agli studiosi di Gramsci, questo testo lo è meno nel campo dell'antropologia medica nonostante il frequente richiamo a Gramsci anche di quanti, negli ultimi decenni e in particolare nelle antropologie mediche anglosassoni, hanno contribuito allo sviluppo della ricerca etnografica in rapporto al trapianto d'organi e, più recentemente, al traffico e al mercato illegale di parti del corpo umano <sup>(4)</sup>. Sviluppi che hanno portato a una antropologia medica di taglio politico e critico-culturale che riflette oggi sulle bio-politiche degli Stati e delle organizzazioni internazionali, sui processi di ristrutturazione del mercato capitalistico mondiale e sulla loro influenza diretta nelle dinamiche di salute-malattia. Inoltre, recenti dibattiti sulle proposte provocatorie di una “legalizzazione” del commercio d'organi, provenienti dalle associazioni di medici anglosassoni, ripropongono rischi drammatici di mercificazione degli esseri umani, rischi che il pur utile avanzamento delle biotecnologie non potrà non produrre qualora si deroghi al controllo democratico del rapporto fra mercato e ricerca scientifica.

Per questi motivi abbiamo dunque ritenuto urgente richiamare oggi all'attenzione degli studiosi di antropologia medica la “dolorosa lungimiranza” di Antonio Gramsci, di cui questo articolo è viva testimonianza.

## Note

<sup>(1)</sup> L'articolo *Merce* è stato incluso in volume nelle due diverse edizioni Einaudi che raccolgono gli scritti giovanili di Gramsci, quindi prima in *Sotto la mole*, Einaudi, Torino, 1960, pp. 406-407; poi in *Il nostro Marx*, a cura di Sergio Caprioglio, Einaudi, Torino, 1980, pp. 87-88. È stato raccolto anche nella breve antologia a cura di Antonio A. Santucci, Antonio Gramsci, *Piove, governo ladro. Satire e polemiche sul costume degli italiani*, Editori Riuniti, Roma, 1996, alle pp. 106-108. Successivamente è stato ripubblicato, proprio per la sua rilevanza in rapporto all'attuale dibattito sul traffico d'organi, nel volume di Giovanni Berlinguer e Volnei Garrafa, *Il nostro corpo in vendita. Cellule, organi, DNA, e pezzi di ricambio*, Baldini e Castoldi, Milano, 2000, che è la seconda edizione del libro degli stessi autori, *La merce finale. Saggio sulla compravendita di parti del corpo umano*, apparso nel 1996 per il medesimo editore. Già nel 1999 Berlinguer ne aveva curato la pubblicazione nel suo saggio *Il destino di Mida*, contenuto in *Il pensiero permanente. Gramsci oltre il suo tempo*, a cura di Eugenio Orrù e Nereide Rudas, Tema, Cagliari, 1999, pp. 35-38.

<sup>(2)</sup> Quando l'articolo *Merce* uscì sull'"Avanti!", il 6 giugno 1918, Gramsci aveva ventisette anni, e si era già imposto all'attenzione pubblica sia per l'attivismo politico sia per la qualità di un giornalismo fortemente comunicativo e al tempo stesso nuovo e di ricerca, dalla forte impronta dialogica e critico-culturale. Era giunto a Torino nel 1911, a vent'anni, con una borsa di studio per l'Università, proveniente da Ghilarza, paese in provincia di Cagliari dove i genitori si erano stabiliti dopo la sua nascita ad Ales. Fin dal 1914, Gramsci era stato collaboratore del quotidiano socialista "Il Grido del Popolo" e nel 1917 ne era stato di fatto il direttore. Nel 1917 aveva anche scritto il numero unico del giornale "La Città Futura", per conto della Federazione giovanile socialista piemontese. Era entrato nella redazione torinese dell'"Avanti!" nel dicembre del 1915. Le pubblicazioni de "Il Grido del Popolo" cesseranno nel 1918, per lasciar posto alla edizione piemontese dell'"Avanti!" diretta da Ottavio Pastore. La gran parte dei testi della rubrica *Sotto la mole*, furono scritti dunque da Gramsci fra il 1916 e il 1918, solo alcuni nel 1919-1920, negli anni, cioè, in cui Gramsci assunse la direzione della rivista settimanale *L'Ordine Nuovo*. Per una ricostruzione approfondita del periodo torinese di Gramsci si può consultare un'ampia bibliografia. Si vedano: Paolo Spriano, *Storia di Torino operaia e socialista. Da De Amicis a Gramsci*, Einaudi, Torino 1958; Giuseppe Fiori, *Vita di Antonio Gramsci*, Laterza, Bari, 1966; Paolo Spriano, "L'Ordine Nuovo" e i consigli di fabbrica, Einaudi, Torino, 1971; Silvio Suppa, *Il primo Gramsci. Gli scritti politici giovanili*, Jovene, Napoli, 1975; Giancarlo Bergami, *Il giovane Gramsci e il marxismo 1911-1918*, Feltrinelli, Milano, 1977; Antonio A. Santucci, *Gramsci. Guida al pensiero e agli scritti*, Editori Riuniti, Roma, 1987; Fondazione Istituto Piemontese Antonio Gramsci (curatore), *Il giovane Gramsci e la Torino d'inizio secolo*, Atti del convegno di studi (Torino, novembre 1997), Rosenberg & Sellier, Torino, 1998; Angelo D'Orsi, *La cultura a Torino tra le due guerre*, Einaudi, Torino, 2000.

<sup>(3)</sup> Antonio A. Santucci, *Introduzione*, pp. 7-15, in Antonio Gramsci, *Piove, governo ladro. Satire e polemiche sul costume degli italiani*, a cura di Antonio A. Santucci, cit. p. 10.

<sup>(4)</sup> Si vedano Lesley A. Sharp, *The Commodification of the Body and its Parts*, "Annual Review of Anthropology", vol. 29, ottobre 2000, pp. 287-328; Margaret Lock, *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*, University of California Press, Berkeley, 2001; Nancy Scheper Hughes, *Il traffico d'organi nel mercato globale*, Ombre Corte, Verona, 2001 (ediz. orig.: 2000); Nancy Scheper-Hughes - Loïc Wacquant (curatori), *Commodifying Bodies*, Sage Publications, London - Thousand - New Delhi, 2002.

Qualche vanerello ha proclamato per l'ennesima volta la disfatta della scienza. Chimica applicata ai gas asfissianti, lacrimogeni, ulceranti; meccanica applicata ai cannoni di lunga portata ... Sì, ma anche la zappa può spaccare i crani, la scrittura può anche servire a falsificare cambiali e a stendere lettere anonime ... E non perciò si proclama la disfatta dell'agricoltura e della calligrafia.

La scienza ha il compito disinteressato di rintracciare rapporti nuovi tra le energie, tra le cose. Fallisce solo quando diventa ciarlataneria. Gli uomini si servono dei ritrovati per straziare e uccidere invece che per difendersi dal male e dalle cieche forze naturali? Entra in gioco una volontà che è estranea alla scienza, che non è disinteressata, ma dipende intrinsecamente dalla società, dalla forma di società in cui si vive. Il ritrovato scientifico segue la sorte comune di tutti i prodotti umani in regime capitalistico; diventa merce, oggetto di scambio e quindi viene rivolto ai fini prevalentemente propri del regime, a straziare e distruggere.

Ecco che il dottor Carrel <sup>(1)</sup> ha aperto una via nuova alla chirurgia: le possibilità di innesti umani si moltiplicano.

Non siamo ancora giunti all'intensità prevista da Edmondo Perrier <sup>(2)</sup>: l'innesto del cervello, l'uso degli organi sani dei cadaveri da sostituire nei viventi ai corrispondenti organi logorati. Siamo ancora lontani dalla vittoria scientifica sulla morte promessa da Bergson <sup>(3)</sup>: per ora la morte è la trionfatrice e per trionfare più rapidamente si serve con prodigialità della scienza e dei suoi segreti. Ma arriveremo. La vita diventerà anch'essa una merce, se il regime capitalistico non sarà stato sostituito, se la merce non sarà stata abolita.

Secondo una comunicazione fatta all'Accademia di medicina di Parigi, il professore Laurent è riuscito a sostituire il cuore di Fox con quello di Bob, e viceversa, senza che i due innocenti cani abbiano troppo sofferto, senza turbare per nulla la vita del viscere delicato. Da questo momento il cuore è diventato una merce: può essere scambiato, può essere comprato. Chi vuol cambiare il suo cuore logoro, sofferente di palpitazioni, con un cuore vermiglio di zecca, povero, ma sano, povero, ma che ha sempre onestamente palpitato? Una buona offerta: c'è la famiglia da mantenere, l'avvenire dei figli preoccupa il genitore; si cambi dunque il cuore per non apparire di esserne sprovvisto.

Il dottor Voronof <sup>(4)</sup> ha già annunciato la possibilità dell'innesto delle ovaie. Una nuova strada commerciale aperta all'attività esploratrice dell'iniziativa individuale. Le povere fanciulle potranno farsi facilmente una dote.

A che serve loro l'organo della maternità? Lo cederanno alla ricca signora infeconda che desidera prole per l'eredità dei sudati risparmi maritali. Le povere fanciulle guadagneranno quattrini e si libereranno di un pericolo. Vendono già ora le bionde capigliature per le teste calve delle *cocottes* che prendono marito e vogliono entrare nella buona società. Venderanno la possibilità di diventar madri: daranno fecondità alle vecchie gualcite, alle guaste signore che troppo si sono divertite e vogliono ricuperare il numero perduto. I figli nati dopo un innesto? Strani mostri biologici, creature di una nuova razza, merce anch'essi, prodotto genuino dell'azienda dei surrogati umani, necessari per tramandare la stirpe dei pizzicagnoli arricchiti. La vecchia nobiltà aveva indubbiamente maggior buon gusto della classe dirigente che le è successa al potere. Il quattrino deturpa, abbrutisce tutto ciò che cade sotto la sua legge implacabilmente feroce.

La vita, tutta la vita, non solo l'attività meccanica degli arti, ma la stessa sorgente fisiologica dell'attività, si distacca dall'anima e diventa merce da baratto; è il destino di Mida dalle mani fatate, simbolo del capitalismo moderno.

## Note al testo

(a cura di GPi)

<sup>(1)</sup> Alexis Carrel (Lione, 1873 - Parigi 1944) fu medico chirurgo e docente di Anatomia e Chirurgia (prima in Francia poi negli Stati Uniti). Nel 1902 aveva pubblicato un articolo sull'anastomosi dei vasi sanguigni (una tecnica di giunzione dei vasi): *La technique opératoire des anastomoses vasculaires et la transplantation des viscères*, "Lyon Medical", 1902, 98, pp. 859-864. La messa a punto di tale tecnica fu considerata un passo storico per lo sviluppo della chirurgia dei trapianti, tale da fargli assegnare, nel 1912, il Premio Nobel in Fisiologia e Medicina. L'esperienza condotta fra il 1914 e il 1919 come ufficiale dell'esercito francese lo portò a sviluppare nuovi metodi di trattamento delle ferite e successivamente Carrel dimostrò anche che i vasi sanguigni potevano essere conservati per lungo tempo in condizioni di congelamento, prima di essere trapiantati. Negli anni seguenti svolse sperimentazioni sul trapianto d'organi e più tardi, nel 1935, inventò e realizzò insieme a Charles Lindbergh, il celebre aviatore, una macchina per consentire l'ossigenazione sterile agli organi prelevati dal corpo umano. Tra i libri appartenuti a Gramsci figura un volume di Alexis Carrel: *L'homme, cet inconnu*, Librairie Plon, Paris, copyr. 1935 (stampa 1936), indicato al n. 108 in *Il fondo Antonio Gramsci*, Biblioteca della Fondazione Istituto Gramsci di Roma.

<sup>(2)</sup> Jean Octave Edmond Perrier (Tulle, 1844 - Parigi, 1921), zoologo, tassonomo e naturalista, fu docente alla École normale di Parigi e al Muséum d'histoire naturelle. Nel 1915 divenne presidente dell'Académie des sciences. Tema centrale dei suoi studi furono gli invertebrati. Tenne una corrispondenza con Charles Darwin (1809-1882), ma fu anche critico della teoria evuzionista. Tra le sue opere: *Philosophie zoologique avant Darwin*, Paris, 1884; *L'intelligence des animaux*, Paris, 1887; *Éléments d'anatomie et de physiologie animales*, Paris 1888; *Le transformisme*, Paris, 1888.

<sup>(3)</sup> Si tratta del celebre filosofo francese Henri Bergson (Parigi, 1859 - Auteuil, 1941). In una nota di Caprioglio, (contenuta nella sopra citata ripubblicazione del testo a sua cura, p. 88) si legge: «Con tale presagio si conclude l'opera di Bergson, *L'évolution créatrice* (1907)». Caprioglio corregge un errore di stampa che nella edizione Einaudi del 1960 veniva riportato nel testo ("Bergssu") e corretto nella nota a piè di pagina: «Probabile errore di stampa per Bergson» (p. 406). *L'evoluzione creatrice* di Bergson fu un'opera di sintesi dell'intero pensiero bergsoniano, un testo di filosofia della scienza che tendeva a mettere a confronto, quasi a integrare, evolucionismo e creazionismo, in un'ottica antipositivista. Ebbe molta fortuna, suscitando un vasto dibattito nella cultura europea dei primi del Novecento. A proposito dell'influenza di Bergson sul giovane Gramsci si veda Pietro Schiumerini, *Deux "bergsoniens" en Italie: Mussolini et Gramsci*, pp. 273-280, in *Henri Bergson: esprit et langage*, Actes du colloque international, Università della Calabria, 21-22 aprile, 1998, a cura di Claudia Stancati - Donata Chiricò - Federica Vercillo, Mardaga, Liège-Bruxelles, 2001.

<sup>(4)</sup> Si riferisce a Sergej Voronov (Voroneï, 1866 - Losanna, 1951), medico francese (nato in Russia) molto noto negli anni Venti del Novecento, impegnato, come endocrinologo, in sperimentazioni di "ringiovanimento" condotte attraverso il trapianto di testicoli di scimmia su esseri umani consenzienti. Questa pratica chirurgica diventò quasi una "moda" nella Parigi degli anni compresi fra il 1925 e il 1930. Voronov è infatti considerato come l'autore di una sorta di teoria "mitica", fondata su un legame simbolico fra vigore sessuale, giovinezza e animalità, che aveva all'epoca sedotto non pochi esponenti delle élites francesi, molti dei quali si sottoposero a tale intervento. Due storici della medicina, della scuola di Mirko D. Grmek, hanno pubblicato nel 2001 un interessante saggio su Voronov: si tratta di: Alain Lellouch - Alain Segal, *Contribution à l'histoire de la gérontologie et de l'endocrinologie du début du XX<sup>ème</sup> siècle: le docteur Voronoff (1866-1951) et ses essais de rajeunissement par les greffes animales*, "Histoire des Sciences Médicales. Organe officiel de la Société française d'histoire de la médecine", vol. XXXV, n. 4, ottobre-dicembre 2001, pp. 425-434. All'epoca dello scritto gramsciano (1918) Voronov era noto per aver annunciato la possibilità di efficaci trapianti di testicoli ed ovaie, ma solo negli anni successivi egli avrebbe messo in pratica tali esperimenti, con un primo intervento nel giugno del 1920 che provocò gravissime infezioni al paziente. Ben presto la tecnica del trapianto di testicoli, nota come "innesto Voronov", si diffuse in Europa. È del 1930, infatti, un caso interessante di compravendita e trapianto di testicoli presso l'Ospedale degli Incurabili di Napoli: un giovane ventiquattrenne vende per diecimila lire un testicolo a un ricco possidente brasiliano, il trapianto ha successo, ma il caso dà origine a un processo giudiziario di notevole interesse per lo studio dei rapporti fra lo Stato, il corpo e le pratiche scientifiche: sul caso si veda l'analisi di Amedeo Santosuoso, contenuta nel suo libro *Corpo e libertà. Una storia tra diritto e scienza*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001, pp. 141-152.



## ***Per un dizionario enciclopedico di Antropologia medica***

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

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

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

Questo impegno – volutamente *collettivo* al fine di garantire all'iniziativa una più ampia piattaforma di esperienze e riferimenti e al tempo stesso una organica coerenza complessiva tra le varie “voci” – ci è sembrato particolarmente opportuno in una fase di sviluppo della antropologia medica caratterizzata da notevoli

differenze di approccio, nei vari contesti e nelle varie scuole, e dalla conseguente eterogeneità di lingue e di significati in cui la terminologia disciplinare viene usata e si espande nei vari Paesi con una frequente sottovalutazione dei fondamenti e delle implicazioni teorico-metodologiche, e talora ideologiche o “di situazione”, in cui i singoli termini vengono proposti e via via utilizzati. Una situazione, questa, tanto più grave in un Paese come l'Italia in cui l'antropologia medica, almeno nella sua forma contemporanea, è entrata con un certo ritardo e si espande ora in forme non di rado disorganiche e improvvisate: in cui dunque i concetti-chiave sono scarsamente sedimentati e solo parzialmente sottoposti a verifiche critiche alla luce della nostra realtà e della “nostra” tradizione antropologica, spesso veicolati attraverso termini poco univoci e malamente ed eterogeneamente tradotti da altre lingue; e in cui, anche in questo campo, a fronte di un crescente reale bisogno di competenze specialistiche, fa tuttora riscontro una perdurante carenza di luoghi istituzionali di formazione e ricerca.

Voce finora pubblicata: *Sistema medico* (“AM”, n. 9-10, ottobre 2000, pp. 209-222).

## *Dolore*

[francese: *Douleur* / inglese: *Pain* / spagnolo: *Dolor*]

### *A. Definizione*

Benché il dolore sia una esperienza universale della condizione umana, e la ragione più frequente di ricerca di cure, è ancora oggetto di discussione, soprattutto da parte delle scienze mediche, una definizione appropriata. L'esperienza del dolore, infatti, e il dibattito del quale qui si renderà succintamente conto, declina una complessità che sottolinea come essa sia una esperienza totale, sensoriale e psicologica, che si struttura ad un livello percettivo elevato. Essa coinvolge, oltre alla sfera sensoriale, quella emozionale-affettiva, in una integrazione fortemente articolata dalla dimensione soggettiva e storico-culturale. È attraverso questo filtro che il dolore diviene “sofferenza”, o meglio, negli attuali termini antropologici, una “esperienza incorporata”. I segnali corporei, raggiungendo la coscienza, si arricchiscono di coloritura emotiva e di connotazioni qualitative amplissime, che si manifestano attraverso stili espressivi e codici comunicativi. Una completa comunicazione ed ostensione del dolore non è possibile, e

questo fa sì che, per chi è estraneo al dolore provato da qualcuno, stili espressivi e codici comunicativi possano assumere la forma di mero significante. Nel 1979 l'International Association for the study of Pain ne propose la seguente definizione: «Il dolore è una esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata ad un danno tessutale reale o potenziale e descritta nei termini di tale danno, segnalata da una qualche forma di comportamento rilevabile», e ancora: «il dolore è sempre soggettivo» e quando una persona riferisce di provarlo anche in assenza di evidenza organica e funzionale «deve essere accettato come dolore» (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN 1979).

### *B. Profilo storico*

Il tentativo più noto di collegare l'esperienza del dolore ad una dimensione culturale è stato quello di Mark Zborowski nel 1952 (ZBOROWSKI M. 1977 [1952], ZBOROWSKI M. 1969). Non fu il primo: già W. H. R. Rivers ed Erwin Ackerknecht (ACKERKNECHT E. 1946), medico e storico influenzato dai funzionalisti britannici, avevano dedicato attenzione a tale argomento. Ma l'impatto dello studio di Zborowski fu di gran lunga maggiore, valicando l'ambito degli specialisti del rapporto tra cultura e sistemi di cura della salute. L'autore si rivolse alla differenza di comportamento e di reazione al dolore in quattro gruppi etnici (quelli più rappresentati nella città di New York nel periodo considerato: italiani, irlandesi, ebrei e *Old Americans*, ovvero cittadini americani da più di due generazioni) in un grande ospedale specializzato nella cura e nella riabilitazione dei reduci di guerra. Lo studio prende dunque in esame solo la popolazione maschile appartenente a diverse classi di età. Infatti, alla fine degli anni Cinquanta vi erano seguiti reduci dalla prima e dalla seconda guerra mondiale, e dalla guerra di Corea. L'obiettivo pratico, che per noi rimane oggi l'autentico valore pionieristico di questo studio, era contribuire a chiarire da dove emergevano le difficoltà nel rapporto tra infermiere, medico e paziente: l'atteggiamento nei confronti del dolore fisico di ciascuna di queste categorie ha, infatti, grande importanza, soprattutto quando l'infermiere o il medico ritengono che il paziente esageri la sensazione di dolore, mentre il paziente pensa che il medico o l'infermiere minimizzino la sua sofferenza. Questo aspetto ha importanti conseguenze sulla decisione di somministrare analgesici e sul tipo di risposte assistenziali fornite al paziente. Al nostro sguardo appaiono invece superati i criteri analitici impiegati, e soprattutto la sopravvalutazione del ruolo dell'etnicità nella stilizzazione dell'espressione del dolore. Per comprendere i modelli di risposta specifici nell'espressione del dolore,

Zborowski analizza diversi aspetti della cultura, comparandone le diversità per ciascuno dei gruppi presi in esame. Le categorie analitiche impiegate sono: i modelli educativi, con una focalizzazione tipica del periodo sul ruolo giocato dalla trasmissione culturale, piuttosto che sulle dinamiche di apprendimento; seguono le aspettative concernenti il comportamento secondo il genere sessuale; altre variabili prese in considerazione sono di tipo più propriamente sociologico, come il grado di istruzione e l'attività lavorativa. L'autore dichiara esplicitamente che si tratta di uno studio a carattere descrittivo, ma la scelta delle categorie analitiche alle quali far risalire le differenze significative tra i gruppi, e l'impiego acritico, come nello spirito del periodo, del termine "etnia" sortisce un effetto generalizzante e atemporale. Inoltre, l'atteggiamento in risposta al dolore coagula tutte queste componenti in uno stile espressivo, verbale e non verbale, il quale però è subordinato alla comunicazione di diverse esigenze psicologiche: ad esempio, provocare preoccupazione e interessamento, o suscitare comprensione per la propria sofferenza. In altre parole, le componenti culturali identificate servono più a spiegare l'atteggiamento psicologico soggiacente che ad avere importanza in quanto tali. La maggiore critica rivolta a Zborowski è quella che il suo studio, nel tratteggiare le differenze tra "etnie", fuori dalla storia e dal cambiamento, esemplifica il paradigma discontinuista insito in un approccio che finisce per reificare e rendere stereotipica ogni particolarità personale, di genere, e di situazione. Inoltre, il rischio che si profila è quello di generare aspettative di comportamento dei pazienti negli operatori sanitari, i quali sono incoraggiati a leggere nelle difformità personali, rispetto al modello presentato, una deviazione dalla norma. L'alone di notorietà del saggio di Zborowski meglio è comprensibile se concentriamo la nostra attenzione ad alcuni elementi periferici della sua analisi. Tra di essi, oltre al già citato problema della possibile sottovalutazione del dolore del paziente da parte dello staff medico-infermieristico, che diventerà il tema dominante nella letteratura clinica degli ultimi anni (cfr. *infra*), lo spunto legato alla dimensione biografica, concernente le conseguenze che una patologia dolorosa può avere sulla globalità di vita di una persona quando interseca la dimensione lavorativa e le risorse attingibili dai vari sistemi di welfare, e la riflessione sulla differenza tra "dolore previsto" e "dolore accettato". Scrive Zborowski: «la previsione del dolore nasce da una sofferenza considerata inevitabile in determinate situazioni [...]. L'accettazione presuppone anche la disponibilità a sperimentare il dolore». L'esempio fornito dall'autore per capire la differenza tra previsione ed accettazione del dolore riguarda il parto: il dolore delle doglie è *previsto* in quanto connesso fisiologicamente al parto, ma mentre ad esempio negli Stati Uniti, già negli

anni Cinquanta, non era accettato e si usavano vari mezzi per alleviarlo, in altre nazioni, esso era *previsto* e anche *accettato*, e di conseguenza si faceva poco o nulla per mitigare la sofferenza. Questo spunto ci permette di aprire una riflessione contemporanea sulla lentezza della diffusione delle terapie antalgiche, segnatamente in Italia, sino al 1999, che caratterizza una cultura dell'accettazione sociale del dolore. È un percorso segnato da pastoie burocratiche – il peso delegato ai medici di medicina generale nella somministrazione di oppiacei, quindi di sostanze la cui prescrizione era materia particolarmente delicata, dal timore dei pazienti e dei loro familiari legato all'assunzione di sostanze lette come comportanti dipendenza, da una cultura del dolore, non possiamo dire quanto influenzata da ideologie religiose, per la quale il dolore mal trattato e necessariamente sopportato diventa inevitabile.

A proposito della “disponibilità a sperimentare il dolore” si segnala uno degli aspetti meno indagati dalla letteratura, ma che appare particolarmente pertinente all'ambito delle cure riabilitative: la mobilitazione di un arto, il ri-apprendere a camminare utilizzando presidi o supporti per il recupero funzionale di lesioni muscolo-scheletriche, e gli esercizi ad esso legati, così come molti altri trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, implicano la disponibilità a sperimentare dolore da parte del soggetto. Un dolore che, soprattutto in ambito riabilitativo, non può essere sedato, perché fornisce al curante e al paziente la percezione del limite di motilità e di controllo e di percezione del corpo, se si eccettua l'applicazione preventiva di ghiaccio sintetico o della TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulation, stimolazione cutanea mediante elettricità a basso voltaggio applicata per mezzo di elettrodi nella zona da cui si irradia il dolore). Rispetto a questa cooperazione tra curanti e curati intessuta dall'esperienza del dolore, è stato esaminato principalmente il versante della cooperazione interpretativa, nella costruzione del “*therapeutic emplotment*” (“costruzione della trama terapeutica”). Cheryl Mattingly (MATTINGLY C. 1994) ha impiegato la teoria della narrazione per comprendere la relazione storia/esperienza tra ergoterapeuti e pazienti in una unità di riabilitazione, come il lavoro clinico e terapeutico costruiscono e mettono in forma l'esperienza della malattia, consentono la valutazione dei progressi da parte dei pazienti e dello staff.

Studi successivi a quello di Zborowski hanno approfondito il rapporto tra dolore e cultura in senso descrittivo, allargandole ad altri gruppi culturali (MIGLIORE S. 1989, LIPTON J. A. - MARBACH J. J. 1984, CRAIG K. - WYCKOFF M. 1987). Il merito di tali ricerche è senz'altro quello di evidenziare la relatività di quanto consideriamo scontato nell'esprimere qualcosa che ci appare im-

mediato e “naturale” come il dolore fisico. Tuttavia, studi di questo genere, orientati sui gruppi etnici, ripetono alcuni dei limiti già evidenziati: tendono a suscitare una immagine stereotipata, creano delle aspettative di comportamento applicando una visione generale al singolo, rischiano di farci perdere di vista l'individuo, e ciò che per la sua esperienza viene a significare “provare dolore”. Inoltre, collaborano a costruire immagini dell'Altro come forme di appropriazione, inglobamento, annichilimento della diversità: così possiamo apprendere come uno dei maggiori antropologi americani Kroeber, partecipa a questa pratica di indifferenza verso la sofferenza dell'Altro impadronendosi delle voci dei Nativi americani, ma negando la loro affermazione di sé (personale e culturale) (BUCKLEY T. 1989). Ogni cultura crea le forme entro le quali versare e concettualizzare la sofferenza, ma che cosa il dolore significhi per la vita di ciascuno di noi può essere chiarito solo attraverso la relazione complessa tra la nostra esperienza e storia individuali, e quanto culturalmente ci permette di costruirne il significato.

Meno generalizzante è la serie di studi che tra gli anni Ottanta e gli anni Novanta concentra l'attenzione sui modi culturali di esperienza del dolore, le categorie descrittive e cognitive, la semantica del dolore che traduce l'esperienza in significati condivisi: dalla descrittività si procede verso i linguaggi e i significati del dolore, avvicinando l'approccio fenomenologico.

Ad esempio, nella vasta letteratura sui “nervios”, quale particolare idioma del malessere, troviamo lo studio di Abad e Boyce (ABAD V. - BOYCE E. 1979) concernente due diverse concettualizzazioni del mal di testa (*dolor de cabeza* e *dolor de cerebro*), che si distinguono per sede, intensità dello stimolo doloroso e qualità dell'esperienza. Ohnuki-Tierney (OHNUKI-TIERNEY E. 1981), descrivendo la salute/malattia presso gli Ainu giapponesi, elenca le metafore animali impiegate nella descrizione dei sintomi, come pure Ots (OTS T. 1990) si sofferma sulle forme di disagio che segnano l'incorporamento delle categorie mediche tradizionali cinesi di equilibrio/squilibrio quale causa della malattia. Ebigbo (EBIGBO P.O. 1982) elenca le forme di malessere e dolore fisico e le espressioni relative che appaiono come predittive di disagio mentale in una popolazione nigeriana. Va ricordato uno studio la cui complessità anticipa le linee attuali di riflessione sul dolore: Fabrega e Tyma (FABREGA H. - TYMA S. 1976a, FABREGA H. - TYMA S. 1976b) individuano la relazione tra dolore e cultura come interrelazione di stupefacente complessità tra elementi neurobiologici, modulati da processi ormonali, emozionali e percettivi, a loro volta influenzati da categorie culturali e relazioni sociali. Uno studio così denso e multifattoriale da rendere improponibile ogni tentativo settoriale (delle scienze sociali o di quelle mediche) di cogliere i processi che trasformano la fatica in mal di testa, o uno stigma

sociale in crampi addominali. In effetti, la rete delle variabili da prendere in considerazione nell'esperienza del dolore è talmente ampia, e la metodologia ancora così inadeguata, da spiegare come il dolore sia, per le scienze mediche, uno dei pochi stati definiti come "soggettivi", da un lato, mentre per le scienze sociali ci si concentra sugli approcci concettuali dell'antropologia dell'esperienza e della fenomenologia. Ancora una volta, il dolore sfida ogni pretesa intellettuale di fornirne una visione unitaria.

Il dolore si caratterizza per la sua totalità: anche se all'inizio è un fatto interiore, alla fine esso occupa tutto il corpo e invade la sfera oltre il corpo stesso. Il suo dominio del corpo, per esempio, è dimostrato dal fallimento dei numerosi tentativi di eliminare chirurgicamente le vie del dolore, perché il corpo ne genera rapidamente, spontaneamente delle altre. Riguardo alla sua collocazione nel cervello Melzack (MELZACK R. 1990) annotava come tradizionalmente, si sia ritenuto che la sensazione di dolore e la reazione ad esso fossero provocate da un "centro del dolore" situato nel cervello. Tuttavia, l'idea di un centro del dolore è totalmente inadeguata a spiegare la complessità del dolore. In realtà, tale idea è fantasia pura, a meno che non si consideri praticamente l'intero cervello come il centro del dolore, perché il talamo, l'ipotalamo, la formazione reticolare del midollo allungato, il sistema limbico, la corteccia parietale e la corteccia frontale sono tutti implicati nella percezione del dolore. Ovviamente, gli aspetti emotivi e motori del dolore interessano altre aree del cervello. La medesima totalità contraddistingue l'esperienza interiore del dolore.

David Le Breton (LE BRETON D. 1995) aggiunge una nuova tessera alla costruzione della sua "antropologia del corpo" intrapresa sin dalla metà degli anni Ottanta con un testo che affronta il dolore su un piano antropologico, interrogandosi su come la trama sociale e culturale in cui esso è immerso influisce sui suoi comportamenti e sui valori. Le tre polarità del dolore – universalità, individualità, socialità – costituiscono lo sfondo di un percorso complesso di riflessione. Il dolore, assolutamente irriducibile alla nudità di un semplice fatto biologico, propone l'eterno problema del significato del male. Per questo motivo il dolore viene integrato da tutte le società in una visione del mondo, che attribuisce significati, elabora misure simboliche e pratiche per limitarne la distruttività, o trasformarlo in prova creativa e vitale. Esempio è il cristianesimo, il quale, come altri sistemi religiosi, colloca la sofferenza umana all'interno di un disegno divino al quale l'uomo non può che sottostare. La sofferenza estrema, la tribolazione della carne in questo disegno divengono segno di elezione, trasformandosi, come testimoniano le vite dei santi, in godimento ed estasi. Sulla valenza positiva e vitale del dolore si fondano anche i riti di iniziazione:

il dolore imposto e ritualizzato, insieme alla dimensione del segreto, diventano matrici generatrici di inclusione e costruzione di umanità, di risorse morali e fisiche per affrontare l'esistenza, individuale e sociale. Le Breton si sofferma su alcuni "usi sociali" del dolore, come il "dolore educativo" somministrato attraverso le punizioni corporali, o la tortura quale materializzazione di una logica del dominio, o, seguendo lo spunto di Zborowski, il dolore ammesso e previsto in alcune pratiche sportive, come il pugilato. L'analisi di Le Breton è senz'altro calzante, quando constata che l'appropriazione del dolore da parte della medicina come oggetto di sua esclusiva competenza ha contribuito a mutare il rapporto degli individui con la sofferenza fisica. Il dolore sta perdendo ogni significato morale, così come si perde progressivamente il valore un tempo attribuito alla capacità di sopportazione personale, mentre la domanda crescente di analgesici consegna alla medicina un potere crescente sui corpi, nonostante le attese di onnipotenza si infrangano contro l'incapacità di trattare molte forme di dolore grave e invalidante. La gestione monopolistica del dolore da parte della biomedicina lo trasforma in problema tecnico di pertinenza specialistica. Viene quindi sottratto alla competenza culturale degli attori sociali, avviandosi a diventare un non senso, incomprensibile, intollerabile. L'Autore conclude ribadendo che in ogni dolore c'è in potenza una dimensione iniziatica, una sollecitazione a vivere più intensamente la coscienza di esistere. Sradicando il sentimento della propria identità, il dolore è antropologicamente un principio radicale di metamorfosi, di accesso ad una identità rinnovata, di conoscenza dei propri limiti. Ma sembra che Le Breton si stia riferendo unicamente al dolore acuto, non a quello cronico, sembra ignorare quella parte dell'umanità per cui non è possibile risollevarsi dal proprio male. Questo tipo di analisi, alla fine disancorato dalle situazioni concrete, sortisce quell'effetto disumanizzante che stigmatizzava Arthur Kleinman, quando scriveva che antropologizzare la sofferenza non era meno deprecabile del medicalizzarla: in entrambi i casi il risultato è la perdita di una esperienza umana (KLEINMAN A. - KLEINMAN J. 1991).

Pochi autori sono stati importanti quanto Michel Foucault nel dimostrare come, paradossalmente, la sofferenza moderna sia stata promossa da quelle stesse istituzioni - prigioni, cliniche, asili manicomiali - stabilite dallo Stato per prevenirla. Questi atteggiamenti, e quello soprattutto nei confronti del dolore, derivano da precise circostanze storiche. Quando la medicina entrò nel XIX secolo, il mondo clinico fu profondamente ristrutturato sulla base del lavoro fatto nei laboratori e nelle sale di dissezione anatomica. Il mondo dell'infermità, che era in egual misura aspetto del-



l'esperienza del paziente e del clinico, tanto che le precedenti classificazioni delle malattie comprendevano anche le categorie delle *febbri* e dei *dolori*, venne posto in correlazione con i dati dell'anatomo-patologo e del fisiologo, e reinterpretato sulla base di essi. Questo enorme cambiamento viene posto da Foucault al centro della sua opera *Nascita della clinica* (FOUCAULT M. 1969 [1963]): la malattia *vera* non viene più ad essere quella sperimentata dal clinico o dal paziente; la malattia reale diviene la *lesione*. Tutto il linguaggio della malattia cambiò: le febbri e i dolori non furono più "malattie" in sé, ma divennero dei sintomi. Il nuovo orientamento rese possibile unificare le osservazioni tramite un nuovo modello esplicativo. Ancora più importante rese possibile un programma di ricerca in cui i dati dei medici potevano essere esaminati, criticati e confrontati sulla base delle concezioni emergenti dell'anatomia e della fisiologia. Tuttavia Foucault non seppe cogliere appieno il significato di questo rivolgimento: questa ristrutturazione portava con sé come conseguenza una ideologia che riduceva il significato e l'importanza attribuita alle lamentele dei pazienti. Si arrivò a considerare in buona fede il paziente che esponeva dei problemi solo se questi avevano un valore di verità anatomo-patologica o fisio-patologica. In mancanza di una lesione o di un disturbo fisiologico diventava probabile che la lamentela fosse considerata in mala fede. Prima, quando il dolore costituiva una delle dieci classi in cui venivano classificate le malattie, questo consentiva di considerare le ansie e le affezioni dei pazienti come problemi in se stessi. Legittimava il ruolo sociale di coloro che si lamentavano di una vasta gamma di dolori e sofferenze.

Ancora nell'ambito degli studi di storia della medicina che maggiormente contribuiscono a chiarire la posizione del dolore nel dibattito attuale anche antropologico, ricordiamo l'*Histoire de la douleur* di Roselyne Rey (REY R. M. 1993). Costruire una "storia del dolore" non significa solamente decifrare nuovi territori per l'analisi storica, come in altri momenti tale attenzione si è concentrata sul corpo, sulle pratiche alimentari o dell'abbigliamento, anche se ciascuna di esse ha offerto un insostituibile contributo alla critica delle categorie di analisi e dei sistemi di rappresentazione. Dedicare attenzione storica al dolore significa concentrarsi su un oggetto ambiguo, nell'intersezione tra biologico e culturale. L'Autrice efficacemente illustra la costruzione culturale e sociale del dolore, i cambiamenti di significato nel corso delle varie epoche, il ricordo della memoria collettiva di episodi, di circostanze e della retrocessione dei limiti alla sopportazione del dolore che le processioni dei flagellanti nel Medio Evo, i cortei dei martiri, i convulsionari di San Medardo nel XVIII secolo che si infliggevano tormenti con braci ardenti, ferri scaldati al calor bianco, cilici e percors-

se, i racconti della vita dei mistici – «soffrire o morire», scriveva Teresa d'Avila – i soldati di Napoleone nella campagna di Russia, che ripartivano a cavallo dopo una amputazione, mostrano con la qualità dell'eccezionale. Testimonianze ed esempi di un rapporto degli uomini con il dolore modificato dall'incidenza di credenze, universi filosofici e religiosi diversi. Nel cambiamento che il senso del dolore ha attraversato nel corso dei secoli, vengono messe in luce le conseguenze di tale trasformazione sull'esperienza individuale del dolore. I differenti archi di possibilità dell'interpretazione del dolore – prova necessaria, male che avvia ad un superiore bene successivo, castigo, fatalità – intersecano e modificano la percezione che ne ha il soggetto, ne elevano o abbassano la sua capacità di resistenza: diventano coraggio morale, dominio dello spirito sul corpo, volontà ed eroismo. Nella opposizione storica tra dolore fisico e sofferenza morale, Roselyne Rey chiarisce come il suo studio si concentri sul dolore fisiologico, nei tentativi storici di oggettivarlo, svelarne il funzionamento, tentarne la mitigazione. Ma è una oggettivazione – quanto ad esempio il linguaggio giuridico traduce alla perfezione quando valuta il *pretium doloris* – che sottintende sempre il soggetto al quale rinvia la parola “sofferenza”. E l'etimologia dei verbi da cui derivano le parole “sofferenza” e “dolore” testimoniano la specializzazione del senso: “soffrire” dal latino *sufferre*, significa sopportare, resistere, concedere, e appartiene alla classe dei verbi che richiedono un soggetto animato, una persona; mentre l'antico “dolarsi” (rammaricarsi, provare dolore fisico), poteva essere costruito tramite un soggetto inanimato. In latino *doleo* poteva avere sia una costruzione impersonale, quanto avere più spesso come soggetto la parte dolorante: *caput dolet*. È la mia testa che prova dolore, ossia, ho mal di testa. Anche se gli usi correnti della lingua vivono nell'ignoranza o nella non consapevolezza dell'eredità latina dei termini, quest'ultima chiarisce bene in quale senso si parli di “dolore”, anche se, quando esso è intenso, protratto o cronico coinvolge l'individuo nella sua totalità. L'exkursus di Rey sgrana teorie e pratiche di medici, fisiologi, neurologi dall'antichità greco-romana alla prima metà del XX secolo. Sciatica ed emicrania, gotta e ferite di guerra, il parto e i calcoli: non è ad essi, ma al dolore in quanto oggettivabile e conoscibile che i medici si rivolgono, nell'analisi delle condizioni scientifiche ed istituzionali che hanno formulato ipotesi e teorie sul dolore, e pratiche utilizzate nel trattamento del dolore. Lo studio fisiologico del dolore, la costituzione del dolore in quanto oggetto di sapere è anche stata la posta in gioco di una conquista, a lungo mancata. Prima considerato come compagno inevitabile della malattia, il dolore è stato spesso preso in considerazione e poi relegato in secondo piano. E questo è avvenuto soprat-

tutto quando la medicina ha definito se stessa con lo scopo di guarire, poco importa a quale prezzo, e con quali dolori sopportati e inflitti dall'atto terapeutico pur di raggiungere questo obiettivo. Questa logica, che si stringe intorno alla malattia invece che attorno al malato, che distoglie lo sguardo dalle conseguenze secondarie dei trattamenti (cicatrici dolorose, effetti collaterali dei farmaci, dolori post-operatori), viene rinforzata dal successo della medicina. Tale situazione definisce anche un certo tipo di relazioni tra il medico e il paziente, sottolinea il costituirsi dell'assenza del malato come soggetto, l'alienazione della sua parola e del suo volere. Inoltre, il dolore non ha uno statuto definito: tra emozione e sensazione, il dolore è stato costantemente conteso tra due approcci ugualmente insufficienti: l'analisi del dolore come emozione, opposto al piacere, escluso dal campo dalla fisiologia per essere iscritto in quello della filosofia o della psicologia; opposto a questo, la ricerca della specificità fisiologica (dei recettori, delle vie di conduzione, dei centri).

Per quanto riguarda la ricerca delle sostanze in grado di lenire il dolore, si segnala, ancora nel testo di Rey, la scheda dedicata alla farmacia e alla chimica alla fine del XIX secolo, ovvero, seguendo la periodizzazione di Vittorio Alessandro Sironi, dal superamento dell' "era empirica" settecentesca e proto-ottocentesca, all' "era farmacologica", che ha caratterizzato il periodo compreso tra fine Ottocento e inizio Novecento, sino all' "era terapeutica" preannunciata dalla siero e vaccinoterapia e dagli arsenobenzoli, che inizierà con la scoperta dei sulfamidici (per un parallelo con la situazione italiana cfr. SIRONI V.A. 1992). Rey rende conto dei progressi dei farmaci contro il dolore, prima iscritti nella classe degli "encefalitici (cerebro-spinali)", che comprendono i "convulsivi tetanici" (noce vomica, stricnina, curaro, eccetera), i "convulsivi stupefacenti, deliranti e nauseanti", gli "inebrianti" (hashish, mandragora, cloroformio, protossido di azoto) e gli "encefalitici metallici" (piombo, zinco, argento, oro, bismuto). Nel 1867 compaiono l'acotinina, principio attivo dell'aconito utilizzato contro i dolori reumatici e la gotta, il cancro e le nevralgie; la veratrina, estratta dalla radice dell'elleboro bianco o del colchico, impiegata nella cura delle stesse affezioni. La scorza del salice, già conosciuta dall'antichità, era stata studiata dal farmacista francese Leroux, che ne aveva isolato il principio attivo nel 1829. Questi studi aprono la strada ai lavori sull'acido salicilico, e poi ai salicilati, che rivoluzioneranno il rapporto con il dolore, attraverso l'aspirina, messa in commercio dalla Bayer nel 1899. La sintesi dell'aspirina era già stata realizzata da Charles Frédéric Gerhard nel 1852 (acido acetilsalicilico), ma questo chimico di Strasburgo, arrivato per lavoro a Parigi, ebbe notevoli difficoltà ad essere riconosciuto

nel suo valore dal potente chimico Dumas, protetto da Napoleone III. Fu quindi Félix Hoffmann, nei laboratori Bayer a ritrovare la composizione dell'aspirina, sostanza in grado di lenire il dolore senza gli inconvenienti del salicilato di sodio (crampi allo stomaco, nausea, edema). Negli anni precedenti, nel 1883, Ludwig Knorr aveva preparato un prodotto di sintesi, l'antipirina, introdotto l'anno successivo contro la febbre e i dolori. Quanto all'acetanilide, predecessore del paracetamolo, venne introdotto nel 1898 per le sue proprietà analgesiche e antipiretiche. Nella categoria "anestetici, ipnotici, narcotici" (il termine "analgesici" sarà introdotto solo successivamente) all'inizio del Novecento fanno il loro ingresso negli annuari di specialità farmaceutiche una trentina di nuovi prodotti all'anno, anche se la morfina resta il medicinale di base. Questi elementi storici ci accompagnano all'attuale pratica della terapia del dolore e alle sue ambiguità: da un lato, nei casi gravi di dolore, la resistenza che ancora permane verso l'impiego di oppiacei, da parte della popolazione; dall'altro, la disponibilità, in un mercato mondiale dei farmaci, di prodotti in grado di lenire il dolore che accompagna le più varie affezioni.

Nell'inesausta ricerca di un contenimento o di una espulsione del dolore dalla scena culturale, il dolore resta un "oggetto critico" (GUERCI A. - CONSIGLIERE S. 2002), che, nella sua duplice declinazione in quanto *algos* e *pathos* (DE MARCO F. cur. 1998), sollecita l'area della segnicità (linguistica, letteraria, artistica...) quanto quella della fabbrilità (modi e rimedi della cura popolare, figure terapeutiche, arte dei semplici...) (D'AGOSTINO G. - VIBAECK J. cur. 1989).

Il dolore è "reale" nel senso che è provato da una persona: non esiste quindi in quanto tale, ma è un elemento comune ad innumerevoli specifiche esperienze. Il poter essere definito, nella sua intensità e nelle conseguenze che si oppongono ad una qualità della vita, unicamente da chi lo prova, è una acquisizione recente per le scienze mediche e per il campo applicato della terapia e dell'assistenza. Si tratta infatti di un ambito che si sottrae singolarmente alle istanze di modelli oggettivanti e di validità generale, in quanto la specifica qualità percettivo-cognitiva dell'esperienza del dolore la sottrae ai paradigmi conoscitivi consolidati. Questa riflessione fu ripresa dall'ostetrica inglese Margo McCaffery, una tra le professioniste più impegnate nel campo dell'applicazione della gestione del dolore e nella divulgazione scientifica rivolta agli infermieri (McCAFFERY M. 1983: 21): «il dolore è tutto ciò che il malato afferma che sia, reale o immaginario, e per quanto insignificante possa sembrare all'osservatore esterno, il malato non ha dubbi della sua esistenza e importanza».

Elaine Scarry (SCARRY E. 1990 [1985]) si colloca entro questo nuovo ambito di consapevolezza, e in un poderoso testo conduce una complessa riflessione sulla violenza, in cui si coglie la meditazione di Simone Weil, alla luce del concetto di alienazione marxiana. Muovendo da osservazioni sulla difficoltà di esprimere il dolore (avverte l'Autrice che lavorare per dare voce al dolore è lavorare contro la sua persistente, autoisolante intensità, e perciò contro il dolore stesso), Elaine Scarry esamina due casi di pratiche il cui carattere distruttivo viene socialmente negato, opacizzato: la tortura e la guerra. La prospettiva che si richiama a Marx è riconoscibile nella sequenza fondamentale, dedicata alla "struttura dell'artefatto" e al nesso produzione-violenza: sofferenza, immaginazione, lavoro, oggetto prodotto, con la differenza tra il produrre come civiltà e il produrre come estraneazione. Analogamente il corpo si iscrive in questa produzione: può essere colto come espansione, attraverso oggetti e strumenti, come creazione, "proiezione della vitalità"; mentre simmetricamente, la "decivilizzazione" distrugge il corpo, attraverso la tortura e la guerra, o meglio il corpo si contrae a significare una ideologia estranea vincente. L'Autrice analizza come il dolore fisico occupi una posizione eccezionale nell'intero tessuto degli stati psichici, somatici e percettivi, perché è l'unico stato privo di un oggetto: «sebbene la capacità di esperire dolore fisico sia per gli esseri umani un fatto altrettanto importante quanto la capacità di udire, toccare, desiderare, temere, aver fame, il dolore si distingue da questi eventi e da ogni altro evento somatico e psichico, poiché non ha un proprio oggetto nel mondo esterno. Si odono e si toccano oggetti posti al di fuori dei confini del corpo, un desiderio è un desiderio di *x*, la paura è paura di *y*, la fame è fame di *z*: ma il dolore non è "di" o "per" qualcosa – è soltanto se stesso. Questa mancanza di oggetto, la totale assenza di un referente, impedisce di solito la sua espressione linguistica: privo di oggetto, non può essere facilmente oggettivato in alcuna forma, materiale o verbale. Ma questa mancanza di oggetto può anche dare origine all'immaginazione, mettendo innanzitutto in moto il processo che alla fine porta alla luce la marea di artefatti e di simboli che produciamo e fra cui ci muoviamo» (SCARRY E. 1990 [1985]: 278). Il dolore fisico comporta un accrescimento del mondo naturale, nel senso etimologico di inventare e quindi di scoprire, costruire un mondo di riferimenti che collegano l'interno con l'esterno del corpo. L'avversione che suscita il dolore rende estremamente pressante la necessità di uscire ed allontanarsi dal corpo. Come il dolore è inseparabile dal corpo, così è inseparabile dalle relazioni con il mondo e tra i soggetti. La prima qualità che caratterizza il dolore è la sua refrattarietà al linguaggio. Questo è ancora più vero per il dolore intenso e prolungato che può accompagnare un

cancro, le ustioni, un'amputazione, così come il dolore intenso e prolungato che si può provare senza che si manifesti una malattia definibile. Il dolore fisico non resiste solo al linguaggio, ma lo distrugge attivamente, porta ad uno stato anteriore ad esso, ai suoni e ai gemiti che un essere umano emette prima di apprenderlo. Inoltre, l'esperienza dell'intensità del dolore non può essere condivisa. Quando una persona ci parla del proprio dolore, ciò che accade all'interno del suo corpo può assumere il carattere remoto di un evento sotterraneo e profondo. A meno che la superficie del corpo non ne mostri le tracce che lo giustificano e che lo rendono reale per noi – una ferita, una piaga, un ascesso, un gonfiore – il dolore per noi non è *reale*: appartiene ad una geografia invisibile, perché non si è ancora manifestato sulla superficie visibile del corpo. Il dolore si trova nei corpi di persone che vivono nel mondo in cui si svolge la nostra vita quotidiana, e che ad ogni istante possono trovarsi soltanto a qualche centimetro di distanza da noi. Il segno del trionfo del dolore è che il suo carattere ripugnante è in parte determinato dalla separazione completa tra il senso della propria realtà e la realtà delle altre persone. Quando si parla del *proprio dolore fisico* e del *dolore fisico di un'altra persona*, può quasi sembrare che si stia parlando di due eventi completamente diversi. Chi soffre coglie il dolore *naturalmente* (cioè non può non coglierlo, neppure con uno sforzo eroico); mentre per chi è estraneo al corpo sofferente, viene naturale *non* cogliere il dolore. È facile rimanere nella totale inconsapevolezza della sua esistenza; anche facendo uno sforzo, se ne può dubitare, o si può mantenere la straordinaria libertà di negarla. Alla fine, anche se si riesce a coglierla con il massimo dell'empatia e un prolungato sforzo dell'attenzione, quel qualcosa che si osserva non sarà che una parte minuscola e vaga di quello che chiamiamo il vero dolore. «Così, per la persona che soffre, il proprio dolore è un fatto talmente incontestabile e indiscutibile che “provare dolore” può essere pensato come l'esempio più convincente dell' “essere certi”; per l'altra persona, invece, ciò è così difficile da afferrare che “sentir parlare del dolore” può costituire il modello principale dell' “essere in dubbio”. Così il dolore si insinua tra di noi, senza che noi possiamo dividerlo, come ciò che non può essere negato e non può essere provato al tempo stesso» (SCARRY E. 1990 [1985]: 18-19).

Così il problema del dolore è problema della relazioni tra colui che lo prova e gli altri; è problema della sua comunicabilità e delle complicazioni percettive che ne derivano; è il problema della sua esprimibilità sia corporea che verbale; è il problema di rappresentare fenomenologicamente il corpo nell'esperienza vissuta del sé. È la declinazione delle rappresentazioni che hanno il corpo per oggetto e insieme il rendere conto della cono-

scenza incorporata del mondo, riferito all'*habitus* di Pierre Bourdieu (BOURDIEU P. 2003 [1972]), cioè il complesso degli atteggiamenti psicofisici mediante i quali gli esseri umani "stanno nel mondo". È porre attenzione e ai dispositivi di regolazione, di controllo, di sorveglianza, di *dominio* dei corpi: si pensi ad esempio al controllo corporeo che acquisiamo attraverso il *dressage somatico* e l'educazione infantile, a cominciare dal controllo degli sfinteri, per arrivare alla socialità dei codici delle buone maniere, o alla tortura, o ai campi di internamento, dove è lo Stato stesso a infliggere e a gestire il dolore, controllando tanto il corpo quanto ogni aspetto della coscienza.

Il primo problema è quindi quello della comunicabilità: poiché la persona che soffre esprime con difficoltà quanto prova, il linguaggio adatto al dolore viene talvolta creato da coloro che non soffrono, ma parlano *per conto* di chi soffre. Il confronto tra gli studi culturalisti degli anni Settanta e Ottanta e gli studi degli ultimi 15 anni evidenzia la svolta dalla supposta leggibilità dei codici e delle espressioni del dolore, quali repertori di segni ed espressioni che la comparazione culturale costruisce come evidenti, al dibattito sulla loro opacità. Due sono le forme di questo dibattito: la prima è interna all'antropologia medica, e si verticalizza nella riflessione fenomenologica e interpretativa sulla comunicabilità del dolore. La seconda matura nella pratica clinica e assistenziale, e si sostanzia nella necessità di comprendere il dolore per l'interpretazione clinica e il darne sollievo.

Quando il dolore diventa cronico, si viene a complicare la possibilità di una rappresentazione culturale. Atipico e difficilmente diagnosticabile, il dolore cronico sfida le forme convenzionali di significato. Soprattutto quando viene a mancare una causa facilmente rintracciabile (come nel caso di emicranie persistenti, alcune forme di mal di schiena, delle sindromi del trigemino, eccetera), si avanza il dubbio che il dolore manifestato non sia reale, "stia tutto nella testa", o che sia espressione di mala fede. Molti tra coloro che soffrono di sindromi di dolore cronico, dal canto loro dicono "dopo un po' nessuno ti crede". Dalla malattia, intesa come *disease*, ovvero quale viene definita all'interno del modello biomedico, si passa spesso alla valutazione morale: è una incapacità della volontà, è un lasciarsi andare al lamento senza sapersi controllare, è la cattiva abitudine senz'altro imparata a casa dove tutti "corrono dietro al paziente". Arthur Kleinman (DELVECCHIO GOOD M.-J. - BRODWIN P.E. - GOOD B. J. - KLEINMAN A. curr. 1992), dedica pagine severe al modello del paziente manipolativo, che si suppone tragga "vantaggi" dalla sua "vera" o "falsa" condizione di malattia. Un modello che poggia sulla radicalizzazione dell'opposizione tra psiche e soma, all'interno della quale si suppone l'almeno parziale influenza di

un controllo volontario sui propri sintomi, della cui sincerità si diffida. Questo modello interpretativo si basa sull'assunzione che il soggetto conoscente sia un agente individuale razionale, i cui stati cognitivi riflettono una immagine del mondo naturale. L'attore umano usa la ragione strumentale per raggiungere determinati scopi nel suo mondo quotidiano. La malattia risiede nell'individuo, nella fisiologia individuale, e la diagnosi e la terapia sono focalizzate sul corpo individuale; la responsabilità morale del medico si limita all'individuo sofferente. La sofferenza è una risposta privata del soggetto, e fintantoché questo soggetto è socialmente competente, può controllare il fatto che la malattia incida relativamente sulla sua vita di relazione, esterna al suo corpo sofferente. La psicologia ha ridimensionato questo riduzionismo biologico: invece di affondare il dolore nelle condizioni oggettive del corpo, essa guarda al dolore come prodotto o mantenuto in base ad alcuni principi. Tuttavia spesso all'interno di questa interpretazione vengono mantenute le stesse categorie che sottostanno all'approccio medico. Se la letteratura medica sottolinea i processi somatici, qui si focalizza la mente soggettiva (come soggetta a specifiche contingenze comportamentali e dinamiche familiari). Entrambe queste tradizioni tendono ad ignorare che l'esperienza immediata del dolore unifica le sue origini corporee, psicologiche e sociali. Il concetto di "vantaggi" (primari o secondari) che deriverebbero al paziente dalla sua condizione di malattia, esamina come, ad esempio, le risposte comportamentali della famiglia possano contribuire all'insorgere di una disabilità, come l'aumento di attenzione, di supporto possano rafforzare l'espressione comportamentale del dolore, come attraverso sintomi e dolore fisico si possano controllare gli altri, giustificare la propria dipendenza, essere lasciati in pace, evitare le relazioni sessuali, punire gli altri, controllare la propria rabbia, evitare le relazioni troppo intime. Sono facilmente comprensibili gli effetti negativi di questi comportamenti, che descrivono i giochi manipolativi dei pazienti che usano i propri sintomi per dominare la propria famiglia o sfuggire alle proprie responsabilità. Ora, se da un lato è vero che sintomi e dolore ristrutturano la vita dell'individuo e quella di chi gli sta intorno, se è vero che esistono famiglie che si impadroniscono dei sintomi di un familiare o di un figlio per distogliere l'attenzione dai conflitti esistenti e mantenere un precario equilibrio emotivo, è anche vero che non è facile dire dove finisce la sofferenza del corpo e inizia la manipolazione, quanto si è coscienti e si è in grado di controllare i sintomi e il dolore, e, soprattutto, se questo dolore fisico è "vero" o "falso". La dicotomia tra mente e corpo sostenuta sia dalla ricerca medica che da una parte di quella psicologica, identifica modalità di comportamento, e allo stesso tem-



po dà una valutazione del paziente che non può essere che negativa, oltre a mettere in dubbio la sua esperienza. Inoltre, molti pazienti che si trovano in questa situazione si sentono mortificati e indignati quando la loro esperienza viene screditata e messa in dubbio come “non reale”, o come dolore “funzionale”, quando il dolore fisico che comunque provano viene considerato “un problema psicologico, non un problema medico”. Attribuire questo dolore ad una disfunzione della mente piuttosto che del corpo implica che è colui che soffre che deve essere biasimato sia per il dolore sia per il fallimento del medico a trovare una cura.

A partire dal dolore cronico, la prospettiva antropologica sostenuta dagli estensori di *Pain as human experience* (DELVECCHIO GOOD M.-J. - BRODWIN P.E. - GOOD B.J. - KLEINMAN A. cur. 1992) ribadisce che l'esperienza del dolore richiede sempre un ri-orientamento cognitivo da parte della persona. Qualsiasi evento di malattia e in modo particolare quelle gravi o croniche, costituiscono un assalto ontologico che sfida la relazione tra il corpo, il sé e mondo circostante. La malattia trasforma il corpo vissuto in cui sé e corpo sono unificati ed agiscono come una unità nel mondo nell' “oggetto corpo”, dove il corpo è una fonte di costrizione per il flusso della esperienza. Diventa a questo punto importante concentrarsi su come viene riferita, narrata, proposta l'esperienza del soggetto, focalizzandosi su quanto essa mette “in gioco” a livello individuale e culturale nella nostra quotidianità. In questo modello di analisi, il punto di partenza è come i soggetti danno forma e struttura alla loro esperienza di malattia quando ne parlano, inserendola quindi in una cornice di narrazione all'interno della quale il passato, il presente e il futuro vengono ricontestualizzati ed ottengono un significato che è anche storico, politico, richiama la dialettica tra i generi, le modalità di “resistenza”, le condizioni economiche che contribuiscono a mantenere subordinazione, miseria, malattia, disabilità. Queste “storie di malattia” (*illness narratives*), viste alla luce di una antropologia fenomenologicamente avvertita, basata sull'esperienza dei soggetti, mostrano come l'assalto al sé avvenuto attraverso il corpo, viene subito o padroneggiato, reso carico di significati che oltrepassano la situazione contingente per estendersi alle relazioni, al proprio ambiente di vita e di lavoro, al proprio posto nel mondo, all'identificazione delle probabili cause, sentimenti ed azioni che hanno contribuito allo scatenarsi della malattia. Il corpo che patisce il dolore ci mostra il dispiegarsi a più livelli di quanto viene definito come *embodiment* (“incorporazione”) (CSORDAS T.J. 1990, CSORDAS T.J. cur. 1994, CSORDAS T.J. 2003 [1999]), ovvero il ponte simbolico, il reticolo sociosomatico che unisce percezione e cognizione, corpo ed esperienza. Ciò che anteriormente nell'analisi antropologica appariva esterno al cor-

po, anche quando si riferiva ad esso, condiviso in un sistema culturale specifico attraverso le tecniche del corpo, la convenzione dei ruoli e i comportamenti, le regole di etichetta e i modi corretti di esprimere i sentimenti, ora viene colto nella sua interiorizzazione, nel suo *essere* un corpo, come *agire incorporato*. Significa leggere la sofferenza di una soggettività vissuta all'interno di uno specifico contesto. Allo stesso tempo essa appartiene ad un soggetto e condivide, spesso crea, in un attivo traffico di culture, modelli, immagini, metafore e significati sociali. Questa sarà la prospettiva seguita dal volume collettaneo *Social suffering* (KLEINMAN A. - DAS V. - LOCK M. cur. 1997), che approfondisce attraverso temi diversi (dalla salute su scala mondiale agli orrori della guerra e della tortura, dalla violenza di stato ai modi del lutto e della perdita) il nesso tra dolore ed esperienza sociale. È attraverso la relazione tra corpo ed esperienza che è possibile rileggere il dolore tentando di uscire dalle strettoie semplificanti che fin qui abbiamo osservato. *Incorporazione*: quando consideriamo il corpo in senso fenomenologico, significa che io sono inserito nel mondo col corpo e la mia esperienza del mondo viene a me attraverso il mio corpo. Il mio corpo è il luogo delle mie facoltà di percezione, il punto di vista privilegiato dal quale io percepisco la situazione in cui mi trovo. Il mio corpo indossa, abita la propria soggettività: Reca impresse le tracce del mio essere nel mondo, del mio linguaggio, della mia cultura, della mia esperienza.

È ancora il testo di Elaine Scarry ed il problema della comunicabilità del dolore ad essere motore di riflessioni critiche: Vincent Crapanzano (CRAPANZANO V. 1996), muove la sua critica Elaine Scarry alla luce della visione di Lacan, pur condividendo che il dolore del corpo è una percezione costitutivamente priva di oggetto. Oltre al dolore, vi sono anche altri stati privi di un oggetto, come l'angoscia, o il godimento, e la mancanza oggettuale di uno stato non ne impedisce la figurazione, come nella poesia o nelle arti figurative. Al contrario, Crapanzano pone il dolore a fondamento della significazione, e i suoni e grida che Scarry considera anteriori al linguaggio vengono letti, in assonanza con gli scritti di Johan Gotfried Herder, come istanza comunicativa, richiamo all'empatia, non più espressione di un sé isolato, di un corpo isolato. Il dolore ha quindi una dimensione interpersonale, interlocutoria. L'Autore ribadisce l'impossibilità di raggiungere una definizione univoca del corpo, e ricorda che il corpo non può mai essere considerato al di fuori dell'esperienza della sofferenza, nella misura in cui parlare il/del corpo equivale ad agirlo. E in questa azione si basa fenomenologicamente l'esigenza di una intersoggettività. Veena Das (DAS V. 1997), nel tratteggiare i significati dell'esperienza della violenza contro le donne nella società indiana, introduce la sua riflessione attraverso

so le note di Wittgenstein (in *Libro blu e Libro marrone*): come può il “mio” dolore essere presente, dimorare, nel corpo di un altro. Wittgenstein utilizza questa frase come esordio di un gioco linguistico. Di nuovo, il linguaggio non distrugge la comunicazione, ma è una richiesta di riconoscimento, che gli altri possono dare o negare. La rappresentazione di un dolore condiviso esiste nell’immaginazione ma non nell’esperienza, e la grammatica filosofica del dolore è una risposta a questa chiamata. In coloro che sono sopravvissuti alla tragedia di Bhopal, o agli stupri di massa reciprocamente perpetrati da Musulmani e Indu al momento della divisione tra il Pakistan e l’India, il linguaggio quotidiano si frantuma, separandosi dal resto del mondo, e riproduce nella forma più disperata la divisione di genere, la negazione e il silenzio nell’espressione del lutto e della perdita. I corpi delle donne vengono descritti come superfici sulle quali si inscrivono e si leggono testi particolari, le icone delle nuove nazioni. La passività delle donne indiane diventa metafora di una gravidanza, in cui il corpo custodisce una velenosa conoscenza, la consapevolezza del dolore, e testimonia la memoria della violenza subita. Lo studio della sofferenza sociale, in linea con il motivo conduttore dei testi contenuti in *Social suffering* (KLEINMAN A. - DAS V. - LOCK M. cur. 1997) deve quindi contenere l’analisi del silenzio sociale verso di essa, o almeno, la misura della incapacità sociale a riconoscerla. Questo deve valere come monito alle scienze sociali in generale, di fronte al pericolo di mimare quel silenzio che collude a perpetuare le forme di sofferenza.

Il problema della comunicabilità del dolore è anche al centro della recente letteratura medico-clinica. Infatti, il successo del lavoro dell’infermiere e del medico dipende dalla loro sensibilità nel prestare ascolto al linguaggio frammentario del dolore, nel renderlo comprensibile e nell’interpretarlo. In realtà l’esperienza di molti di coloro che appartengono alle professioni mediche e infermieristiche conferma l’opposto: spesso non si fidano della voce umana (e quindi non l’ascoltano). La voce del paziente è quella di un “narratore inaffidabile” di eventi corporei, una voce da cui distogliere l’attenzione perché l’attenzione va rivolta agli eventi fisici. Il dolore non provoca alterazioni nei valori ematici, non esistono termometri per misurarlo, non è visibile dalle radiografie o dalla TAC: quando non si presta ascolto alle parole del paziente, comunque inadeguate, si ignora sia l’evento corporeo che il paziente, la persona che soffre. L’ambito della medicina fornisce una prova del fenomeno già accennato da Scarry: provare un grande dolore significa esserne certi; sentire che un’altra persona prova dolore significa dubitarne. E questo dubbio, come in qualsiasi altro ambito, amplifica la sofferenza di coloro che già stanno provando dolore. Come ab-

biamo detto, l'esperienza del dolore è inseparabile dalle percezioni personali e dall'influenza sociale. Soprattutto il dolore cronico, ovvero connesso con patologie croniche, sfida i pilastri dell'epistemologia biomedica, che postulano una conoscenza oggettiva, conoscibile indipendentemente dall'esperienza soggettiva. Coloro che ne soffrono spesso considerano gli operatori sanitari insensibili ai loro bisogni: la loro esperienza di malattia non viene confermata, la relazione non viene vista come terapeutica, spesso ciò di cui soffrono non riesce ad avere un "nome", una diagnosi, e per la nostra cultura come per le altre riuscire a dare un nome, individuare ciò di cui e per cui si soffre è il primo passo per poterlo dominare e combatterlo, è il primo passo di un percorso terapeutico. Non è solo un effetto di discorso o di interpretazione: è interessante vedere come attraverso il linguaggio e il comportamento, si prende distanza dal dolore all'interno dell'ospedale. Conosciamo bene le procedure materiali e simboliche attraverso le quali il paziente in ospedale viene spogliato del proprio self per essere trasformato in un corpo-oggetto (NIGRIS D. 1996, YOUNG K. 1989, RAWLINGS B. 1989). Si pensi ad esempio a quali sono i gesti, i comportamenti, le azioni attraverso le quali chi lavora all'interno dell'ospedale può attuare, spesso senza esserne consapevole, una particolare forma di difesa dalla ripugnanza del dolore. Sono piccole azioni insignificanti, come rifare il letto di una persona che soffre senza guardarla o senza rivolgerle la parola, discorrendo con altri di come si è passata la domenica o la sera prima. Oppure quando si danno al paziente informazioni, consigli e rassicurazioni sbrigativi e falsamente tranquillizzanti, che non lo rendono protagonista di quanto sta succedendo. Questo tipo di comunicazione è legato all'infantilizzazione del paziente e alla sua spersonalizzazione: di un *bambino* (considerato una non-persona) si può parlare pur in sua presenza, su di una *non persona* si può agire come su un oggetto di lavoro che deve "esserci" il meno possibile. Pensate anche come, attraverso le procedure ostetriche, il processo fisiologico del parto viene iscritto all'interno della definizione medica, di cui fanno parte l'ospedale, il personale responsabile dell'evento-parto e la partorientente stessa. La definizione medica e la contestualizzazione organizzativa ospedaliera contribuiscono ad affrontare una situazione come la nascita – ma anche come la morte, il dolore intenso, la visione del corpo aperto che mostra il suo interno –, in cui l'emotività, la minaccia di un esisto negativo potrebbero irrompere nel lavoro e determinare un'ansia da cui bisogna difendersi. Ne sono esempio le strategie linguistico-comportamentali che negano l'identità del paziente. Questo atteggiamento non è solo sbrigativa abitudine: significa prendere le distanze dal corpo del paziente, renderlo un *oggetto di lavoro*.

La presenza carica di simboli del corpo, specie se si tratta di una partoriente o un malato terminale, non trova spazio, né ha spazio un dolore che inquieta e che può anche essere conseguenza dei gesti che si compiono sul corpo del paziente. Questa è una componente inevitabile di esperienze accettate sul piano culturale come in determinate terapie mediche (il dolore post-operatorio, durante la medicazione di una ferita o di una piaga da decubito, eccetera). Eppure la medicina ha cominciato da tempo a dedicare una attenzione crescente alla natura e alla terapia del dolore. Nella seconda metà dell'Ottocento furono elaborate due diverse teorie sull'origine del dolore. La *teoria della specificità* affermava che il dolore era una forma specifica di sensibilità, indipendente dalle altre sensazioni; mentre la *teoria dell'intensità dello stimolo* sosteneva che tutti gli stimoli sensoriali erano in grado di provocare dolore oltre ad una determinata intensità. La prima teoria riscontrò l'adesione maggiore da parte degli scienziati sino alla metà del Novecento. In parallelo, filosofi e psicologi svilupparono la convinzione che il dolore avesse anche una natura emotiva. Dal lungo dibattito uscì la considerazione che il dolore derivava da stimoli esterni per poi arricchirsi della reazione psichica innestata, (quanto viene definito *sofferenza*) e diventando un evento multidimensionale. A partire dal 1950, la *Gate control theory* di Melzack e Wall cerca di integrare le diverse teorie concernenti la natura del dolore. Inizia parallelamente ad affermarsi l'idea che il dolore potesse e dovesse essere adeguatamente trattato in ospedale. Il primo testo che ha affrontato il problema di una razionale e sistematica terapia fu pubblicato nel 1943 negli Stati Uniti: *Pain mechanism* di Livingston. Pochi anni più tardi, John Bonica, anestesista italo-americano che viene considerato il principale fautore della terapia antalgica, realizzò il primo ospedale senza dolore. Questa struttura rappresentò un punto di riferimento per tutti coloro che intendevano affrontare la mancata gestione del dolore dei pazienti. Nel 1960 Bonica iniziò una campagna su scala mondiale: ad affiancarlo, dal 1965, due grandi ricercatori: lo psicologo canadese Ronald Melzack ed il fisiologo inglese Patrick Wall. In Italia, alla fine degli anni Cinquanta, il neurochirurgo Isacco Papo e Mario Tiengo, professore di fisiopatologia e terapia del dolore, ispirandosi al modello di Bonica, proposero alla direzione degli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano di istituire un servizio di terapia antalgica per il trattamento del dolore acuto e cronico. Ma i tempi non erano ancora maturi per tale innovazione e la proposta fu ritirata. L'Istituto perse l'opportunità di essere uno dei primi ospedali al mondo con un centro di terapia antalgica. (BONEZZI C. 2002, ZAVOLI S. 2002, MADJAR I. 1998, WALL P. 1999).

Un discorso a parte richiederebbe la somministrazione dei *placebo*. Il problema del placebo è solo in parte quello della sua efficacia, che conduce all'autoreferenzialità della cosiddetta *efficacia simbolica*, per quanto transitoria ed enigmatica. Accanto alla discussione del *placebo* come menzogna terapeutica, per cui coloro che somministrano placebo talvolta abbiano la sensazione di tradire la fiducia del paziente, di “imbrogliarlo” in qualche modo, di essere complici di tale menzogna, possediamo ora una letteratura in grado di cogliere l'implicazione culturale e relazionale del placebo (BRODY H. 1998 [1980]), collocandolo nell'efficacia del contesto e della relazione terapeutica, tra chi lo somministra e chi lo riceve, mediata dal placebo. In effetti la risposta al placebo sembra essere fortemente influenzata dalla qualità della relazione tra chi cura ed assiste e il paziente. L'*effetto placebo* può essere definito come l'*attivazione, attraverso un processo di comunicazione interpersonale di un potente effetto terapeutico endogeno, che fa parte della psicofisiologia di ciascun individuo e della sociofisiologia delle relazioni*. Una relazione non solo verbale, ma anche attraverso il toccare e il manipolare. Toccare il paziente, come dargli un farmaco, sistemargli la flebo, ecc. ha uno scopo principalmente strumentale, ma toccare ha anche – intenzionalmente o no –, un valore *espressivo* relativamente spontaneo e affettivo. Benché toccare sia una azione strumentale per eseguire *routines* professionali e iniziare una comunicazione interpersonale, gli infermieri-in-quanto-persone non entrano mai in relazione con i pazienti come individui “affettivamente neutrali”. Essi manifestano vari sentimenti in risposta agli attributi della persona con cui essi devono lavorare: dall'accettazione alla repulsione, dal disagio alla compassione. Ma il processo selettivo del toccare, la sua etichetta, come avviare o meno i *rituali di introduzione* al corpo dell'altro, ci mostra anche come la trasformazione del corpo come oggetto è sempre incompleta: quando si entra in relazione con qualcuno, avremo sempre a che fare con un *sé incorporato*: si tratta di un corpo indissolubile dal sé che lo abita.

Ronald Melzack, colui che ha formulato il modello teorico più convincente e potenzialmente esatto della fisiologia del dolore, è anche inventore, insieme al collega Torgerson del *Questionario McGill sul dolore*. Questo questionario diagnostico fu in parte dovuto al riconoscimento di Melzack che la terminologia medica convenzionale (“dolore leggero”, “dolore acuto”) descriveva un aspetto limitato del dolore, ovvero solo la sua *intensità*. Descrivere il dolore solo attraverso questa unica dimensione equivaleva a descrivere la sfera complessa dell'esperienza visiva solo nei termini di un flusso di luce. Dopo aver raccolto le parole pronunciate più di frequente dai pazienti, essi cominciarono ad ordinarle in gruppi dotati di una logica

unitaria, che consentivano di individuare le caratteristiche del dolore. Quando l'aggettivo "lancinante" è inserito in una serie di parole come "spasmodico", "convulso", "pulsante", "lancinante", "martellante", è chiaro che tutti questi termini esprimono, con vari gradi di intensità, una sensazione che ricorre a intervalli regolari, che mostra quanto la dimensione temporale sia connaturata all'esperienza del dolore. Altri termini invece esprimono il contenuto sensoriale del dolore (i gruppi *termico* - "dolore bruciante", "rovente", "cocente", "dolore che scotta" - e *costrittivo* - "dolore che punge", "che preme", "che attanaglia", "che provoca crampi", "che schiaccia") altri quello emotivo, altri ancora quello valutativo e cognitivo. La scelta di tre espressioni come "che scotta", "che pulsa" e "che dà fitte", per esempio, rivela al medico che il dolore del paziente è caratterizzato da una dimensione termica, una temporale e una spaziale. Perché questo strumento diagnostico potesse essere inventato, era necessario che Melzack fosse convinto non solo che la voce umana merita fiducia, ma che è capace di rivelare aspetti nascosti della realtà: egli ha trovato nel linguaggio la testimonianza dell'esperienza interiore del dolore, i segni della malattia che l'accompagna, l'invito a un trattamento appropriato e i meccanismi fisiologici e neurologici. Questo fa sì che il dolore penetri in una sfera dialogica più ampia e sociale della relazione tra paziente e medico. Oggi sono molteplici gli strumenti diagnostici impiegati per mettere in forma l'espressione del dolore dei pazienti, costituiti da scale visive o numeriche, visualizzazione delle parti del corpo interessate alla sensazione del dolore, categorizzazione delle ripercussioni che il dolore ha sulla qualità della vita quotidiana (tra tutti, si veda la *Initial pain assessment tool* in McCaffery M. 1994), ma essi risultano di scarso impiego nell'operatività quotidiana di medici e infermieri. L'accertamento del dolore, che determina la scelta delle strategie da utilizzare per il suo sollievo, è ancora inadeguato e incostante, o viene delegato a coloro che fanno parte delle *équipes* antalgiche. Nel 1999, nel tentativo di fornire una spiegazione delle barriere che impediscono un'adeguata gestione del dolore, Drayer (DRAYER R. A. - HENDERSON J. - REIDENBERG M. 1999) evidenziarono come medici e infermieri, oltre a sottostimare il dolore, ritenevano eccessiva la valutazione dell'intensità effettuata dai pazienti. Ovvero, ancora il problema del ritenere inaffidabile la percezione del soggetto.

Oltre alla parola "dolore" con il tempo si è reso necessario definirne anche i vari tipi, come il "dolore acuto", tipico del periodo post-operatorio. Ancora l'International Association for the study of Pain, definisce il dolore acuto come «una complessa costellazione di penose esperienze sensoriali, percettive ed emotive che si accompagnano a risposte vegetative, psicolo-

giche, emotive e comportamentali» (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN 1979). Questa è una definizione inadeguata nel caso di coloro che manifestano problemi comunicativi o che sperimentano il cosiddetto “dolore dell’arto fantasma” (MELZACK R. 1990), essa è ancora oggi quella maggiormente accettata ed ha favorito una migliore gestione del dolore, attraverso l’avanzamento della ricerca. Il dolore acuto deriva certamente da un danno tissutale, ma è caratterizzato da un complesso di reazioni strettamente legate alla persona che lo sperimenta. Alcune derivano da componenti cliniche (sede dell’intervento e natura della lesione condizionante l’intervento; caratteristiche del trauma intraoperatorio, tipo di anestesia, premedicazione e preparazione; posizionamento di drenaggi, sondini e cateteri, autonomia alimentare e canalizzazione), altre sono legate alla persona (la sua età e il sesso; la reazione personale allo stimolo doloroso; fattori socio-culturali, quali l’appartenenza religiosa, modelli cognitivi e comportamentali di apprendimento, esperienze precedenti, condizioni quali l’ansia o la depressione); infine, altre reazioni derivano da elementi che appartengono all’universo delle culture organizzative (la quantità e la qualità delle informazioni fornite al paziente in fase preoperatoria; la qualità relazionale del rapporto tra staff medico-infermieristico e paziente; la presenza di personale di supporto, come psicologi, fisioterapisti, e la disponibilità di terapie di sostegno per la ripresa funzionale, quali riabilitazione e mobilizzazione precoce; presenza di elementi di sostegno dell’autonomia del paziente). La situazione ospedaliera italiana, a questo proposito, mostra una notevole frammentazione di stili organizzativi benché si stia diffondendo rapidamente il modello dell’ “Ospedale senza dolore”, e l’operatività delle *équipes* di terapia antalgica. Infatti, il progresso delle conoscenze del dolore e della sua terapia hanno stimolato la realizzazione di varie “linee guida”, ovvero raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo sistematico per assistere i sanitari nelle decisioni relative alle modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche (SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA 1999; AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS 1995). Una revisione del 1999, riguardante le varie linee guida pubblicate negli anni precedenti, dimostra che la pratica medica ed infermieristica ha ottenuto dei notevoli vantaggi là dove le raccomandazioni contenute nei documenti vengono prese in considerazione, a tutto vantaggio dei pazienti che vedono migliorare la qualità dell’assistenza (GRIMSHAW J. - FREMANTLE N. - WALLACE S. - RUSSEL J. - HURWITZ B. - WATT I. - LONG A. - SHELDON T. 1995, THOMAS L.H. - MCCOLL E. - CULLUM N. - ROUSSEAU N. - SOUTTER J. 1999).



Sono passati trent'anni da quando Marks e Sachar pubblicarono quello che ormai è considerato uno studio classico sull'inadeguata gestione del dolore post-operatorio: i due ricercatori riscontrarono che ben il 73% dei pazienti sperimentava dolore di grado da moderato a severo, e che solamente un quarto degli oppioidi prescritti era somministrato ai pazienti sofferenti, anche quando l'intera dose sarebbe stata insufficiente ad alleviare il dolore (MARKS R - SACHAR M. 1973). Negli anni, molteplici studi hanno dimostrato come la situazione sia variata di poco (per una rassegna bibliografica aggiornata si veda la tesi di laurea di BALLICO L., DELLA ROCCA G. [relatore] 2003) e che attualmente non più di un terzo dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico viene correttamente informato sull'importanza di un efficace trattamento antalgico. In Italia lo studio più importante è stato effettuato il 2-3 giugno 1999 in Liguria dai componenti del *Gruppo ligure per un ospedale senza dolore* (GRUPPO LIGURE PER UN OSPEDALE SENZA DOLORE 2000). L'obiettivo di questo studio trasversale era stimare la prevalenza del dolore tra i ricoverati nei 29 ospedali regionali. Lo studio ha considerato 5.308 pazienti (esclusi quelli ricoverati in pediatria, terapia intensiva, ostetricia e psichiatria, ambiti nei quali la manifestazione e l'espressione del dolore assume aspetti qualitativi particolari, o particolari metodiche di sedazione, come in terapia intensiva, e che per questo vengono sempre accantonate dalle *surveys* cliniche): il 56% di questi, di cui 1.996 ricoverati in area chirurgica, ha risposto affermativamente alla domanda riguardante l'aver provato dolore nelle ultime 24 ore. L'inadeguata gestione del dolore non caratterizza solamente i paesi occidentali, a conferma di come il dolore acuto postoperatorio sia ritenuto, se non necessario, sicuramente intrinseco all'atto chirurgico, e la sua gestione non è migliorata nel corso degli ultimi tre decenni. Solo negli ultimi anni è maturata l'idea che il dolore non solo sia inutile ed eticamente inaccettabile, ma anche dannoso, in quanto innesca una cascata neurovegetativa e neuroendocrina responsabile di numerose complicanze (dall'attivazione di risposte ormonali, la reazione da stress, sino alla riduzione dell'efficienza immunologica con il conseguente aumento del rischio di infezioni, lo sviluppo di disfunzioni d'organo, la diminuzione della mobilità e infine alterazioni del modello di sonno, ansia e senso di impotenza) che facilita lo sviluppo di dolore cronico e ritarda il ristabilimento della funzione psicofisica e della percezione di un miglioramento da parte del paziente. Il riconoscimento di queste implicazioni ha dato un rapido impulso a nuove tecniche e farmaci per il controllo del dolore, e diverse strutture si sono dotate di *équipes* multidisciplinari secondo il modello organizzativo dell'*Acute pain service*, allo scopo di controllare la sintomatologia dolorosa acuta, offrire servizi di

consulenza presso i vari reparti, provvedere alla formazione di tutto il personale sanitario. L'Organizzazione mondiale della sanità ha sostenuto campagne e progetti, come quello avviato nel 1992 presso l'ospedale St. Luc di Montréal (Canada), denominato *Verso un ospedale senza dolore*. Finalità del progetto è cambiare il comportamento nei confronti del dolore, aumentando l'attenzione al problema, modificando le attitudini e l'atteggiamento degli operatori sanitari, delle persone ricoverate e della popolazione in generale (BESNER G. - RAPIN C.H. 1993). Al progetto internazionale *Verso un ospedale senza dolore*, coordinato dall'associazione "Ensemble contre la douleur", partecipano, oltre al Canada, Francia, Svizzera, Belgio, Spagna, Italia e Stati Uniti. L'Italia ha recepito questo indirizzo e nel 2001 è partito il progetto *Ospedale senza dolore*, nell'ambito della conferenza permanente tra lo stato e le regioni, le cui linee guida sono state pubblicate nella "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana" del 29 giugno 2001.

I modelli organizzativi adottati sono principalmente due: ad alto e a basso costo. Sono definiti ad alto costo quelli che impiegano esclusivamente medici anestesisti ed infermieri e che utilizzano sistemi di somministrazione *high tech*, a differenza di quelli a basso costo che puntano soprattutto ad aumentare i programmi d'educazione di medici ed infermieri, e a proporre l'adozione di linee guida e protocolli. Come dire che le pratiche della gestione del dolore, rispetto ad una teoria riconosciuta, sono molteplici. Isabelle Baszanger (BASZANGER I. 1998) ha condotto una ricerca etnografica in due centri medici francesi per la cura del dolore, nel periodo cruciale dei primi anni Ottanta, e comparando le rispettive attività. L'équipe del primo ospedale, più legata ad un intervento tecnico, opera una distinzione tra forme di dolore che rispondono all'intervento e i cosiddetti "dolori misti", categoria che raduna quelli che sfuggono a tali dispositivi, affidati allora alle figure del neurologo o dello psichiatra, ma in quanto tecnici esterni al gruppo. L'équipe del secondo ospedale sviluppano invece il controllo e la gestione del dolore nella dimensione quotidiana, ridefinendo il concetto di dolore, orientandosi verso una visione che tenga conto di come esso viene espresso dalla persona sofferente. La studiosa francese evidenzia come queste due *équipes* traducano due modi differenti di costruire il dolore in sede clinica, che danno origine a pratiche istituzionali e di senso diverse, e l'universo della biomedicina si presenti come una realtà eterogenea. In essa, un ruolo notevole giocano i fattori che maggiormente influenzano la gestione del dolore, da parte degli operatori, dei pazienti e correlati all'organizzazione, sui quali la letteratura clinica si è recentemente soffermata. Riassumendoli, le barriere correlate agli operatori riguardano: la formazione e l'esperienza lavorativa; la carenza di conoscenze riguardo ai farma-

ci oppioidi e la gestione degli effetti collaterali; le esperienze personali di dolore. I fattori correlati ai pazienti comprendono: la carenza di conoscenze e la confusione sul significato di tolleranza, dipendenza fisica e psicologica; la paura degli effetti collaterali; significati culturali; desiderio di assecondare le aspettative del personale; Le barriere correlate all'organizzazione riguardano: la scarsa priorità assegnata al controllo del dolore e dei sintomi; una poco efficace collaborazione interdisciplinare e una non uniforme distribuzione dell'assistenza specializzata; una insufficiente prescrizione di analgesici; i costi legati alla gestione del dolore; l'aumento del carico di lavoro, soprattutto dell'assistenza infermieristica, che comporta scarsa attenzione ai bisogni del paziente.

### *C. Problemi aperti*

Quando la riflessione antropologica incontra i saperi della biomedicina o l'assistenza infermieristica, emergono domande e problemi. E si evidenzia una domanda di senso e di dialogo, rivolta reciprocamente dall'universo delle scienze mediche all'approccio antropologico, che rende ancora più complesso il quadro del dibattito.

Il paradosso evidenziato da Foucault, sulla sofferenza inflitta dalle istituzioni altrimenti preposte alla cura della malattia e del dolore, rimane una potente sollecitazione ad indagare molte moderne istituzioni di cura della disabilità, nel nesso tra risorse di welfare disponibili e ineguale distribuzione politica delle stesse. Il dolore cronico e la disabilità si presentano come i temi in agenda di più stretta attualità (STIKER H.-J. 1982, FORDYCE W.E. 1988, SULLIVAN M.D. - LOESER J.D. 1992, INGSTAD B. - WHYTE S.R. curr. 1995).

Chi si occupa di antropologia applicata e di formazione nell'ambito dell'antropologia della salute e malattia, conosce quanto sia frequente la richiesta di strumenti, riflessioni e sostegno teorico all'assistenza e alla cura, soprattutto domiciliare, del dolore. E come l'esperienza pratica dei curanti sia contrappuntata dall'osservazione della "differenza" negli stili espressivi della sofferenza, legati ai flussi migratori. Sarebbe importante che questo patrimonio di conoscenza pragmatica fosse sostenuto e arricchito dalla conoscenza dell'inganno soggiacente alla sola interpretazione culturalista, e alla trappola del considerare la comprensione del dolore solo come un problema "comunicativo", e non anche come un elemento conoscitivo che provoca la torsione delle semplificazioni cliniche ed assistenziali, per diventare base che incrementa la qualità delle cure e

l'accessibilità alla gestione e al controllo del dolore. È possibile la costruzione di un dialogo tra terapisti del dolore e antropologi, che non riduca questi ultimi ad esemplificare l'opzione culturalista? La domanda poggia su un altro problema, ovvero la questione della difficoltà di accesso ai ricercatori etnografi negli spazi di cura, che permane ancora in Italia, e che ostacola, fra l'altro, l'avanzamento dell'etnografia organizzativa (COZZI D. 2004).

Un altro elemento di ricerca aperto è incrociare le due esperienze, quella del medico e quella del malato. È certo che, nella crescente dipendenza della biomedicina occidentale da apparecchiature altamente tecnologiche o da una complessa farmacocinetica, l'impiego di uno strumento elementare e a basso costo come la voce umana appaia enormemente sottovalutato. L'evidenza che emerge dai gruppi di auto-mutuo-aiuto suggerisce come la parola, correttamente impiegata, ha poteri terapeutici. Tuttavia, la vastissima letteratura medica concernente il dolore contiene solo poche pubblicazioni nelle quali coloro che provano dolore parlano con la propria voce, liberi dall'appropriazione medica e dallo stile retorico del "caso" (NYHANE C. - SANDERSON B. cur. 1990, HITCHCOCK L.S. cur. 1992, ALLUÉ M. 1996). Il romanziere americano Reynolds Price, messo improvvisamente di fronte alla propria lotta contro un cancro spinale, ha lamentato con forza l'assenza di voci che lo sostenessero con il racconto della propria esperienza. Il suo *A whole new life. An illness and a healing* (PRICE R. 1994) è un esempio di come coloro che scrivono – da John Keats ai più sconosciuti – possono aiutare gli altri dando potere ed amplificando la voce umana. Non solo un effetto di discorso, di interpretazione narrativa o un problema di ermeneutica del dolore: ma un ascolto che traduce la comunicazione o l'espressione in prassi condivisa di lotta contro il dolore, in cui l'esperienza costruisce diverse pratiche organizzative e di senso. Un atto comunicativo di sollecitudine, sia che abbia luogo nell'ospedale o nell'ambito privato dell'affettività, fornisce alla persona che soffre la possibilità di esprimersi nel mondo. Riconoscendo l'espressione del dolore dell'altro o dando voce ad uno dei suoi bisogni non corporei, un essere umano che sta bene ed è libero si trasforma in un prolungamento delle esigenze psichiche o di sensibilità dell'altro, nello spazio esterno al corpo di chi soffre. Una immagine che viene proiettata nel mondo e mantenuta intatta dalle facoltà di chi assiste, finché chi soffre non riconquista la sua facoltà di esprimersi. Dando al dolore un posto nel mondo, l'affettività e la partecipazione riducono il potere della malattia e del dolore, agendo in opposizione alle forze dalle quali una persona che lo prova, o è gravemente malata può essere fagocitata dall'opacità.

## Bibliografia

- ABAD V. - BOYCE E. (1979), *Issues in psychiatric evaluation of Puerto Ricans. A sociocultural perspective*, "Journal of Operational Psychiatry", n. 10, 1979, pp. 28-39.
- ACKERKNECHT Erwin (1946), *Natural diseases and rational treatment in primitive medicine*, "Bulletin of the History of Medicine", vol. XIX, 1946, pp. 467-497.
- ALLUÉ Marta (1996), *Perder la piel*, Planeta, Barcelona.
- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (1995), *Task force on pain management, acute pain section. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting*, "Anesthesiology", vol. 82, 1995, pp. 1071-1081.
- BALICO Laura, DELLA ROCCA Giorgio (relatore) (2003), *Verso l' "Ospedale senza dolore". Percezioni ed atteggiamenti degli infermieri riguardo la gestione del dolore postoperatorio e l'uso degli oppioidi, tesi di laurea, Corso di laurea in Infermieristica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi Udine, anno accademico 2002/2003.*
- BASZANGER Isabelle (1998), *Pain physicians. All alike, all different*, pp. 119-143, in BERG M. - MOL A. (curatori), *Differences in medicine. Unravelling practices, techniques, and body*, Duke University Press, Durham - London.
- BESNER Gisèle - RAPIN Charls-Henri (1993), *The hospital creating a pain-free environment: a program to improve pain control in hospitalized patients*, "Journal of Palliative Care", vol. 9, n. 1, 1993, pp. 51-52.
- BONEZZI Carlo (2002), *Liberi dal dolore*, Mondadori, Milano.
- BOURDIEU Pierre (2003 [1972]), *Per una teoria della pratica*, traduz. dal francese, Cortina, Milano [ediz. orig.: *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Droz, Paris - Genève, 1972].
- BRODY Howard (1998 [1980]), *Per una filosofia della guarigione. Scienza ed etica dell'effetto placebo*, traduz. dall'inglese, Franco Angeli, Milano [ediz. orig.: *Placebo and philosophy of medicine*, University of Chicago Press, Chicago, 1980].
- BUCKLEY Thomas (1989), *Suffering in the cultural construction of Others. Robert Spott and A. L. Kroeber*, "American Indian Quarterly", autunno 1989, pp. 437-445.
- COZZI Donatella (2004), *"Specchio delle mie brame". Problemi metodologici dello shadowing nei servizi socio-sanitari*, "Erreffe. La Ricerca Folklorica", n. 50, ottobre 2004, pp. 101-115.
- CRAIG Keith - WYCKOFF Michael (1987), *Cultural factors in chronic pain management*, pp. 99-108, in BURROWS Graham (curatore), *Handbook of chronic pain management*, Elsevier Scientific Publishers, Amsterdam.
- CRAPANZANO Vincent (1996), *Riflessioni frammentarie sul corpo, il dolore, la memoria*, pp. 156-180, in PANDOLFI Mariella (curatore), *Perché il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio*, Meltemi, Roma.
- CSORDAS Thomas J. (1990), *Embodiment as a paradigm for anthropology*, "Ethos", vol. 18, 1990, pp. 5-47.
- CSORDAS Thomas J. (curatore) (1994), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, Cambridge University Press, Cambridge.
- CSORDAS Thomas J. (2003 [1999]), *Incorporazione e fenomenologia culturale*, traduz. italiana di Claudia MATTALUCCI-YILMAZ, "Antropologia", anno 3, n. 3, 2003 (numero monografico *Corpi*), pp. 19-42 [ediz. orig.: *Embodiment and cultural phenomenology*, pp. 143-162, in WEISS G. (curatore), *Perspectives on embodiment. The intersections of nature and culture*, F.H. Faber, London, 1999].
- D'AGOSTINO Gabriella - VIBAECK Janne (curatori) (1989), *Il dolore. Pratiche e segni. Atti del VII Congresso internazionale di studi antropologici (Palermo, 11-13 dicembre 1986)*, Circolo Semiologico Siciliano, Palermo, 1989, 295 pp. (Quaderni del Circolo Semiologico Siciliano, n. 32-33).
- DAS Veena (1997), *Language and the body: transactions in the construction of pain*, pp. 67-91, in KLEINMAN Arthur - DAS Veena - LOCK Margareth (curatori), *Social suffering*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.
- DELVECCHIO GOOD Mary-Jo - BRODWIN Paul E. - GOOD Byron J. - KLEINMAN A. (curatori) (1992), *Pain as human experience. An anthropological perspective*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.

- DE MARCO Ferdinando (curatore) (1998), *Il dolore. Algos e pathos nella filogenesi dell'uomo. Atti del I Congresso internazionale. Veroli [provincia di Frosinone], La Bussola, Ferentino [provincia di Frosinone], 328 pp.* (supplemento a "La Bussola. Foglio di informazione. Periodico quadrimestrale del Centro studi e ricerche in psichiatria, psicologia e scienze umane La Bussola", anno VI, n. 1).
- DRAYER Rebecca A. - HENEDESON Jessica - REIDENBERG Marcus (1999), *Barriers to better control in hospitalized patients*, "Journal of Pain and Symptom Management", vol. 17, n. 6, 1999, pp. 434-440.
- EBIGBO Peter O. (1982), *Development of a culture specific (Nigerian) screening scale of somatic complaints*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 6, 1982, pp. 29-44.
- FABREGA H. - TYMA Steve (1976a), *Language and cultural influence in the description of pain*, "British Journal of Medical Psychology", vol. 49, 1976, pp. 349-371.
- FABREGA H. - TYMA Steve (1976b), *Culture, language, and the shaping of illness: an illustration based on pain*, "Journal of Psychosomatic Research", vol. 20, n. 4, 1976, pp. 323-337.
- FORDYCE Wilbert E. (1988), *Pain and suffering. A reappraisal*, "American Psychologist", vol. 43, n. 4, aprile 1988, pp. 276-283.
- FOUCAULT Michel (1969 [1963]), *Nascita della clinica*, traduz. dal francese, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris, 1963].
- GRIMSHAW John - FREMANTLE N. - WALLACE S. - RUSSEL J. - HURWITZ B. - WATT I. - LONG A. - SHELDON T. (1995), *Developing and incrementing clinical practice guidelines*, "Quality in Health Care", vol. 4, 1995, pp. 55-64.
- GRUPPO LIGURE PER UN OSPEDALE SENZA DOLORE (2000), *Il dolore nei pazienti ricoverati. Metodologia, organizzazione e risultati preliminari di uno studio in Liguria*, "Rivista Italiana di Cure Palliative", vol. 2, n. 1, 2000, pp. 13-19.
- GUERCI Antonio - CONSIGLIERE Stefania (2002), *Per un'antropologia del dolore: biologia cultura, storia*, "L'Arco di Giano. Rivista di medical humanities", n. 31, primavera 2002, pp. 15-24.
- HITCHCOCK Laura S. (curatore) (1992), *Living with chronic pain. Personal experiences of pain sufferers*, National Chronic Pain Outreach Association, Bethesda (USA).
- INGSTAD Benedicte - WHYTE Susan Reynolds (curatori) (1995), *Disability and culture*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (1979), *Pain terms: a list with definitions and notes on usage*, "Pain", vol. 6, n. 1, 1979, pp. 249-252.
- KLEINMAN Arthur - DAS Veena - LOCK Margaret (curatori) (1997), *Social suffering*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.
- KLEINMAN Arthur - KLEINMAN Joan (1991), *Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of experience*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 15, 1991, pp. 275-301.
- LE BRETON David (1995), *Anthropologie de la douleur*, Éditions Métailié, Paris.
- LIPTON James A. - MARBACH James J. (1984), *Ethnicity and the pain experience*, "Social Science and Medicine", vol. 19, 1984, pp. 1279-1298.
- MADJAR Irena (1998), *Giving comfort and inflicting pain*, Qualitative Institute Press - International Institute for Qualitative Methodology, Edmond (Canada).
- MARKS R. - SACHAR M. (1973), *Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics*, "Annals of Internal Medicine", n. 78, 1973, pp. 173-18.
- MATTINGLY Cheril (1994), *The concept of therapeutic "emplotment"*, "Social Science and Medicine", vol. 38, n. 6, 1994, pp. 811-822.
- MCCAFFERY Margo (1983), *Nursing: the patient in pain*, Harper Row, London.
- MCCAFFERY Margo (1994), *Nursing management of the patient in pain*, Lippincott, Philadelphia.
- MELZACK Ronald (1990), *Phantom limbs and the concept of a neuromatrix*, "Trends in Neuroscience", n. 13, 1990, pp. 88-92.
- MIGLIORE Salvatore (1989), *Punctuality, pain and time-orientation among Sicilian-Canadians*, "Social Science and Medicine", vol. 28, n. 8, 1989, pp. 851-860.

- NIGRIS Daniele (1996), *L'identità ignorata. Osservazioni sociologiche sul paziente ospedalizzato*, pp. 333-344, in Cozzi Donatella - NIGRIS Daniele, *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Colibri, Milano.
- NYHANE Christine - SANDERSON Bryan (curatori) (1990), *People with pain speak out*, The Writing Project Group, Ballard East (Australia).
- OHNUKI-TIERNEY Emiko (1981), *Illness and healing among the Sakhalin Ainu*, Cambridge University Press, Cambridge.
- OTS Thomas (1990), *The angry liver, the anxious heart, and the melancholy spleen. The phenomenology of perceptions in Chinese culture*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 4, 1981, pp. 21-58.
- PRICE Reynolds (1994), *A whole new life. An illness and a healing*, Atheneum, New York.
- RAWLINGS Barbara (1989), *Coming clean: the symbolic use of clinical hygiene in a hospital sterilising unit*, "Sociology of Health and Illness", vol. 2, n. 3, 1989, pp. 279-293.
- REY Roselyne M. (1993), *Histoire de la douleur*, Éditions de la Découverte, Paris.
- SCARRY Elaine (1990 [1985]), *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, traduz. dall'inglese di Giovanna BETTINI, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The body in pain. The making and unmaking of the world*, Oxford University Press, New York, 1985].
- SIRONI Vittorio Alessandro (1992), *Le Officine della salute. Storia del farmaco e della sua industria in Italia dall'Unità al Mercato Unico Europeo (1861-1992)*, Laterza, Roma - Bari.
- SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (1999), *Raccomandazioni per il trattamento del dolore postoperatorio*, "Minerva Anestesiologica", vol. 64, 1999, pp. 51-56.
- SULLIVAN Mark - LOESER John D. (1992), *The diagnosis of disability. Treating and rating disability in a pain clinic*, "Archives of Internal Medicine", vol. 152, settembre 1992, pp. 1829-1835.
- STIKER Henri-Jacques (1982), *Corps infirmes et société*, Aubier Montaigne, Paris.
- THOMAS Laura H. - MCCOLL E. - CULLUM N. - ROUSSEAU N. - SOUTTER J. (1999), *Clinical guidelines in nursing midwifery and therapies: a systematic review*, "Journal of Advanced Nursing", n. 30, 1999, pp. 40-50.
- WALL P. (1999), *Perché proviamo dolore*, traduz. dall'inglese di R. MARINI, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Pain. The science of suffering*, 1999].
- YOUNG Katharine (1989), *Disembodiment: the phenomenology of the body in medical examinations*, "Semiotica", vol. 73, n. 1-2, 1989.
- ZAVOLI Sergio (2002), *Il dolore inutile. La pena in più del malato*, Garzanti, Milano.
- ZBOROWSKI Marc (1969), *People in pain*, Jossey-Bass Inc., San Francisco.
- ZBOROWSKI Marc (1977 [1952]), *Componenti culturali nella risposta al dolore*, pp. 108-126, in MACCACARO Giulio A. - MARTINELLI Alberto (curatori), *Sociologia della medicina*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Cultural components in response to pain*, "Journal of Social Issues", vol. 8, 1952, pp. 16-30].







AM 15-16, ottobre 2003

Rivista della Società italiana di antropologia medica

## Osservatorio

- **01. Panorami** 507  
*L'antropologia medica in Spagna: una storia* [Josep M. Comelles - Enrique Perdiguero - Ángel Martínez Hernández], 507.
- **02. Istituzioni** 507
- **03. Resoconti** 535  
*Convegno "Saperi terapeutici tradizionali nell'arco alpino". VI ciclo del Seminario permanente di etnografia alpina (SPEA 6). San Michele all'Adige (provincia di Trento), 31 maggio - 3 giugno 2001* [Tullio Seppilli], 535 / *Giornata di studio "Agopuntura: stato della validazione di efficacia". Perugia, 3 dicembre 2001* [Tullio Seppilli], 538 / *Convegno, "La guarigione: vie della scienza e vie delle culture". Sansepolcro (provincia di Arezzo), 25-27 ottobre 2002* [Tullio Seppilli], 540 / *Convegno "Medicine non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale". Perugia, 5 dicembre 2002* [Carlotta Bagaglia - Sabrina Flamini], 542 / *Medical Anthropology at Home 3. "Medical anthropology, welfare state and political engagement". Perugia, 24-27 settembre 2003* [Giovanni Pizza], 549.
- **04. Segnalazioni** 555
- **05. Lavori in corso** 557  
*Ricerca sui processi di auto-riforma e superamento dell'istituzione manicomiale nella provincia di Perugia (1960-1980)* [Sabrina Flamini - Chiara Polcri - Tullio Seppilli], 557.

■	<b>06. Recensioni</b>	561
	Giovanni PIZZA, <i>Demoni e streghe fra liturgia, politica e giurisdizione negli studi storico-antropologici ungheresi contemporanei sull'Europa centro-orientale</i> [Éva PÓCS (curatore), <i>Demonológia és boszorkányság Európában</i> [Demonologia e stregoneria in Europa]], 561 / Giovanni PIZZA, <i>"Uscire dalla notte"; una monografia etnografica sullo sciamanismo nella Siberia settentrionale</i> [Jean-Luc LAMBERT, <i>Sortir de la nuit. Essai sur le chamanisme nganassane (Arctique sibérien)</i> ], 566 / Alessandro LUPO, <i>Mali e rimedi di montagna: un incontro sulla medicina nelle Alpi</i> [Giovanni KEZICH - Tullio SEPELLI (curatori), <i>Saperi terapeutici tradizionali nell'arco alpino. Atti di SPEA6 (Seminario permanente di Etnografia Alpina - 6° ciclo) 2001</i> ], 570.	
■	<b>07. Schede di lettura</b>	575
■	<b>08. Spoglio dei periodici</b>	597
■	<b>09. Tesi universitarie</b>	599
■	<b>10. Documenti audiovisuali</b>	—

Hanno contribuito alla redazione delle varie sezioni dell'Osservatorio, in questo fascicolo di *AM*, i seguenti collaboratori:

Carlotta BAGAGLIA, Josep María COMELLES, Sabrina FLAMINI, Alessandro LUPO, Ángel MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Maya PELLICCIARI [MPe], Enrique PERDIGUERO, Enrico PETRANGELI [EPe], Giovanni PIZZA [GPi], Chiara POLCRI [ChPo], Gianfranca RANISIO [GRa], Tullio SEPELLI [TS].

## 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 "afferimate" nella letteratura corrente convergono tuttavia in varia forma e in modo significativo a comporre il variegato ambito di lavoro della antropologia medica.

### *L'antropologia medica in Spagna: una storia*

Josep M. Comelles

Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, España).

Enrique Perdiguero

Universidad Miguel Hernández (Alicante, España).

Ángel Martínez-Hernández

Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, España).

### *Il campo dell'antropologia medica*

L'antropologia medica è un campo così recente dell'antropologia sociale che ancora non ha ricevuto l'attenzione degli storici della scienza. Non solo gli stati dell'arte più classici <sup>(1)</sup>, ma anche i più moderni (GOOD B. J. 1994), invocano le proprie origini in William Halse R. Rivers (RIVERS W. H. R. 1924) e in Forrest E. Clements (CLEMENTS F. E. 1932). Senza negare l'importanza dell'antropologia medica inglese, sorprendono alcune sistematiche dimenticanze dei lavori pioneristici di W. G. Black (BLACK W. G. 1982 [1883]) e di Giuseppe Pitirè (PITIRÈ G. 1896), nonché dei più recenti studi di Murphy (MURPHY H. B. M. cur. 1955) in Canada, di Tullio Seppilli (SEPPILLI T. 1954, 1959) e di Ernesto de Martino (DE MARTINO E. 1983 [1958], 1994 [1961]) in Italia, di Frantz Fanon (FANON F. 1971 [1952]), dell'immensa produzione del gruppo Dfann a Dakar e degli africanisti francesi <sup>(2)</sup>, degli autori dell'America Latina <sup>(3)</sup> e dei riferimenti fondativi della disciplina di Joseph B. Loudon (LOUDON J. B. cur. 1976) in Gran Bretagna, di M. Kenny e J. de Miguel (KENNY M. - DE MIGUEL J. cur. 1980) in Spagna o di A. Retel-Laurentin (RETEL-LAURENTIN A. cur. 1983) in Francia <sup>(4)</sup>.

Uno stato dell'arte è sempre una forma di legittimazione e visibilizzazione. Come la maggioranza delle antropologie non anglofone, la spagnola è abbastanza sconosciu-

ta. Non tanto da parte degli autori che scrivono in lingue latine come noi – le antropologie periferiche dell'Impero –, quanto da coloro che, scrivendo in inglese, ignorano sistematicamente tutto ciò che non è scritto nella lingua di Poe. Pensiamo che questa posizione periferica abbia, nonostante tutto, alcuni vantaggi, uno dei quali ad esempio è la possibilità di guardare a un panorama più globale e cosmopolita rispetto a quanto lascia intravedere la riproduzione del proprio ristretto ambito idiomatologico e culturale (COMELLES J. M. 2002).

Parlare di una antropologia medica in Europa presuppone la consapevolezza di alcuni problemi metodologici, perché così come per l'antropologia sociale e culturale in senso ampio, non si può trattare la materia con gli stessi criteri della antropologia nord-americana, sia essa statunitense o messicana. La presenza e gli usi sociali dell'antropologia professionale, i rapporti tra antropologia e medicina, in Europa non sono gli stessi di quelli instaurati nel Nuovo Continente, anche perché lo spazio dell'antropologia medica è stato storicamente occupato da altre discipline e professioni.

La idiosincrasia dello "Stato Provvidenza" che ha assicurato per molto tempo l'egemonia delle analisi quantitative e minimizzato le prospettive qualitative e culturali, o la riluttanza e l'indifferenza degli antropologi europei alla pratica applicata (BARÉ J. F. cur. 1995) – a volte intesa come pratica interessata (AUGÉ M. 1986) – ne sono una valida prova.

In Europa, inoltre, le narrazioni etnografiche su salute, medicina e malattia esistono storicamente come un genere subalterno all'interno della medicina e di altri domini professionali<sup>(5)</sup>. L'argomentazione di Kleinman (KLEINMAN A. 1995) rispetto al ruolo marginale dell'antropologia medica in relazione alla medicina e all'antropologia non va intesa in Europa come una questione emersa recentemente, bensì come la conseguenza della fondazione dell'antropologia nel secolo XVIII quale disciplina scientifica e del ruolo che giocarono in questo processo i medici e i giuristi, tra le altre figure professionali. Un'analisi della antropologia medica deve quindi considerare le relazioni tra le due discipline (antropologia e medicina)<sup>(6)</sup> e cercare il motivo per il quale, nello sviluppo della antropologia professionale e della pratica medica moderna, la prima perse interesse per la salute e per la malattia e la seconda per le dimensioni sociali e culturali. La prima costruì la sua identità su un empirismo naturalista, che rifiutava l'analisi biologica dell'individuo, per concentrare l'attenzione sul comportamento collettivo. La seconda si sviluppò affiancandosi al modello sperimentale e trascurò la prevenzione sociale delle malattie a beneficio della diagnosi e della terapia individuali.

La rottura epistemologica tra antropologia e medicina<sup>(7)</sup> risponde a due prospettive divergenti e a due processi paralleli: di subalternizzazione dei problemi di salute da parte dell'antropologia e di sottovalutazione delle tecniche etnografiche da parte della medicina. Nel primo caso, le pratiche e le conoscenze mediche (preferibilmente native) saranno destinate a rimanere confuse con altre categorie considerate come più rilevanti dagli antropologi, ad esempio "magia" o "religione", e limitate alla conferma empirica di ipotesi sulla razionalità della mentalità "primitiva". Nella seconda, il dibattito antropologico tenderà ad essere circoscritto entro i limiti culturali della medicina occidentale<sup>(8)</sup>. Entrambe le situazioni sono più visibili in Europa (COMELLES J. M. 2002) e giustificano il ruolo giocato dall'antropologia medica nel recupero di un vasto dominio che si colloca tra le scienze sociali, la medicina, la psichiatria e la salute pubblica, e nel quale tanto la ricerca quanto la riflessione e l'iniziativa politica hanno un evidente valore sia come fonte etnografica sia come spazio interdisciplinare.

Gli storici della scienza hanno realizzato eccellenti ricerche sullo sviluppo dell'antropologia nel secolo XIX, anche se sono stati meno sensibili alla professionalizzazione di questa disciplina nel secolo XX<sup>(9)</sup>.

Questa assenza ha favorito la creazione di un'immagine idealizzata, e talvolta volgare, dell'antropologia professionale quale erede della tradizione scientifica di quel "naturalismo illustrato" che, con un orientamento relativista e tollerante, si sarebbe sviluppato nella democrazia della Francia, della Gran Bretagna e degli Stati Uniti – sparendo curiosamente in Germania nel 1933 – e, a partire da ciò che Menéndez ha denominato il "modello classico" (MENÉNDEZ E.L. 1990, 2002), si sarebbe esteso nel mondo durante la Guerra Fredda. In questa maniera, la storia della professione spiegherebbe il successo e l'insuccesso degli antropologi in quanto intellettuali organici in contesti nazionali diversi e renderebbe difficile prendere coscienza del ruolo dei nostri colleghi nel terzo *Reich* nelle politiche dell'*Apartheid*<sup>(10)</sup>.

In tutta Europa, prima dell'inizio della sua professionalizzazione, l'antropologia acquisì un ruolo e una funzione in quanto disciplina generale e diffusa, composta da antropologia fisica, etnologia, folklore, teologia e filosofia. Essa non fu mai, in questo periodo, una professione autonoma, ma piuttosto un discorso ausiliare rispetto a quelli della medicina, della filosofia, dell'archeologia o della linguistica. In Spagna ebbe un'influenza modesta<sup>(11)</sup> grazie a naturalisti, filosofi, letterati, ma soprattutto medici che fondarono la maggior parte delle società antropologiche ed etnologiche (BOUZA J. 2000) e svilupparono generi peculiari: le topografie mediche<sup>(12)</sup>, il folklore medico e i rapporti di medicina sociale sulle condizioni di vita delle classi subalterne<sup>(13)</sup>. Questo lavoro di documentazione, di indiscutibile valore etnografico, continua ad essere realizzato ancora oggi<sup>(14)</sup>. È per questo che, coerentemente con la nostra esposizione, distinguiamo qui due ambiti: le relazioni tra antropologia e medicina e l'affermarsi dell'antropologia medica in Spagna<sup>(15)</sup>.

### *Antropologia e medicina in Spagna*

Non è questo il luogo per trattare con la dovuta ampiezza la letteratura disponibile sull'argomento. Uno sguardo attento alle riviste di settore, alla bibliografia ed agli archivi può rivelare migliaia di scritti, alcuni dei quali di una qualità etnografica innegabile, forse perché realizzati da buoni "etnografi", per quanto l'ambito disciplinare non sia, evidentemente, l'antropologia in senso stretto (COMELLES J. M. 2000a). Un chiaro esempio è il valore delle relazioni etnografiche dei cronisti delle Indie, come quelle di Anzures y Bolaños (ANZURES Y BOLAÑOS M.C. 1989), che analizzano le fonti mediche della Nuova Spagna e che tanto C. Lisón (LISÓN C. 1971) che Fermín del Pino (DEL PINO F. 1986, 1989) hanno rivendicato per la loro importanza.

Altro elemento, non meno importante, è dato dall'insieme di informazioni prodotte dal mondo coloniale<sup>(16)</sup> e dalle spedizioni scientifiche<sup>(17)</sup>. La maggior parte di queste fonti sono indispensabili per conoscere i patrimoni di saperi sulla salute e sulla malattia dei gruppi amerindiani. Questi generi subirono un declino nella Spagna del secolo XIX, anche se continuarono comunque le spedizioni scientifiche (PUIG-SAMPER M. A. 1988). Alcune eccezioni sono costituite dai rapporti, piuttosto grigi, sullo stato di salute delle popolazioni del protettorato del Marocco e della Guinea (DÍEZ TORRES A. cur. 2002, MEDINA R. - MOLERO J. 2002, 2002a). Attualmente, e dopo tanto tempo di

latenza, alcuni antropologi professionisti della medicina hanno riaperto il cammino della ricerca in Africa e in America <sup>(18)</sup>.

Tra le fonti metropolitane più interessanti vanno annoverate quelle che mostrano l'interesse dei medici per le condizioni materiali di vita e di lavoro della popolazione. Queste fonti apparvero sporadicamente a partire dall'ultimo terzo del secolo XVIII e si fecero più frequenti durante il secolo XIX, per intensificarsi ulteriormente tra il 1880 e la Guerra civile spagnola <sup>(19)</sup>.

Più note sono le relazioni stabilite tra medicina e antropologia nei dibattiti delle società etnologiche sull'evoluzionismo e sul folklore medico. J. Bouza (BOUZA J. 2002) ha mostrato il ruolo dei medici e dei naturalisti nelle società etnologiche in Catalogna <sup>(20)</sup> e M. A. Puig-Samper (PUIG-SAMPER M. A. 1982) ed E. Ronzón (RONZÓN E. 1991) hanno ricostruito i contributi di anatomisti quali González de Velasco e Olóriz a Madrid <sup>(21)</sup>.

A Siviglia, il medico Machado y Nuñez fondò nel 1871 la *Sociedad antropológica de Sevilla* (AGUILAR E. 1990). Dall'altra parte, gli intellettuali di affiliazione repubblicana, riuniti intorno alla *Institución libre de enseñanza* e agli atenei di Madrid (LISON C. 1971) e Barcellona (BOUZA J. 2002), hanno realizzato ricerche che possono essere inserite a pieno titolo tra la medicina e l'antropologia; hanno inoltre promosso le traduzioni di opere e rivendicato la presenza dell'antropologia nelle università <sup>(22)</sup>. Alcuni di loro avranno un ruolo attivo nella diffusione delle idee lombrosiane ed eugenetiche <sup>(23)</sup>. Una delle attività più conosciute sarà la ricerca sui "costumi popolari", in forma di questionario, inviata dall'*Ateneo de Madrid* a diverse province <sup>(24)</sup>, così come altre ricerche prodotte nelle diverse regioni <sup>(25)</sup>. Questi intellettuali costruiranno la categoria del "popolo spagnolo" e il suo *Volkgeist*, un concetto poco preciso e confuso per caratterizzare la nota diversità culturale e linguistica della penisola iberica, che promuoverà, a sua volta, ricerche sul *Volkgeist* catalano, basco, galiziano o andaluso, tra gli altri <sup>(26)</sup>. Forse il migliore esempio di un progetto sul folklore spagnolo può essere quello di Luis de Hoyos Sainz (ORTIZ C. 1987), un antropologo fisico, autore del *Manual de folklore* e di vari articoli sul folklore medico, nei quali descriveva le "forme popolari" attraverso cui erano vissute e affrontate la salute e la malattia <sup>(27)</sup>.

L'interesse per il folklore locale, generalmente contadino, si sviluppa in Spagna a partire dal gruppo di Siviglia. Machado y Alvarez, figlio di Machado y Nuñez, fonda una società etnologica ispirata a immagine e somiglianza di quella britannica del 1879. I Machado appartenevano al circolo intellettuale della città e la loro impresa etnologica ebbe una vocazione decentralizzata, più vicina allo studio dei saperi popolari che alla ricerca naturalistica o all'anatomia comparata, tipica delle società scientifiche di Barcellona o di Madrid. Senza dubbio, essi apprezzavano il valore della medicina popolare, giacché nel 1883 uno dei gruppi affini, *El folklore castellano*, spedirà un *Cuestionario* ai sacerdoti, agli insegnanti ed ai medici della regione. Il questionario, rivolto ai medici, includeva sei gruppi di problemi: "medicina domestica e superstizioni", "il parto", "la luna", "il colore e certi numeri in medicina", "canti" e "nomi popolari delle malattie" <sup>(28)</sup>. Nel complesso, l'apporto folklorico di interesse medico fu modesto <sup>(29)</sup>.

Le pratiche mediche popolari, inoltre, furono oggetto di iniziative di divulgazione medica con le quali ci si proponeva di lottare contro le "superstizioni" in materia di salute (PERDIGUERO E. 1992). Si possono consultare, a titolo di esempio, le opere di Salcedo y Ginestal (SALCEDO Y GINESTAL E. 1898), Rodríguez-López (RODRÍGUEZ-LÓPEZ J. 1979 [1895]) o il panflet di Barreiro (BARREIRO B. 1973 [1885]) contro l'appoggio alle

superstizioni da parte della Chiesa. Si possono trovare esempi analoghi nelle riviste mediche dell'epoca (PERDIGUERO E. 1997), nelle collezioni di detti popolari e di proverbi (MIRÓ I BORRÁS 1899, 1906), nelle topografie mediche (PRATS Ll. 1996) e nei rapporti divulgativi medico-sociali (PERDIGUERO E. - BERNABEU J. 1997).

L'articolo che fa da perno nel secolo XIX al folklore medico viene da Eugenio Olavarría y Huarte, il segretario del *Folklore Castellano*. Si tratta di un lavoro del tipo dei *collecting materials*, che fu pubblicato nel 1885 nell' "Archivio per lo Studio delle Tradizioni Popolari", la rivista di Giuseppe Pitрэ e Salomone Marino, e riprodotto nel 1888<sup>(30)</sup> insieme alla versione spagnola realizzata da Machado y Álvarez della *Folkmedicines* di Black (BLACK W. G. 1982 [1883]).

La nozione di "medicina popolare" non appare nella letteratura del Sud-Europa fino alla fine del secolo XIX (COMELLES J. M. 1996, CHARUTY 1997). A differenza dei medici, che parlano di "superstizioni" o di "errori volgari", il nuovo concetto di "medicina popolare" proviene dai professionisti della medicina orientati alla acculturazione medica dei contadini. Questo concetto rimanda, in realtà, a una strategia professionale che ha l'obiettivo di stabilire i limiti culturali della pratica medica (COMELLES J. M. 1996). Il punto di rottura, tanto epistemologico che metodologico, corrisponde all'opera di Pitрэ (PITRÉ G. 1896) *Medicina Popolare Siciliana*, nella quale l'autore propone un'approssimazione specifica al terreno della medicina popolare e un modello di monografia ispirato all'idea dei *kulturkreise* ed ai contributi di Tylor. Per Pitрэ solo i medici possono trattare con rigore questa tematica, per questo il suo sistema classificatorio e analitico non è altro che quello della medicina anatomo-clinica. La radicalità di questa posizione non elimina il valore della vasta opera folklorica di Pitрэ. L'ammirazione e il rispetto di cui egli godeva tra i folkloristi europei dissuase i ricercatori che non avevano una formazione in medicina a utilizzare la sua metodologia (vedi PÉREZ VIDAL J. 1945). In Spagna, né L. Hoyos-Sainz (HOYOS-SAINZ L. - HOYOS-SANCHO N. 1985 [1947]) né J. Amades (AMADES J. 1980) stabilirono una continuità con i lavori di Pitрэ, la cui opera fu praticamente sconosciuta in America. Solo i folkloristi provenienti dalla medicina quali V. Lis-Quibén (LIS-QUIBÉN V. 1980 [1949]) in Galizia o, più recentemente, Anton Erkoreka (ERKOREKA A. 1985) nel Paese Basco, stabiliranno una continuità con il suo lavoro<sup>(31)</sup>.

É proprio nel Paese Basco che Joxemikel de Barandiarán (1889-1991) crea il progetto etnografico regionale più importante e di lunga durata della Spagna. Formatosi a Berlino con Graebner, de Barandiarán organizzerà l'antropologia basca attorno all'idea dei quattro rami e a partire da alcune cellule locali di studiosi che oggi continuano ad essere attive ed hanno prodotto un materiale ingente (incluso la medicina popolare) pubblicato nell'*Atlas etnográfico de Vasconia*<sup>(32)</sup>. Nel resto del paese continuano ad apparire, ancora oggi, notizie sul folklore medico al margine dell'evoluzione dell'antropologia medica<sup>(33)</sup>.

## *L'antropologia medica in Spagna*

### *Le origini*

Nel 1949, George Foster, accompagnato dalla moglie e da Julio Caro-Baroja, fece un lungo viaggio attraverso la Spagna<sup>(34)</sup>. Foster (FOSTER G. M. 1980 [1947], 1994) si interessò alle relazioni tra la medicina spagnola del Secolo d'Oro e i saperi medici della

Nuova Spagna. Nei due decenni successivi, un gruppo scelto di antropologi nordamericani ed inglesi realizzò un lungo lavoro di campo<sup>(35)</sup>. Pochi tra loro si interessavano di temi quali la pratica medica, la salute o la malattia<sup>(36)</sup>. Tuttavia, a causa del suo interesse per la stregoneria e per l'inquisizione, Julio Caro-Baroja (CARO-BAROJA J. 1993 [1961], 1967) scriverà pagine memorabili su maghi e medici, così come il danese Gustav Henningsen (HENNINGSEN G. 1983 [1980])<sup>(37)</sup>.

Il punto di partenza dell'antropologia professionale in Spagna fu la creazione da parte di Claudio Esteva Fabregat della *Escuela de estudios antropológicos* a Madrid tra il 1964 e il 1968 e le sue prime docenze nell'Università di Barcellona nel 1969 (PRAT J. cur. 1999). Il suo progetto, legato alla formazione messicana, presupponeva un'antropologia suddivisa in quattro rami. Un progetto che non poté concretizzarsi in una struttura accademica governata, nell'ambito umanistico, da discipline di lunga tradizione locale, come la storia, le filologie e la filosofia. Nel contesto del tardo-franchismo, i suoi alunni optarono per linee diverse da quelle praticate nel suo magistero (il culturalismo americano e la scuola di Cultura e personalità) (ESTEVA FABREGAT C. 1973), come l'antropologia sociale britannica, introdotta più tardi da Carmelo Lisón, o l'antropologia marxista francese. Per quanto questi due orientamenti non mostrassero alcun interesse per il tema medico, alcuni autori lavorarono successivamente in quest'ambito lungo tre diverse direttrici: una di carattere interdisciplinare tra antropologia e storia sociale, un'altra che userà i temi medici o para-medici per mettere alla prova ipotesi antropologiche e, infine, una linea di ricerca che, tra l'autoformazione e la sperimentazione, aprirà la porta alla costruzione dell'antropologia medica.

Uno degli apporti pionieristici proviene proprio da alcuni storici della medicina che conoscevano bene lo sviluppo internazionale delle relazioni tra la storia e le scienze sociali. È il caso di Luis Gil (GIL L. 1969) per quel che concerne la medicina popolare nel mondo classico, di Agustín Albarracín (ALBARRACÍN A. 1972) rispetto al pluralismo dell'assistenza e del libro di Luis García Ballester (GARCÍA BALLESTER L. 1977) sulla medicina moresca a Granada, ripubblicato nel 1984. Nessuna di queste opere, né quelle di Caro-Baroja, malgrado l'uso di nozioni quali "gruppi marginali" e "subcultura" e l'influenza di Ackerknecht<sup>(38)</sup>, ebbero effetto tra i giovani antropologi spagnoli dell'epoca.

García Ballester considerò la medicina una forma culturale e confrontò la medicina moresca con quella galenica per mostrare come, nonostante la loro filiazione comune, la prima avesse subito un processo di marginalizzazione e decadenza a causa delle politiche di cristianizzazione dei Mori del Regno di Granata, politiche che portarono infine alla sua espulsione nel 1610. La medicina moresca appare qui come una medicina subalterna, frutto del processo politico subito dal Regno di Granada e, in certa misura, la proposta di García Ballester si ricollega sia all'approccio di Ernesto de Martino in Italia (DE MARTINO E. 1983 [1958], 1994 [1961]) sia a quello di Eduardo Menéndez in Messico (MENÉNDEZ E. L. 1990). La differenza più significativa rispetto a questi due autori è l'assenza di una base teorica fondata sul marxismo gramsciano, ma anche le somiglianze sono comunque molto ben visibili.

Nel suo stile narrativo, García Ballester gioca con il "punto di vista dell'attore" in un periodo nel quale tale fonte non è di moda nell'antropologia spagnola. L'illustre storico mantenne fedelmente la propria identità "storico-medica", seppure in uno scenario dialogico con la teoria antropologica<sup>(39)</sup>. Tra i giovani discepoli di Esteva, solo la tesi di laurea (1971), inedita, di Jesús Contreras sulle relazioni tra i saperi medici e quelli popolari nel secolo XVIII può considerarsi un tentativo su questa strada. Saranno necessari dieci anni prima che questa linea venga ripresa<sup>(40)</sup>.



Carmelo Lisón studiò con Evans-Pritchard e realizzò una ricerca sul campo in Galizia tra il 1964 e la fine degli anni Sessanta. Il suo progetto, un vasto studio regionale, è stato pubblicato nel corso di vent'anni. Molti dei suoi libri fanno riferimento a due grandi questioni: il pluralismo medico e i saperi popolari sulla stregoneria e la malattia (LISÓN C. 1979a, 1979b). Altri (LISÓN C. 1990) portano avanti lo studio dei rituali di possessione nel santuario galiziano del Corpiño. La sua opera è più vicina a *Witchcraft, oracles and magic among the Azande* di Evans-Pritchard che all'antropologia medica, dato che Lisón farà un'etnografia del rituale limitandosi ad Ackercknecht nei suoi riferimenti teorici in campo medico-antropologico.

Anche il lavoro della sua discepola, Maria Cátedra, sarà realizzato nel nord della Spagna (nelle Asturie). Il suo libro sui *Vaqueiros* di Alzada è un'opera cardine sui temi della morte, del suicidio e della malattia dal punto di vista degli attori (CÁTEDRA M. 1976, 1988). Scrittrice eccellente e sensibile, il suo principale oggetto è l'analisi dell'identità di un gruppo marginale e rurale. Fedele ai principi del culturalismo di stampo anglofono, il suo lavoro non contempla l'influenza della medicina nella configurazione dei saperi popolari e la dimensione di subalternità associata alle condizioni di vita e di morte dei *Vaqueiros*.

Se mettiamo a confronto i contributi di Cátedra, Lisón e García Ballester, il lavoro più vicino a quelli proposti dall'attuale antropologia medica appare essere quello dello storico. La ragione di questo apparente paradosso è data dalla necessità per l'antropologia spagnola di quegli anni di affermare la propria identità corporativa, in opposizione alla storia e alla sociologia, mediante l'assunzione più pura del modello classico, quale fu quello messo a punto da Boas e dagli antropologi delle scuole di Oxford e Cambridge.

Gli studi che permettono lo sviluppo di un'antropologia medica spagnola sono però altri rispetto a quelli ripercorsi. Si tratta di opere minori, pubblicate durante gli anni Settanta, da antropologi in formazione. Joan Prat (PRAT J. 1972), per esempio, analizza il ruolo degli ex-voto in Catalogna, in relazione agli ammalati terminali, dichiarati inguaribili dalla medicina, e apre le porte ad un'analisi delle relazioni tra medicina e religione. Pau Comes (COMES P. 1972) elabora una etnografia degli itinerari terapeutici della malattia e della morte, nella Catalogna rurale, e Josep M. Comelles (COMELLES J. M. 1972) cerca di reinterpretare i materiali dei folkloristi alla luce dei concetti etnomedici. Più tardi, con vari psichiatri, egli introduce la risorsa delle reti sociali per analizzare una crisi psicotica, di tema demoniaco, scatenatasi in una paziente zingara durante un culto pentecostale a Barcellona (COMELLES J. M. - CASAS M. - UDINA C. - ÁLVAREZ E. 1975), oppure un caso di schizofrenia (COMELLES J. M. 1977). Infine, Frigolé (FRIGOLÉ J. 1978), nel prologo di un piccolo libro sulla medicina popolare (PUIGDENGOLAS M. - MIRANDA R. 1978) avvia un'interessante riflessione sulle relazioni tra il mondo popolare e la medicina.

In linea generale, si tratta di tentativi e di esercizi di apprendimento che vogliono fuggire dal folklore medico e proporre strumenti antropologici per studiare la salute e la malattia, in un periodo nel quale Fabrega (FABREGA H. Jr. 1974) già realizza una critica al discorso medico. I riferimenti intellettuali di questi testi si limitano ad Erwin H. Ackerknecht, Georges Devereux, Claude Lévi-Strauss o alla scuola di Cultura e personalità e gli autori si confrontano con un autentico dilemma sul modo di articolare i temi medici sulla visione antropologica. Avendo come modello di riferimento Cátedra o Lisón non vi sarebbe stata possibilità di sviluppare un'antropologia nella quale i temi medici avessero un ruolo centrale; nel caso in cui il modello fosse quello

di García Ballester, diveniva rischioso collocarsi in uno spazio liminale tra antropologia e storia; infine, scegliere la visione della fenomenologia di Lain Entralgo avrebbe implicato un restare vincolati alla retorica dell'umanesimo medico (LAIN ENTRALGO P. 1983 [1964])<sup>(41)</sup>.

Da parte di Cátedra, era possibile sviluppare una certa antropologia della malattia, ma questa rimaneva circoscritta ad una sorta di etnomedicina dei gruppi marginali. Era difficile fare di meglio prima del 1980. Mancando i riferimenti teorici, gli antropologi catalani andarono a cercarli tra i sociologi, quali ad esempio R. M. Coe (COE R. M. 1973), Eliot Freidson (FREIDSON E. 1978 [1970]) oppure Erving Goffman (GOFFMAN E. 1968 [1961]), le cui nozioni, per esempio "carriera morale" o "*lay referral system*", si inserivano bene in uno scenario più interessato alle pratiche che ai discorsi. Nell'anno 1975 si percepisce una sorta di rottura tra i testi che attingono alle fonti di Ackerknecht o del folklore medico e quelli che sempre più si orientano ad indagare i limiti tra la medicina occidentale e le pratiche popolari. Si trattava di un interesse inevitabile, giacché la sanità pubblica includeva già l'85% della popolazione spagnola nel 1975 e la ricerca non poteva non tener conto di questa evidenza. Le influenze più significative giunsero dall'interazionismo simbolico, dalla sociologia della devianza e dai lavori di Michel Foucault, Robert Castel, Victor Turner, Mary Douglas ed Edmund R. Leach<sup>(42)</sup>.

Il punto di inizio formale della antropologia medica in Spagna si può collocare nell'edizione del libro, significativamente intitolato, *La Antropología médica en España* (KENNY M. - DE MIGUEL J. curr. 1980), curato dal sociologo Jesús de Miguel e dall'antropologo Michael Kenny. Costituito da una ventina di contributi, la metà dei quali di autori spagnoli, include tre testi programmatici: un'introduzione di De Miguel, nella quale non emergono differenze tra una sociologia medica e un'antropologia medica propriamente detta; una bibliografia di 700 riferimenti ai predecessori compilata da Pujadas, Comelles e Prat; e un testo di Prat, Pujadas e Comelles che elabora una critica della demarcazione tra medicina popolare e medicina professionale. Questi lavori programmatici aprono la porta ad un'antropologia applicata nel mondo clinico e discutono dei limiti del concetto di efficacia simbolica. Pubblicato da una prestigiosa casa editrice, il libro ebbe un'ampia distribuzione in Spagna e in America Latina e coincise temporalmente con i dibattiti sulla riforma del sistema di salute spagnolo. In una certa misura, la visione dei curatori fu introdurre l'antropologia in questo scenario, *malgré* i propri colleghi antropologi.

Due giovani ricercatori, Oriol Romani e Josep M. Comelles conclusero le proprie tesi alla fine della decade. Romani (ROMANI O. 1979, 1983) si interessò agli usi culturali e al contesto sociale del consumo della cannabis, nel quadro contro-culturale della Barcellona del tardo-franchismo e della transizione democratica. Nella sua etnografia partecipativa, in una tesi con connotazioni autobiografiche, si percepisce l'influenza dell'interazionismo simbolico e della sociologia della devianza. La tesi contiene quattro storie di vita, una delle quali fu pubblicata autonomamente (ROMANI O. 1983). Comelles (COMELLES J. M. 1986), da parte sua, studiò il processo di deistituzionalizzazione manicomiale, a partire dalle influenze delle etnografie classiche sugli ospedali psichiatrici, dell'interazionismo simbolico e dell'antropologia politica. Una parte del suo lavoro mostra relazioni con le teorie di Foucault, Castel e Freidson, in particolare lo studio della relazione tra il significato dell'istituzione e le trasformazioni del discorso medico (COMELLES J. M. 1980)<sup>(43)</sup>.

La tesi di laurea di Marta Allué (ALLUÉ M. 1980) e il suo articolo successivo sulla gestione della morte nell'ambito domestico e ospedaliero (ALLUÉ M. 1982) segue una linea

simile ai contributi precedenti. L'Allué analizza la morte a partire da una revisione critica del folklore funerario che la porta ad indagare gli itinerari di morte e di agonia, partendo dalle nozioni di Turner sul mondo rituale. Il suo lavoro si avvicina al concetto di "modelli di ricerca di salute" dei sociologi.

L'articolo collettivo di Comelles, Andreu, Ferrus e París (COMELLES J. M. - ANDREU A. - FERRUS J. - PARÍS S. 1982) ha una sua rilevanza per il carattere programmatico. Al fine di superare il dualismo medicina-popolare/medicina-professionale, gli autori propongono di trattare gli itinerari terapeutici e il pluralismo medico, a partire dalla nozione di assistibilità, intesa come un processo storico. Questi autori verranno a conoscenza dell'opera di Arthur Kleinman (KLEINMAN A. 1980) solo dopo l'edizione del testo, approssimativamente intorno al 1982. Varie volte gli autori di questo testo hanno cercato di ritornare sui vantaggi che sono derivati dal non essere venuti a conoscenza del modello elaborato da Kleinman già prima delle loro riflessioni sulla problematica assistenziale in una realtà specifica come quella spagnola, con un sistema sanitario diverso da quello nord-americano e da quello dei contesti asiatici. I concetti sociologici e la ricerca storica si rivelarono fondamentali in questa riflessione, così come le opere di Foucault e Castel che indicarono la strada per trattare la relazione tra la pratica medica, le politiche di salute e i loro effetti culturali. Tale era la situazione in quel momento. Le ricerche presentavano una forte componente autodidattica e autobiografica ed erano in cerca di un'identità antropologica, con una apertura alla interdisciplinarietà, per motivi di sopravvivenza. La metodologia di lavoro si fondava sull'uso dell'osservazione partecipante, della ricerca d'archivio, optando per una mancanza di delimitazione geografica nell'oggetto di studio, per un rifiuto della nozione di "comunità" e per una implicazione nei propri contesti socioculturali.

Alcuni anni più tardi, Ángel Martínez-Hernández (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ A. 1993), riflettendo criticamente su queste scelte, ha suggerito che, per quanto in quel momento il panorama fosse abbastanza confuso, si può parlare di un progetto di antropologia medica definito dalla tipologia degli oggetti di studio, con specifiche approssimazioni metodologiche e con una volontà di istituzionalizzazione e di dibattito interdisciplinare. Egli ha messo in luce, inoltre, alcune lacune: l'assenza di un dibattito metodologico di fondo che avrebbe permesso di trascendere l'immagine di *bricoleurs* più o meno abili, l'autodidattismo e il problema di lavorare su un contesto prossimo (quello delle società complesse) sul quale l'antropologia sociale e culturale avevano troppo recentemente sviluppato una discussione teorica<sup>(44)</sup>. Si potrebbe aggiungere anche la necessità, da parte di questi autori, di creare e legittimare un'identità antropologica per la quale non avevano praticamente referenti, oltre alla difficoltà di stabilire un dibattito tra facoltà umanistiche e settore sanitario con grandi difficoltà a intervenire nella formazione medica.

### *Un lungo cammino (1982-1994)*

I primi corsi di laurea e di specializzazione in antropologia medica furono impartiti nell'Università di Barcellona, a Tarragona, nel 1981. L'anno successivo si tenne il primo Colloquio internazionale, a Tarragona, con la partecipazione di duecento ricercatori<sup>(45)</sup>, dando così riconoscimento formale all'antropologia medica spagnola. Poco tempo dopo, nel 1986, in seguito a una riforma legislativa, fu inaugurato il primo corso di dottorato in antropologia medica e, successivamente (nel 1988), un

primo programma di dottorato in Scienze sociali e salute. Attualmente, l'antropologia medica è una materia curricolare in una dozzina di università, all'interno del piano di studi in antropologia sociale. La tavola che segue offre alcuni dati sulla crescita del campo, in termini quantitativi.

TAVOLA I

<i>Decadi</i>	<i>Libri, articoli e capitoli di libri</i>	<i>Tesi di Laurea (Specializzazione)</i>	<i>Tesi di Dottorato (Ph.D.)</i>
1970-1979	88	2	2
1980-1989	502	6 + tesi di Valencia	4
1990-1999	875	?	30
Totale	1465	8 +	36

Questo periodo ha avuto un'importanza cruciale dal punto di vista della divulgazione delle conoscenze antropologiche tra i professionisti della salute, in particolare infermieri, assistenti sociali, medici e psichiatri. La comparsa di alcune opere collettive (COMELLES J. M. cur. 1984, BALAGUER E. cur. 1987, COMELLES J. M. - ROMANI O. cur. 1989, ROMANI O. - COMELLES J. M. cur. 1993), nonché una serie di numeri della rivista "Jano" <sup>(46)</sup>, favorirono l'evoluzione dell'antropologia medica spagnola e dell'incorporazione critica della *clinically applied anthropology* americana.

In questi anni sono stati pubblicati un centinaio di libri, la maggior parte dei quali è costituita da studi sui contesti locali ancora metodologicamente vicini al folklore medico <sup>(47)</sup>, pochi lavori si inscrivono nel campo dell'antropologia medica. In particolare, si possono distinguere un primo gruppo di pubblicazioni dedicate alla analisi dell'"epidemia" dell'eroina in Spagna, che comprende due biografie (ROMANI O. 1983, GAMELLA J. 1990), una ricerca sugli itinerari terapeutici degli eroinomani (FUNES J. - ROMANI O. 1985), due studi sui giovani (COMAS D. 1985, 1987) e un dibattito collettivo (COMAS D. - ESPÍN M. - RAMÍREZ cur. 1992). Ciò consentirà agli antropologi di collocarsi in una posizione centrale nella ricerca applicata e nel *consulting* in questo campo.

Un secondo gruppo di testi si occupa della malattia e della sofferenza. Tra questi possiamo considerare i lavori di Marcial Gondar (GONDAR M. 1989, 1990), che esplorano il lutto e la morte tra le donne galiziane. Lo stesso autore, insieme allo psichiatra e antropologo Emilio González, metterà a punto il primo programma spagnolo di psichiatria culturale (GONDAR M. - GONZÁLEZ E. cur. 1992). Sempre rispetto allo studio della malattia, a Madrid, un servizio ospedaliero incaricò tre antropologhe di effettuare una ricerca sul campo sull'artrite reumatoide (DEVILLARD M. J. - OTEGUI R. - GARCIA-FERRERO P. 1991) e Serra París (PARÍS S. 1984) ha pubblicato le proprie ricerche sulla scoliosi in donne giovani.

Un terzo terreno di ricerca è costituito dai professionisti sanitari, sui quali il sociologo J. De Miguel ha pubblicato molte monografie (DE MIGUEL J. 1979, 1984). Josep Canals, da parte sua, ha esplorato il processo di "de-femminizzazione" della professione infermieristica (CANALS J. 1985), mentre Comelles (COMELLES J. M. 1991) ha lavorato sul ruolo della psichiatria nella Spagna moderna. Comas, Bodoque, Roca e Ferreres (COMAS-

D'ARCEMIR D. - BODOQUE Y. - FERRERES S. - ROCA J. 1990) hanno pubblicato un interessante studio sul ruolo delle donne nell'ambito domestico. Gli storici della medicina hanno studiato anche i saperi e le pratiche popolari da un punto di vista vicino al folklore medico e, per tanto, abbastanza distaccato dai punti di partenza di Albarracín e García Ballester. Un articolo programmatico (BALAGUER E. - BALLESTER R. - BERNABEU J. - PERDIGUERO E. 1990) e gli studi di medicina domestica di Perdiguero (PERDIGUERO E. 1991, 1992) hanno aperto una via che ha ricevuto maggiore attenzione solo negli anni successivi. Rispetto alla storia della scienza, il libro più importante durante questi anni co-sembra *Ciencia y marginación* di José Luis Peset (PESET J. L. 1984), uno studio storico-comparativo sulle relazioni tra medici, antropologi e psichiatri e sull'articolazione con il diritto e la politica dei loro discorsi e pratiche.

La maggiore influenza teorica in questo momento proviene dall'antropologo argentino, attualmente in Messico, Eduardo Menéndez, che continua a insegnare a Madrid e a Tarragona. La sua posizione teorica rispetto al processo salute/malattia/cura (MENÉNDEZ E. L. 1981, 1982, 1990) permette all'antropologia medica spagnola di superare la fase di intuizione e *bricolage* e di fare proprio un rigore metodologico e teorico fino a questo momento solo intuito. In realtà, la sua opera può riallacciarsi perfettamente con quella di Allan Young (YOUNG A. 1982) e della *Critical medical anthropology*. Il suo orientamento corrisponde, inoltre, alle posizioni sostenute dagli antropologi italiani che partecipano al Centro sperimentale di educazione sanitaria a Perugia (Italia), un luogo di culto da parte dei medici igienisti spagnoli degli anni Ottanta. La relazione con autori come Bartoli (BARTOLI P. 1989) e Seppilli (SEPPILLI T. 1983) si consolida grazie alla presenza regolare di entrambi e di Menéndez a Tarragona. Poiché le fonti di Menéndez provengono originariamente dagli scritti di Gramsci e de Martino, viene favorita la costituzione di un circuito italiano, latinoamericano e spagnolo che segna profondamente l'identità dell'antropologia medica spagnola.

Nel 1992, Comelles e Martínez-Hernández lavorano insieme a un progetto genealogico sulle correnti teoriche internazionali dell'antropologia medica, prendendo in considerazione gli apporti periferici più interessanti, provenienti dalla Francia, dall'Italia e dall'America Latina. Per ragioni editoriali, il risultato finale è stato programmato in tre pubblicazioni (COMELLES J. M. - MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ A. 1993, MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ A. - COMELLES J. M. 1994, MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ A. - OROBITG G. - COMELLES J. M. 2000).

La maggior parte della ricerca, eccettuato il settore delle dipendenze da droga, non è stata parte della attività istituzionale finanziata. Solo la rete di relazioni personali e gli interessi particolari di ciascuno studioso hanno fornito sostegno economico alla ricerca. Questo non ha permesso di consolidare una comunità scientifica reale, a partire da un pur ampio gruppo di studenti di dottorato e di tesi. I temi della ricerca, d'altro canto, hanno mostrato una certa dispersione che, nonostante tutto, ha comunque portato al pluralismo e al dialogo con altri settori di studio i quali attualmente formano campi di ricerca autonomi<sup>(48)</sup>.

Il carattere informale delle relazioni tra i vari autori ha permesso la crescita di una identità di gruppo relativamente fluida che ha evitato i rischi del dogmatismo tipico di molte scuole. I lati negativi però sono venuti dall'allontanamento dall'epidemiologia e da un accademismo legato agli scarsi finanziamenti per il lavoro applicato e alle condizioni del mercato del lavoro universitario in Spagna.

La maggior parte degli studiosi di questo periodo ha fondato il proprio lavoro sull'osservazione partecipante, sulle storie di vita, sugli itinerari terapeutici e sull'analisi delle reti. L'alternativa al funzionalismo e al culturalismo è venuta dalla storia, con

alcune concessioni, a volte inevitabili ed altre un po' meno, al presentismo. In altri casi, l'impianto teorico si è costruito con opzioni archeologiche di tipo foucaultiano che si sostengono in base a paradigmi simili al culturalismo, per quanto il relativismo questa volta sia di tipo diacronico e non sincronico. L'apertura di un dibattito con la storia della medicina ha rappresentato una delle caratteristiche peculiari di questa tappa <sup>(49)</sup>.

### *Il consolidamento di un progetto istituzionale*

Perdiguero (PERDIGUERO E. 1993) e Martínez-Hernández (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ Á. 1993) hanno realizzato ciascuno dei manuali sul periodo della fondazione della storia della medicina e dell'antropologia. Entrambi i testi propongono una agenda programmatica. Il primo auspica che il cammino della storia converga con quello dell'antropologia medica <sup>(50)</sup>. Martínez-Hernández (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ Á. 1993), da parte sua, sottolinea le difficoltà nei processi di istituzionalizzazione dell'antropologia medica e la necessità di un ampliamento del campo di ricerca, attualmente troppo concentrato sulla dimensione assistenziale. Egli ritiene inoltre che questo orientamento sia dovuto alle influenze del funzionalismo, alla storia sociale e agli orientamenti italiano e messicano. Utilizzando la doppia dicotomia di Needham (NEEDHAM R. 1969) tra il *culturale* ed il *sociale*, da una parte, e la *emozione* e la *struttura*, dall'altro, MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ propone di valorizzare maggiormente le dimensioni culturali, dell'ermeneutica e della fenomenologia <sup>(51)</sup>. I due autori rappresentano una nuova generazione che non ha vissuto i problemi di una formazione autodidattica e improvvisata.

La tesi di dottorato di Martínez-Hernández (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ Á. 1994, 2000), realizzata sotto la guida di Claudio Esteva Fabregat e Josep Maria Comelles si propone di ricomporre la rottura epistemologica tra l'antropologia della malattia e le altre pratiche assistenziali. Partendo dall'interpretazione psichiatrica e dell'antropologia del sintomo, egli si propone di costruire un modello culturalista della malattia e del dolore. Nonostante questo, il suo lavoro contiene implicitamente il progetto di un'antropologia della pratica e della produzione delle conoscenze biomediche. Lungo questa linea di lavoro, la brillante tesi di José M. Uribe (URIBE J. M. 1994) sulla trasformazione dei dispositivi di assistenza di base nel Paese Basco si distanzia dalle linee dominanti degli anni precedenti, più vicine all'economia politica, e incorpora il discorso culturalista della *clinically applied anthropology*. Da parte sua, Mari Luz Esteban (ESTEBAN M. L. 1993), un'antropologa di formazione medica proveniente dal movimento femminista, introduce nell'antropologia medica spagnola l'interesse per il genere e il corpo. Per concludere, nel 1994, Cristina Larrea studia il ruolo degli odori nella costruzione della teoria medica (LARREA C. 1997) mostrando le possibilità di un lavoro interdisciplinare tra l'antropologia medica e la storia della medicina <sup>(52)</sup>.

Con l'affacciarsi della nuova generazione, che amplierà il gruppo degli antropologi della salute nelle università, sarà possibile rafforzare la formazione continua nel terzo ciclo e consolidare progressivamente la comunità scientifica. Questo è il ruolo giocato dal *Master d'Antropologia de la Medicina* (1994-2002) e dal dottorato omonimo, nato nel 1996, entrambi realizzati a Tarragona. Fino ad ora, *Master* e dottorato si sono avvalsi della collaborazione di circa cinquanta colleghi stranieri e di un centinaio di studenti, rendendo possibile la comunicazione interna e la presenza dell'antropologia medica spagnola in Europa e in America Latina, nonché la creazione di una rete tematica

(*REDAM Red latina de antropología médica*) che organizza un convegno biennale a Tarragona. Ciò ha favorito lo sviluppo di una identità collettiva stabile e ben definita. Nel 2002, nel *Congreso español de antropología*, realizzato a Barcellona, il simposio di antropologia medica è stato il secondo per numero di presenze.

Riassumere i contributi contemporanei non è compito facile, anche perché la produzione di libri e di tesi (vedi la Tavola 1) è molto numerosa e diversificata. Per non essere ingiusti, rimandiamo il lettore interessato ai repertori bibliografici recenti, come quello di Perdiguero, Comelles ed Erkoreka (PERDIGUERO E. - COMELLES J. M. - ERKOREKA A. 2000) e ci concentreremo nell'ultima parte di questo contributo su alcuni dibattiti fondamentali.

Uno dei focus di discussione è dato dal mantenimento della antropologia medica tra le discipline antropologiche, la sua medicalizzazione o la possibile apertura ad una programmazione interdisciplinare, come quella rappresentata dall'opera collettiva recente di Perdiguero e Comelles (PERDIGUERO E. - COMELLES J. M. 2000), intitolata *Medicina y cultura*, che riunisce gli storici della scienza, i medici, gli psichiatri e gli antropologi, in un dibattito sul valore della cultura nel settore della salute.

Un altro dibattito, non meno importante, rimanda al coinvolgimento dell'antropologo in un contesto di ricerca sul campo, che è stato prevalentemente domestico e con uno sguardo sulla realtà immediatamente circostante. In questa sede trovano posto la riflessione autobiografica di Lluís Mallart (MALLART L. 1992) sulla conversione, proposta da un antropologo interessato alla etnomedicina a partire dalla sua esperienza missionaria in Camerun, e anche le narrazioni di Marta Allué sul proprio itinerario terapeutico (ALLUÉ M. 1996) che introducono una discussione sia sul diritto all'uguaglianza per i disabili sia sulla etnografia delle attitudini dei "normali" verso questo gruppo (ALLUÉ M. 2003)<sup>(53)</sup>. Il dibattito sulle possibilità di uno sguardo "vicino" si ritrova in un gran numero di testi antropologici provenienti dall'assistenza sociale e dall'infermieristica di operatori che si mostrano interessati a fare ricerche sulla propria pratica professionale<sup>(54)</sup>. È necessario menzionare a questo punto, trattando della confluenza fra l'antropologia, la salute e i servizi sociali, il lavoro di Josep Canals (CANALS J. 1998), in particolare un suo studio recente sui gruppi di mutuo aiuto nel contesto della crisi dello stato sociale (CANALS J. 2002).

La pluralità delle risorse all'interno del complesso salute/malattia/assistenza è uno dei temi meglio rappresentati nella letteratura scientifica, che mostra più convergenze tra l'antropologia e la storia della medicina. Due monografie della rivista "Dynamis" (1996, 2002) riportano più di venti articoli a riguardo. La monografia curata da Mariluz López-Terrada (LÓPEZ-TERRADA M. L. 2000), allo stesso modo di Zarzoso (ZARZOSO A. 2001) e Perdiguero (PERDIGUERO E. 1996, 1997), ha fornito altri apporti storico-medici in questo senso. Per quanto riguarda le pubblicazioni di antropologi, vanno segnalati alcuni lavori sui guaritori tradizionali (GÓMEZ P. cur. 1997, GANDÍA E. 1999), sulle *culture-bound syndromes* (ERKOREKA A. 1995) e sulle pratiche popolari (FRESQUET J. L. - TRONCHONI J. A. - FERRER F. - BORDALLO A. 1994, FRESQUET J. L. cur. 1995). Due opere basilari su questa tematica sono quelle di González Alcantud e Rodríguez Becerra (ALCANTUD G. - BECERRA R. 1996) e di González Reboredo (REBOREDO G. 1997), nelle quali si fanno dialogare testi di antropologia medica, in senso stretto, con altri che cercano di mantenere l'interesse sul folklore. Più recentemente, la tesi di Lasala (LASALA A. 2003) costituisce il migliore studio spagnolo sugli interscambi tra i guaritori tradizionali e i dispositivi sanitari.

Alcuni testi hanno affrontato lo studio delle culture professionali e assistenziali. Tra questi, il lavoro di Xavier Allué (ALLUÉ X. 1999) sul pronto soccorso ospedaliero, di

Villamil (VILLAMIL F. 2001) sulla prevenzione dall'Hiv-Aids rivolta a gruppi di omosessuali, di José Fernández-Rufete (FERNÁNDEZ-RUFETE J. 1997) sulla cultura dei servizi specializzati in Hiv-Aids o di Comelles (COMELLES J. M. 2000b) e Pallarés (PALLARÉS Á. 2003) sulle unità di cura intensiva. Nella stessa prospettiva, si possono collocare i lavori sul genere e la salute, che hanno inizio in Spagna a partire da una serie di tesi sui servizi di *planning*, uno dei fenomeni caratteristici dello sviluppo del femminismo, durante i primi anni della Transizione Democratica (BODOQUE Y. 1996, ESTEBAN M. L. 1993, 2001) <sup>(55)</sup>.

Le ricerche sul tema della salute, in contesti migratori, hanno avuto origine in Spagna nel 1967 con una eccellente sintesi dello psichiatra Cabaleiro Goas (CABALEIRO GOAS M. 1997 [1967]). Più recentemente, un articolo (OBIOLS J. - BELLOCH J. V. 1987) e un libro collettivo, pubblicato da vari psichiatri (TIZON J. L. *et al.* 1993) offrono un primo bilancio delle implicazioni cliniche in riferimento alla presenza di una crescente diversità culturale nel nostro contesto sociale (vedi anche ESTEBAN M. L. - DÍAZ B. 1997). Questa problematica si sta configurando come uno dei temi più rilevanti per le sue implicazioni sociosanitarie reali, a causa dell'omissione delle dimensioni culturali della malattia e dell'assistenza nella formazione tradizionale dei professionisti della salute <sup>(56)</sup>.

Uno spazio singolare in Spagna, in questo senso, è quello della psichiatria culturale e transculturale. Un campo che ultimamente è stato valorizzato per l'incremento dei flussi migratori nel nostro paese e per la partecipazione di alcuni professionisti ai programmi internazionali di assistenza ai rifugiati. L'interesse per le concezioni popolari sulla salute e la malattia mentale (OBIOLS J. *et al.* 1984, GONDAR M. 1997, GONZÁLEZ 2000), i problemi della diagnostica clinica, le *culture-bound syndromes* e gli ostacoli alla comunicazione clinica (CABALLERO L. 1996, 1997) sono ulteriori tematiche trattate di recente. Questi temi erano stati avvicinati in alcuni testi precedenti (OBIOLS J. 1981, OBIOLS J. - PONS R. *et al.* 1984), ma sarà soprattutto il lavoro congiunto di Marcial Gondar ed Emilio González a fornire gli apporti più originali. Vale la pena citare qui la tesi inedita di González (GONZÁLEZ E. 2000) che, a partire da una posizione radicale per il contesto della psichiatria spagnola, presenta una densa e articolata etnografia nella quale si decostruisce la pratica psichiatrica e si definisce il ruolo dello psichiatra come mediatore culturale.

In termini generali, le differenze tra gli psichiatri e gli antropologi sono abbastanza evidenti. Per la loro doppia professionalizzazione Comelles e González sono una eccezione a questa regola. Gli psichiatri hanno affrontato solo recentemente questo tema e hanno mostrato bagaglio antropologico piuttosto limitato insieme ad una relativa attitudine al dibattito interdisciplinare. Si percepisce, di fatto, una volontà di mantenere al margine gli antropologi. Il problema si impone, nonostante tutto, a causa dell'aumento della popolazione immigrata. Gli psichiatri non sembrano essere in grado di contestualizzare gli spazi della pratica psichiatrica, così la loro formazione li porta ad applicare sempre più protocolli clinici di diagnosi e di trattamento. D'altro canto, gli antropologi dimostrano un interesse crescente per l'analisi dei contesti della pratica clinica (COMELLES J. M. - MARTINEZ 1994, GONZÁLEZ 2000, MARTÍNEZ-HERNÁEZ A. 2000) e per lo studio delle logiche sociali e culturali associate ai disturbi mentali (MARTÍNEZ-HERNÁEZ A. 1998). Gli psichiatri affrontano la questione della differenza culturale come un ostacolo da trascendere, per arrivare alla malattia mentale e, su questo punto, le differenze tradizionali tra prospettive biologiche e psicoanalitiche sono molto rappresentative. Il risultato è quasi sempre una reificazione dei fattori socioculturali a variabili che possano ubicarsi nel ventaglio delle decisioni sul protocollo. Per gli antropologi, invece, la malattia mentale acquisisce valore come fenomeno nel quale



ricercare l'ibridazione culturale prodotta dai processi contemporanei di deterritorializzazione etnica, dalla relazione tra i servizi sanitari e i diversi gruppi sociali e le esperienze di sofferenza e dolore.

### *Futuro (imperfetto?)*

Fare un bilancio sembra essere sempre in qualche modo una specie di revisione nostalgica del passato. Ma la nostalgia può essere mitigata e cedere di fronte al panorama che ci si presenta davanti. Oggi l'antropologia medica spagnola è già una comunità scientifica, con ricercatori che realizzano lavori di campo in diverse località nel mondo, con una presenza internazionale modesta ma significativa, nella quale si va costruendo uno spazio di comunicazione, in primo luogo con altri paesi dell'Europa e dell'America Latina. La nostra presenza attiva nella rete europea Medical Anthropology at Home ci colloca in una posizione favorevole sia al dialogo con i colleghi europei sia rispetto alle politiche di finanziamento della ricerca nell'Unione Europea.

Sebbene si tratti di un gruppo antropologico con meno soci effettivi della Society for medical anthropology statunitense, questo punto di partenza permette di stabilire relazioni più personali, che aiutano a pensare al futuro in forma congiunta. Lo stesso discorso è applicabile alle relazioni, più informali ma non meno effettive, con i nostri colleghi dell'America Latina; relazioni che nel futuro prossimo si vedranno rafforzate dalla formalizzazione di programmi di ricerca e di dottorato congiunti. Lungo questa stessa strada si rende necessario, in Spagna e nel contesto europeo in generale, non tenere in considerazione alcune demarcazioni disciplinari, più spesso di carattere burocratico-accademico che razionale, tra sociologia medica e storia della scienza e della medicina. La scarsa presenza di queste specialità nel settore-salute europeo rende necessaria una revisione dei criteri di demarcazione e l'apertura di un dialogo con una medicina e una psichiatria sempre più mirate alle sfide della multiculturalità e della globalizzazione. Ci si pone inoltre l'obiettivo di offrire, nel quadro di uno stato sociali che alcuni vedono già decadente, strumenti di analisi etnografica e di riflessione teorica che permettano di risolvere i problemi e le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria, spiegare la relazione tra il locale ed il globale e rendere visibili i processi di subalternizzazione e di egemonia che operano sotto gli apparenti consensi tra classi e gruppi sociali.

### Note

(1) Vedi a riguardo CAUDILL W. 1953, POLGAR S. 1962, SCOTCH N. A. 1963, FABREGA H. Jr. 1972.

(2) Vedi, tra gli altri, ORTIGUES M. C. 1984 [1966], ZEMPLÉNÍ A. 1966, COLLIGNON R. 1978. Anche MALLART Ll. 1977.

(3) Vedi AGUIRRE BELTRÁN A. 1986 e ANZURES Y BOLAÑOS M. C. 1989.

(4) La recente opera di Diasio (DIASIO N. 1999) crea un ponte tra Francia, Gran Bretagna, Italia ed i Paesi Bassi, facendo emergere una lunga traiettoria della ricerca tra questi paesi. Da parte sua, Menéndez (MENÉNDEZ E. L. 2002) analizza i silenzi e le dimenticanze dell'antropologia sociale del XX secolo, con una particolare enfasi sull'antropologia medica.

(5) Vedi COMELLES J. M. 1998a, 1998b, 2000a. La pratica clinica in psichiatria culturale e transculturale è un esempio in questo senso: si tratta di psichiatri o psicologi clinici che producono etnografia a partire dalle necessità terapeutiche.

- (6) Vedi COMELLES J. M. - MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ Á. 1993, MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ Á. - COMELLES J. M.<sup>a</sup> 1994, COMELLES J. M.<sup>a</sup> 1998a.
- (7) Vedi FABREGA H. Jr. 1974.
- (8) Vedi MENÉNDEZ E. L. 1981 rispetto alle pratiche subalterne di salute.
- (9) Vedi MENÉNDEZ E. L. 1990, STOCKING G. W. 1992a, 1992b, e DARNELL R. 1998.
- (10) Vedi GREENHOUSE C. J. - GREENWOOD D. J. 1998 e GREENHOUSE C. J. cur. 1998.
- (11) Vedi PUIG-SAMPER M. A. - GALERA A. 1983, LISÓN C. 1971, RONZÓN E. 1991, BOUZA J. 2002.
- (12) Questo genere è stato studiato da URTEAGA L. 1980, 1999, PERDIGUERO E. 1988, PRATS LL. 1996, LARREA C. 1997 e BERNABEU J. - BUJOSA F. - VIDAL HERNÁNDEZ J. M. 1999, tra gli altri.
- (13) Vedi la collezione riunita da Rey (REY A. 1990) di testi sui socialmente emarginati scritti da medici.
- (14) Questa documentazione viene prodotta in diversi paesi europei (PETER J. P. 1967) ed anche in America Latina. In Messico, i medici tirocinanti devono scrivere, dal 1937, un rapporto seguendo la struttura logica delle topografie mediche. Cfr. COMELLES J. M. 2000a.
- (15) Le fonti fondamentali sono i seguenti stati dell'arte: COMELLES J. M. 1984, COMELLES J. M. - PARIS S. 1986, MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ Á. 1993, 1996, PERDIGUERO E. 1993. Cfr. anche le due bibliografie: PRAT J. - PUJADAS J. J. - COMELLES J. M. 1980, e PERDIGUERO E. - COMELLES J. M. - ERKOREKA A. 2000. Nel testo diamo priorità ai libri e alle tesi.
- (16) Soprattutto gli storici della medicina di Valencia hanno prestato attenzione a questo problema. Vedi LÓPEZ PIÑERO J. M. cur. 1992, LÓPEZ PIÑERO J. M. - CALERO F. 1992, PARDO J. - LÓPEZ TERRADA M. L. 1993, LÓPEZ PIÑERO J. M. - PARDO J. 1994, 1996, FRESQUET J. L. - LÓPEZ PIÑERO J. M. cur. 1995, LÓPEZ PIÑERO J. M. - LÓPEZ TERRADA M. L. 1997 e ALVAREZ R. 1993, di Madrid.
- (17) Molto abbondante durante il periodo XV-XVI. Vedi DIEZ TORRES A. - MALLO T. - PACHECO D. - ALONSO A. cur. 1991, DIEZ TORRES A. - MALLO T. - PACHECO D. cur. 1995, LAFUENTE A. - SALA J. cur. 1992, LAFUENTE A. - ELENA A. - ORTEGA M. L. cur. 1995.
- (18) È necessario a questo punto citare il ruolo di Lluís Mallart nella costruzione della AM francese (MALLART LL. 1978, 1981) e catalana (MALLART LL. 1984, 1992), come anche quelli di Fernández (FERNÁNDEZ G. 1995, 1998, 1999), Orobitg (OROBITG G. 1995, 1998) e Haussman - Muela - Tanner (HAUSSMAN S. - MUELA J. - TANNER M. 1998), tra gli altri.
- (19) Vedi, a mo' di esempio, LÓPEZ PIÑERO J. M. - GARCÍA-BALLESTER L. - FAUS P. 1964, Larrea (LARREA C. 1997) e Prats (PRATS LL. 1996).
- (20) Il modello fu la società di antropologia fondata da Broca in Francia. Il panorama inglese non è molto diverso, cfr. STOCKING G. W. 1987.
- (21) Sulla *Sociedad española de antropología* vedi PUIG-SAMPER M. A. 1982, PUIG-SAMPER M. A. - GALERA A. 1983. Vedi inoltre RONZÓN E. 1991 e BOUZA J. 2002 per il caso catalano.
- (22) Vedi CALLEJA J. 1892. La maggior parte degli autori compare nel repertorio di ORTIZ C. - SÁNCHEZ L. cur. 1994.
- (23) Vedi GÁMBARA L. 1910 e ÁLVAREZ R. cur. 1999.
- (24) *Información promovida por la Sección de Ciencias Morales y Políticas en el curso 1901 a 1902 en el campo de las costumbres populares y en los tres hechos más característicos de la vida, el nacimiento y la muerte*. Per i risultati vedi LIMÓN A. - CASTELLOTE E. 1990 e SALILLAS R. 1905.
- (25) A proposito di questa differenza vedi PRAT J. - MARTÍNEZ VEIGA U. - CONTRERAS J. - MORENO I. cur. 1991, soprattutto l'introduzione di Prat (PRAT J. 1991: 13-32). Rispetto alle Canarie vedi ESTEVEZ F. 1991, per la Catalogna vedi CALVO LL. 1997 e BOUZA J. 2002. Sul Paese Basco: AZCONA J. 1991.
- (26) A proposito dello sviluppo dell'antropologia in Spagna vedi GREENWOOD D. J. 1982, PRAT J. 1992.
- (27) Il *Manual* è del 1947, ripubblicato nel 1985. Vedi gli articoli del 1940 e del 1942.
- (28) Tale questionario, secondo Guichot (GUICHOT A. 1986 [1922]) proviene da un altro pubblicato nella rivista "El Folklore Frexense y Béticoextremeño" (1883: 331-336) e dimenticato da Machado nel 1882.
- (29) Le due analisi principali di questa documentazione sono KUSCHICK I. 1995 e PERDIGUERO E. - BALLESTER R. 2003. Vedi MONTOTO L. 1883 e GUICHOT A. 1881-1882 in Andalusia e GINER ARIVAU 1885 nelle Asturie.
- (30) L'edizione anastatica che abbiamo utilizzato (BLACK W. G. 1982 [1883]) si riferisce alla seconda edizione del 1889. Vedi PERDIGUERO E. - BALLESTER R. 2003.

- <sup>(31)</sup> Vedi anche lo studio di psichiatria popolare di Cabaleiro Goas (CABALEIRO GOAS M. 1997 [1952]) e i rapporti del medico Castillo de Lucas (CASTILLO A. 1998a, 1998b), autore di un manuale di folklore medico (CASTILLO DE LUCAS A. 1958). L'antropologia medica italiana è fondata sul superamento di Pitre e del folklore dei medici positivisti (cfr. SEPPILLI T. 1983).
- <sup>(32)</sup> Vedi i volumi sulla morte (DE BARANDIARÁN J. 1995) e sull'alimentazione (DE BARANDIARÁN J. 1990).
- <sup>(33)</sup> La collezione bibliografica di Perdiguero, Comelles ed Erkoreka (PERDIGUERO E. - COMELLES J. M. - ERKOREKA A. 2000) contiene una relazione molto completa del folklore medico basco tra il 1960 ed il 2000.
- <sup>(34)</sup> A proposito di questo viaggio e dell'antropologia spagnola vedi CARO-BAROJA J. 1986.
- <sup>(35)</sup> TAX DE FREEMAN S. 1970, BRANDES S. 1975 e GREENWOOD D. J. 1978, tra gli altri. Vedi PRAT J. 1992.
- <sup>(36)</sup> Alcuni di questi sono pubblicati in KENNY M. - DE MIGUEL J. cur. 1980.
- <sup>(37)</sup> Si tratta di opere di storia sociale e culturale. Il distanziamento di Caro-Baroja dalla università lo mantiene al margine dello sviluppo dell'antropologia professionale fino agli anni Ottanta.
- <sup>(38)</sup> García Ballester tradusse in spagnolo *Medicine & ethnology* (ACKERCKNETCH E. H. 1985).
- <sup>(39)</sup> Questo è evidente nei suoi lavori successivi: GARCÍA-BALLESTER L. 2001a, 2001b.
- <sup>(40)</sup> Vedi PRAT J. 1984 e GRACIA D. 1980 rispetto al ruolo curativo di Gesù Cristo, e COMELLES J. M. 1980, 1981 (pubblicato nel 1988) rispetto alla pratica psichiatrica.
- <sup>(41)</sup> Recuperato da Kleinman (KLEINMAN A. 1980). Laín sostenne il valore delle *medical humanities* (LAÍN P. 1985).
- <sup>(42)</sup> Vedi anche il n. 5 della rivista "Papers" (DE MIGUEL J. 1976).
- <sup>(43)</sup> Vedi anche COMELLES J. M. 1988, ROMANÍ O. 1999.
- <sup>(44)</sup> Con l'eccezione di FAVRET-SAADA J. 1977 e VIDICH A. J. - BENSMAN J. - STEIN M. R. cur. 1971.
- <sup>(45)</sup> Vedi COMELLES J. M. cur. 1984 e gli atti: *Jornades d'antropologia de la medicina*, 1982.
- <sup>(46)</sup> Una raccolta degli articoli della rivista "Jano" si può trovare nelle seguenti monografie: MARTÍNEZ-HERNÁEZ A. - COMELLES J. M. - MIRANDA M. cur. 1998 e ROMANÍ O. - MIRANDA M. 1998.
- <sup>(47)</sup> Vedi ERKOREKA A. 1985 e GOICOETXEA A. 1983. Un'eccezione è costituita dall'opera dell'antropologa Yolanda Guío (GUÍO Y. 1988) sulle pratiche popolari in Extremadura.
- <sup>(48)</sup> Per esempio il campo dell'antropologia della sessualità (GUASCH O. 1991, 2000, VENDRELL J. 1995, VÍNUALES O. 2000) e dell'alimentazione (GRACIA M. cur. 2001).
- <sup>(49)</sup> Vedi PERDIGUERO E. 1993, MARTÍNEZ-HERNÁEZ A. 1993 e COMELLES J. M. 1997.
- <sup>(50)</sup> Dalla parte dell'antropologia, le tesi di Larrea (LARREA C. 1994, 1997), la ricerca di Prats (PRATS LL. 1996) sulle topografie mediche e una monografia su un ospedale (COMELLES J. M. - DAURA A. - ARNAU M. - MARTÍN E. 1991).
- <sup>(51)</sup> Vedi gli atti del simposio di antropologia medica nel *Congreso Español de Antropología* (ROMANÍ O. - COMELLES J. M. cur. 1993).
- <sup>(52)</sup> Vedi anche GUASCH O. 1991 e ROCA J. 1996.
- <sup>(53)</sup> Vedi anche COLOM R. 1996 sugli itinerari dei paraplegici e CAPITÁN A. 1999 su un gruppo di amputati.
- <sup>(54)</sup> Vedi per esempio PELEGRI X. 2002, dove si sviluppa una valutazione etnografica dei servizi sociali in Catalogna.
- <sup>(55)</sup> Si veda MIQUEO C. *et al.* 2001 per uno stato dell'arte sul tema.
- <sup>(56)</sup> Vedi COMELLES J. M. - MASCARELLA L. - BARDAJÍ F. - ALLUÉ X. 2000 e COMELLES J. M. - BARDAJÍ F. - MASCARELLA L. - ALLUÉ X. 2000.

## Bibliografia

- ACKERKNECHT E. H. (1985), *Medicina y Antropología Social*, Akal, Madrid.
- AGUILAR E. (1990), *Cultura popular y folklore en Andalucía (Los orígenes de la antropología)*, Diputación Provincial, Sevilla.
- AGUIRRE BELTRÁN A. (1986), *Antropología médica*, CIESAS, México D. F.

- ALBARRACÍN A. (1972), *Intrusos, charlatanes, secretistas y curanderos. Aproximación sociológica al estudio de la asistencia médica extracientífica en la España del siglo XIX*, "Asclepio", vol. 24, 1972, pp. 323-366.
- ÁLVAREZ R. (1993), *La conquista de la naturaleza americana*, Csic, Madrid.
- ÁLVAREZ R. (curatore) (1999), *Dossier: Estudios sobre la eugenesia*, "Asclepio", vol. 51, n. 1, 1999, pp. 5-148.
- ALLUÉ M. (1980), *Siempre vivas e inmortales. Rituales e instituciones funerarias en las comarcas de Tarragona*, tesi di Specializzazione, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- ALLUÉ M. (1982), *La gestión del morir: Para una antropología del enfermo terminal en la sociedad occidental*, pp. 4-32, in AA.Vv., *I Jornades d'antropologia de la medicina. Comunicacions*, "Arxiu d'Etnografia de Catalunya", n. 2.1, (Tarragona).
- ALLUÉ M. (1996), *Sauver sa peau*, Seli Arslan, Paris [ediz. spagnola: Ariel, Barcelona, 1996].
- ALLUÉ M. (2003), *DisCapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia*, Bellaterra, Barcelona.
- ALLUE X. (1999), *Urgencias. Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas*, Mira, Zaragoza.
- AMADES J. (1980), *Folklore de Catalunya. Costums i creences*, Editorial Selecta, Barcelona.
- ANZURES Y BOLAÑOS M. C. (1989), *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos*, UNAM, México.
- ATLAS ETNOGRÁFICO DE VASCONIA (1995), *Ritos funerarios en Vasconia*, Eusko Jaurlaritza - Etnike Euskalerrria, Bilbao.
- ATLAS ETNOGRÁFICO DE VASCONIA (1998), *Ritos del nacimiento al matrimonio en Vasconia*, Eusko Jaurlaritza - Etniker Euskalerrria, Bilbao.
- AUGÉ M. (1986), *L'anthropologie de la maladie*, pp. 77-85, in POUILLON J. (curatore), *Anthropologie. Etat des lieux*, Le Livre de Poche, Paris.
- AZCONA J. (1991), *Notas para una historia de la antropología vasca: Telesforo de Aranzadi y José Miguel de Barandiarán*, pp. 88-98, in PRAT J. - MARTÍNEZ U. - CONTRERAS J. - MORENO I. (curatori), *Antropología de los pueblos de España*, Taurus, Madrid.
- BALAGUER E. (curatore) (1987), *La medicina profana*, "Canelobre", vol. 11, 1987.
- BALAGUER E. - BALLESTER R. - BERNABEU J. - PERDIGUERO E. (1990), *La utilización de fuentes antropológicas en la historiografía médica española contemporánea*, "Dynamis", n. 10, 1990, pp. 193-208.
- BALLESTER R. - LÓPEZ-TERRADA M. L. - MARTÍNEZ A. (curatori) (2002), *La realidad de práctica médica: el pluralismo asistencial en la monarquía hispánica (ss. XVI-XVIII)*, "Dynamis", n. 22, 2002, pp. 21-325.
- BARANDIARAN J. M. (1990), *Atlas Etnográfico de Vasconia, Tomo III. La alimentación doméstica*, Etniker Euskalerrria, Bilbao.
- BARANDIARAN J. M. (1995), *Atlas Etnográfico de Vasconia, Tomo X. Ritos funerarios*, Etniker Euskalerrria, Bilbao.
- BARÉ J. F. (curatore) (1995), *Les applications de l'anthropologie. Un essai de réflexion collective depuis la France*, Karthala, Paris.
- BARREIRO B. (1973 [1885]), *Brujos y astrólogos de la Inquisición de Galicia y el famoso libro de San Cipriano*, Akal, Madrid.
- BARTOLI P. (1989), *Antropología de la educación sanitaria*, "Arxiu d'Etnografia de Catalunya", n. 7, 1989, pp. 17-25
- BERNABEU J. - BUJOSA F. - VIDAL J. M. (curatori) (1999), *Clima, microbis i desigualtat social: de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut*, Institut Menorquí d'Estudis, Minorca.
- BLACK W. G. (1982 [1883]), *Medicina popular. Un capítulo en la historia de la cultura*, Alta-Fulla, Barcelona.
- BODOQUE Y. (1996), *Discursos y prácticas sobre sexualidad y reproducción: los centros de planificación familiar*, tesi di dottorato, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- BOUZA J. (2002), *El hombre como problema. Filosofía, ciencia y subversión en la antropología del siglo XIX*, Ediciones del Serbal, Barcelona.

- BRANDES S. (1975), *Migration, kinship, and community: tradition and transition in a spanish village*, Academic Press, New York.
- CABALEIRO GOAS M. (1997 [1952]), *A psiquiatría na medicina popular galega*, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela.
- CABALEIRO GOAS M. (1997 [1967]), *Síndromes psicopatolóxicas condicionadas pola inmigración e emigración*, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela.
- CABALLERO L. (1996), *Antropología cultural y psiquiatría clínica ¿una relación con futuro?*, "Archivos de Neurobiología", n. 59, 1996, pp. 73-76.
- CABALLERO L. (1997), *Psiquiatría clínica y buenas metáforas*, "Psiquiatría Cultural para Clínicos", n. 1, 1997, pp. 11-12.
- CALVO LI. (1997), *Historia de la antropología en Cataluña*, Csic, Madrid.
- CALLEJA J. (1892), *Discursos leídos ante la Real academia de ciencias exactas, físicas y naturales en la recepción pública de d. Julián Calleja y Sanchez*, Imprenta de Don Luis Aguado, Madrid.
- CANALS J. (1985), *Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos*, "Jano", n. 660, 1985, pp. 365-372.
- CANALS J. (1998), *La reconstrucción imaginaria de la comunidad: consideraciones sobre un tópico del reformismo sanitario*, "Trabajo Social y Salud", n. 29, 1998, pp. 87-95.
- CANALS J. (2002), *Los grupos de ayuda mutua, tesi di dottorato*, Universitat Rovira i Virgili Tarragona.
- CAPITÁN A. (1999), *Angeles rotos. Las imágenes culturales de los amputados y su gestión social, tesi di dottorato*, Universidad de Barcelona, Barcelona.
- CARO-BAROJA J. (1993 [1961]), *Las brujas y su mundo*, Alianza Editorial, Madrid.
- CARO-BAROJA J. (1967), *Vidas mágicas e Inquisición*, 2 voll., Taurus, Madrid.
- CARO-BAROJA J. (1986), *El mito del carácter nacional. Meditaciones a contrapelo*, Seminarios y Ediciones, Madrid.
- CASTILLO DE LUCAS A. (1958), *Folkmedicina*, Dossat, Barcelona.
- CASTILLO A. (1998a), *Biografía apasionada de un hombre por todos bien recordado. Antonio Castillo de Lucas*, pp. 21-32, in FERNÁNDEZ-GARCÍA J. - CASTILLO-OJUGAS A. (curatori), *La medicina popular española. Trabajos dedicados al Dr. D. Antonio Castillo de Lucas en el centenario de su nacimiento*. Benito Lozano Llamazares, Oviedo.
- CASTILLO A. (1998b), *La obra del insigne polígrafo Dr. Castillo de Lucas*, pp. 33-111, in FERNÁNDEZ-GARCÍA J. - CASTILLO-OJUGAS A. (curatori), *La medicina popular española. Trabajos dedicados al Dr. D. Antonio Castillo de Lucas en el centenario de su nacimiento*, Benito Lozano Llamazares, Oviedo.
- CÁTEDRA M. (1976), *Notas sobre la envidia: los ojos malos entre los Vaqueiros de Alzada*, pp. 9-48, in LISÓN C. (curatore), *Temas de antropología española*, Akal, Madrid.
- CÁTEDRA M. (1988), *La muerte y otros mundos. Enfermedad, suicidio, muerte y más allá entre los vaqueiros de Alzada*, Júcar, Madrid.
- CAUDILL W. (1953), *Applied anthropology in medicine*, pp. 771-806, in KROEBER A. (curatore), *Anthropology today*, University of Chicago Press, Chicago.
- CHARUTY G. (1997), *L' invention de la médecine populaire*, "Gradhiva", n. 22, 1997, pp. 45-57.
- CLEMENTS F. (1932), *Primitive concepts of disease*, "University of California Publications in American Archaeology and Ethnology", vol. 32, n. 2, 1932, pp. 185-252.
- COE R. M. (1973), *Sociología de la medicina*, Alianza, Madrid.
- COLLIGNON R. (1978), *Vingt ans de travaux a la clinique psychiatrique de Fann-Dakar*, "Psychopathologie Africaine", vol. 14, n. 2-3, 1978, pp. 133-324.
- COLOM R. (1996), *Aprender a vivir. La construcción de la identidad de la persona con discapacidad física*, tesi di dottorato, Universitat de Barcelona, Barcelona.
- COMAS D. (1985), *El uso de las drogas en la juventud*, Instituto de la Juventud, Madrid.
- COMAS D. (1987), *Tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- COMAS D. - ESPÍN M. - RAMÍREZ (curatori) (1992), *Fundamentos teóricos en prevención*, Grupo Interdisciplinar sobre Drogas - Fundamentos, Madrid.

COMAS-D'ARGEMIR D. - BODOQUE Y. - FERRERES S. - ROCA J. (1990), *Vides de dona. Treball, família i sociabilitat entre les dones de classes populars (1900-1960)*, Fundació Serveis de Cultura Popular, Alta-Fulla, Barcelona.

COMELLES J. M. (1972), *Terapèutica y sociedad. Un caso gallego*, "Ethnica", n. 4, pp. 49-88.

COMELLES J. M. (1977), *Interacción familiar y esquizofrenia: Aplicación de un modelo antropológico-social al análisis y terapéutica de un caso clínico*, "Revista del Departamento de Psiquiatría", n. 4, 1977, pp. 23-43.

COMELLES J. M. (1980), *Ideología asistencial y práctica económica*, pp. 337-401, in AA.Vv., *Actas del I Congreso español de antropología*, Universitat de Barcelona, Barcelona.

COMELLES J. M. (curatore) (1984), *Antropología i salut*, Fundació Caixa de Pensions, Barcelona.

COMELLES J. M. (1986), *La crisis de la psiquiatría española durante el Tardofranquismo y la Transición. El caso del Institut Mental de la Santa Creu (1971-1986)*, "RAEN. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría", vol. 6, n. 19, pp. 619-636.

COMELLES J. M. (1988), *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España Contemporánea*, PPU, Barcelona.

COMELLES J. M. (1991), *Psychiatric care in relation to the development of the contemporary state: the case of Catalonia*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 15, n. 2, 1991, pp. 193-217.

COMELLES J. M. - MARTÍNEZ-HERNÁEZ Á. (1994), *The Dilemmas of Chronicity*, "International Journal of Social Psychiatry", vol. 40, n. 4, pp. 283-295.

COMELLES J. M. (1996), *Da superstizioni a medicina popolare: La transizione da un concetto religioso a un concetto medico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 57-89.

COMELLES J. M. (1997), *The fear of (ones own) history. On the relations between medical anthropology, medicine and history*, "Dynamis", n. 17, 1997, pp. 37-68.

COMELLES J. M. (1998a), *Parole de médecin. Le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine*, pp. 299-316, in LAPLANTINE F. - LÉVY J. - MARTIN J. B. - NOUSS A. (curatori), *Récit et connaissance*, Presses Universitaires de Lyon, Liège.

COMELLES J. M. (1998b), *From ethnography to clinical practice in the construction of the contemporary state*, pp. 233-254, in GREENHOUSE C. J. (curatore), *Democracy and ethnography. Constructing identities in multicultural liberal states*, State University of New York Press, Albany.

COMELLES J. M. (2000a), *The role of local knowledge in medical practice: a trans-historical perspective*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 24, 2000, pp. 41-75.

COMELLES J. M. (2000b), *Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo*, pp. 305-351, in PERDIGUERO E. - COMELLES J. M.<sup>a</sup> (curatori), *Medicina y cultura*, Bellaterra, Barcelona.

COMELLES J. M. - ANDREU A. - FERRUS J. - PARÍS S. (1982), *Aproximación a un modelo sobre antropología de la asistencia*, "Arxiu d'Etnografia de Catalunya", n. 1, 1982, pp. 13-31.

COMELLES J. M. (2002), *Writing at the margin of the margin: medical anthropology in Southern Europe*, "Anthropology & Medicine", vol. 9, n. 1, 2002, pp. 7-23.

COMELLES J. M. - BARDAJÍ F. - MASCARELLA L. - ALLUÉ X. (2000), *International Migrations and Health Care Policy in Spain*, pp. 84-112, in VULPIANI P. - COMELLES J. M. - VAN DONGEN E. (curatori), *Health for All, All for Health. European experiences on health care for migrants*, Cidis Alisei, Perugia.

COMELLES J. M. - CASAS M. - UDINA C. - ÁLVAREZ E. (1975), *Oposición estructural en el medio urbano: Asociaciones informales de parentesco y trastorno psiquiátrico en una enferma gitana*, "Étnica", n. 10, 1975, pp. 29-46.

COMELLES J. M. - MARTÍNEZ-HERNÁEZ Á. (1993), *Enfermedad, cultura y sociedad*, Eudema, Madrid.

COMELLES J. M. - MASCARELLA L. - BARDAJÍ F. - ALLUÉ X. (2000), *Some health care experiences for foreign migrants in Spain*, pp. 144-173, in VULPIANI P. - COMELLES J. M. - VAN DONGEN E. (curatori), *Health for all, all for health. European experiences on health care for migrants*, Cidis Alisei, Perugia.

COMELLES J. M. - DAURÀ A. - ARNAU M. - MARTÍN E. (1991), *L'hospital de valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència*, Institut d'Estudis Vallencs, Valls.

- COMELLES J. M. - PARÍS S. (1986), *La antropología de la medicina en España*, "Jano", vol. XXX, n. 717, 1986, pp. 87-97.
- COMELLES J. M. - ROMANÍ O. (curatori) (1989), *Dossier: Antropología de la salud*, "Arxiu d'Etnografia de Catalunya", n. 7, 1989.
- COMES P. (1972), *Enfermedad y muerte en el familismo rural*, "Étnica", n. 3, 1972, pp. 29-52.
- DARNELL R. (1998), *And Along Came Boas. Continuity and Revolution in Americanist Anthropology*, John Benjamins, Amsterdam - Philadelphia.
- DEL PINO F. (1986), *América y el desarrollo de la ciencia española en el siglo XVIII: tradición, innovación y representaciones*, Csic, Madrid.
- DEL PINO F. (1989), *De la antropología colonial al folklore nacional. Una evolución necesaria*, pp. 719-728, in MARCOS J. - RODRÍGUEZ S. (curatori), *Antropología Cultural de Extremadura*, Editora Regional de Extremadura, Mérida.
- DE MARTINO E. (1983 [1958]), *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria*, Torino, Boringhieri.
- DE MARTINO E. (1994 [1961]), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del sud*, Milano, Il Saggiatore.
- DE MIGUEL J. (1976), *Fundamentos de sociología de la medicina*, "Papers", n. 5, 1976, pp. 209-240.
- DE MIGUEL J. (1979), *El mito de la inmaculada concepción*, Anagrama, Barcelona.
- DE MIGUEL J. (1980), *Introducción al campo de la antropología médica*, pp. 11-40, in KENNY M. - DE MIGUEL J. (curatori), *La antropología médica en España*, Anagrama, Barcelona.
- DE MIGUEL J. (1984), *La amorosa dictadura*, Anagrama, Barcelona.
- DEVILLARD M. J. - OTEGUI R. - GARCÍA-FERRERO P. (1991), *La voz callada. Aproximación antropológico-social al enfermo de artritis reumatoide*, Comunidad de Madrid, Madrid.
- DIASIO N. (1999), *La science impure. Anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*, Presses Universitaires de France, Paris.
- DÍEZ TORRES A. (curatore) (2002), *Ciencia y memoria de África. Actas de las III Jornadas sobre "Expediciones científicas y africanismo"*, Ateneo de Madrid - Universidad de Alcalá, Madrid.
- DÍEZ TORRES A. - MALLO T. - PACHECO D. - ALONSO A. (curatori) (1991), *La ciencia española en ultramar. Actas de las I Jornadas sobre "España y las expediciones científicas en América y Filipinas"*, Doce Calles, Madrid.
- DÍEZ TORRES A. - MALLO T. - PACHECO D. (curatori) (1995), *De la ciencia ilustrada a la ciencia romántica. Actas de las II Jornadas sobre "España y las expediciones científicas en América y Filipinas"*, Doce Calles - Ateneo de Madrid, Madrid.
- ERKOREKA A. (1985), *Análisis de la medicina popular vasca*, Instituto Labayru-CAV, Bilbao.
- ERKOREKA A. (1995), *Begizkoa. El mal de ojo entre los vascos*, Ekain, Bilbao.
- ESTEBAN M. L. (1993), *La salud de las mujeres: nuevas preguntas para nuevas respuestas*, pp. 243-257, in DÍEZ M. C. - MAQUIEIRA V. (curatori), *Sistemas de género y construcción (deconstrucción) de la desigualdad*, Asociación Canaria de Antropólogos - FAAEE, La Laguna.
- ESTEBAN M. L. (1993), *La salud de las mujeres: nuevas preguntas para nuevas respuestas*, pp. 243-257, in MC DÍEZ M. - MAQUIEIRA V. (curatori), *Sistemas de género y construcción (deconstrucción) de la desigualdad. Actas del VI Congreso de antropología*, Tenerife.
- ESTEBAN M. L. (2001), *El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud*, pp. 25-52, in MIQUEO C. - TOMÁS C. - CRUZ M. J. et al., *Perpectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Minerva, Madrid.
- ESTEBAN M. L. - DIAZ B. (1997), *La salud de los inmigrantes extranjeros en el barrio de San Francisco (Bilbao)*, Fundación EDE, Bilbao.
- ESTEVA FABREGAT C. (1973), *Cultura y personalidad*, A. Redondo, Barcelona.
- ESTEVEZ F. (1987), *Indigenismo, raza y evolución. El pensamiento antropológico canario, 1750-1900*, Museo Etnografico, Excmo - Cabildo Insular de Tenerife, Tenerife.

- FABREGA H. Jr. (1972), *Medical anthropology*, "Biennial Review of Anthropology", 1972, pp. 167-229.
- FABREGA H. Jr. (1974), *Disease and social behavior*, MIT Press, Cambridge.
- FANON F. (1971 [1952]), *Peau noire, masques blancs*, Editions du Seuil, Paris.
- FAVRET-SAADA J. (1977), *Les mots, la mort, les sorts. Les sorcellerie dans le Bocage*, Gallimard, Paris.
- FERNÁNDEZ G. (1995), *Ofrenda, ritual y terapia: las mesas aymaras*, "Revista Española de Antropología Americana", n. 25, 1995, pp. 153-180.
- FERNÁNDEZ G. (1998), *Los kallawayas: medicina indígena en los Andes bolivianos*, Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.
- FERNÁNDEZ G. (1999), *Médicos y Yatiris. Salud e interculturalidad en el altiplano aymarà*, CIPCA, La Paz.
- FERNÁNDEZ-RUFETE J. (1997), *Sanar o redimir. Los procesos asistenciales en VIH-SIDA en el medio hospitalario*, Tesi di dottorato, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- FOSTER G. M. (1980 [1947]), *Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana*, pp. 123-148, in KENNY M. - DE MIGUEL J. M. (curatori), *La antropología médica en España*, Anagrama, Barcelona.
- FOSTER G. M. (1994), *Hippocrates' Latin American legacy. Humoral medicine in the New World*, Gordon & Breach, Amsterdam.
- FREIDSON E. (1978 [1970]), *La profesión médica*, Península, Barcelona.
- FRESQUET J. L. (curatore) (1995), *Salud, enfermedad y terapéutica popular*, IEDHC, Valencia.
- FRESQUET J. L. - LOPEZ-PIÑERO J. M. (curatori) (1995), *El mestizaje cultural y la medicina novohispana en el siglo XVI*, IEDHC, Valencia.
- FRESQUET J. L. - TRONCHONI J. A. - FERRER F. - BORDALLO A. (1994), *Salut, malaltia i terapèutica popular. Els municipis riberencs de l'Albufera*, Ajuntament de Catarroja, Catarroja.
- FRIGOLÉ J. (1978), *Introducció*, pp. 5-17, in PUIGDENGOLAS M. - MIRANDA R., *La medicina popular*, Dopesa, Barcelona.
- FUNES J. - ROMANÍ O. (1985), *Dejar la heroína*, Cruz Roja, Madrid.
- GÁMBARA L. (1910), *Antropología criminal*, F. Granada y Cia, Barcelona.
- GAMELLA J. (1990), *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*, Editorial Popular, Madrid.
- GANDÍA E. (1999), *Sistema de creencias y prácticas ligadas a la salud en la ciudad de Villena (Alicante)*, Tesi di dottorato, Universitat d'Alacant, Alicante.
- GARCÍA-BALLESTER L. (1977), *Medicina, ciencia y minorías marginadas: los moriscos*, Universidad de Granada, Granada.
- GARCÍA-BALLESTER L. (1984), *Los moriscos y la medicina*, Labor, Barcelona.
- GARCÍA-BALLESTER L. (2001a), *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval*, Península, Barcelona.
- GARCÍA-BALLESTER L. (2001b), *Medicine in a multicultural society*, Ashgate, Aldershot.
- GIL L. (1969), *Therapeia: la medicina popular en el mundo clásico*, Guadarrama, Madrid.
- GINER ARIVAU L. (1885), *El folk-lore de Proaza*, "Biblioteca de las tradiciones populares españolas", n. 6, 1885, pp. 231-273.
- GOFFMAN E. (1968 [1961]), *Asiles. Etudes sur la conditions sociale des malades mentaux*, Éditions de Minuit, Paris.
- GOICOETXEA A. (1983), *Capítulos de la medicina popular vasca*, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- GÓMEZ P. (curatore) (1997), *El curanderismo entre nosotros*, Universidad de Granada, Granada.
- GONDAR M. (1989), *Romeiros do alén. Antropoloxía da morte en Galicia*, Xerais, Vigo.
- GONDAR M. (1990), *Mulleres de mortos. Cara a unha antropoloxía da muller galega*, Xerais, Vigo.
- GONDAR M. (1997), *O eu dividido como contexto psicosocial da esquizofrenia*, pp. 333-340, in AA.VV., *La esquizofrenia hoy. Tomo I*, AGSM, Santiago de Compostela.
- GONDAR M. - GONZÁLEZ E. (curatori) (1992), *Espirítados. Ensaos de etnopsiquiatría galega*, Laivento, Santiago de Compostela.



- GONZÁLEZ Emilio (2000), *A Unidade de Saúde Mental como broker cultural: alternativas a xestión da locura nun municipio rural galego*, *tesis di dottorato*, Universidad de Santiago, Santiago de Compostela.
- GÓNZALEZ ALCANTUD J. A. - RODRÍGUEZ BECERRA S. (curatori) (1996), *Creer y curar*, Diputación de Granada, Granada.
- GONZÁLEZ-REBOREDO X. M. (1997), *Medicina popular en Antropoloxia da saúde*, Consello da Cultura Galega, Santiago de Compostela.
- GONZÁLEZ J. A. - RODRÍGUEZ S. (curatori) (1996), *Creer y curar: la medicina popular*, Diputación Provincial de Granada, Granada.
- GOOD B. J. (1994), *Medicine, rationality and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge University Press, New York.
- GRACIA D. (1980), *Práctica mesiánica y asistencia al enfermo*, pp. 355-387, in ALBARRACÍN A. - LÓPEZ-PIÑERO J. M. - GRANJEL L. S. (curatori), *Medicina e Historia*, Editorial de la Universidad Complutense, Madrid.
- GRACIA M. (curatore) (2001), *Género, cuerpo y alimentación. La construcción social de la anorexia nerviosa*, *Rapporto di ricerca*, Universitat Rovira i Virgili - Instituto de la Mujer, Tarragona.
- GREENHOUSE C. J. (curatore) (1998), *Democracy and ethnography. Constructing identities in multicultural liberal states*, University of New York Press, Albany.
- GREENHOUSE C. J. - GREENWOOD D. J. (1998), *El derecho y la política como formas de praxis cultural. La etnografía de la democracia y la diferencia*, pp. 15-49, in GREENWOOD D. J. - GREENHOUSE C. J. (curatori), *Democracia y diferencia. Cultura, poder y representación en los Estados Unidos y en España*, UNED, Madrid.
- GREENWOOD D. J. (1978), *Unrewarding Wealth: The Commercialization and Collapse of Agriculture in a Spanish Basque Town (Littlefield)*, "American Anthropologist", vol. 80, n. 2, 1978, pp. 442-443.
- GREENWOOD D. (1982), *Las antropologías de España: Una propuesta de colaboración*, "Antropología", n. 3, pp. 5-34.
- GUASCH O. (1991), *La Sociedad Rosa*, Anagrama, Barcelona.
- GUASCH O. (2000), *La crisis de la heterosexualidad*, Laertes, Barcelona.
- GUICHOT A. (1986 [1922]), *Noticia histórica del folklore*, Junta de Andalucía - Consejería de Cultura, Sevilla.
- GUICHOT A. (1881-1882), *Supersticiones populares andaluzas*, "El Folklore Andaluz", n. 418, 1881-1882, pp. 271-272.
- GUÍO Y. (1988), *Religión, salud y enfermedad: un estudio sobre medicina popular en un pueblo extremeño*, pp. 147-160, in MANZANO E. (curatore), *Métodos y tendencias actuales en la investigación geográfica*, Universidad Complutense, Madrid.
- HAUSMANN S. - MUELA J. - TANNER M. (1998), *Fake malaria and hidden parasites - the ambiguity of malaria*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 1, pp. 43-62.
- HENNINGSSEN G. (1983 [1980]), *El abogado de las brujas. Brujería vasca e Inquisición española*, Alianza, Madrid.
- HOYOS-SAINZ L. (1940), *Supersticiones y prácticas populares acerca de la gestación en España*, pp. 1-9, in *Congreso Nacional de Ciências da População, 3ª Secção*, Porto.
- HOYOS-SAINZ L. (1942), *Folklore del embarazo en España*, "Anales de la Asociación Española para el Progreso de la Ciencia", 1942, pp. 821-829.
- HOYOS-SAINZ L. - HOYOS-SANCHO N. (1985 [1947]), *Manual de folklore: la vida popular tradicional en España*, Istmo, Madrid.
- HUERTAS R. - CAMPOS R. (curatori) (1992), *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX)*, 2 voll., Fundación de Investigaciones Marxistas, Madrid.
- KENNY M. - DE MIGUEL J. (curatori) (1980), *La Antropología médica en España*, Anagrama, Barcelona.
- KLEINMAN Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press Berkeley.
- KLEINMAN Arthur (1995), *Writing at the margin*, University of California Press, Berkeley.
- KUSCHICK I. (1995), *Medicina popular en España, Siglo XXI*, Madrid.

- LAFUENTE A. - ELENA A. - ORTEGA M. L. (curatori) (1993), *Mundialización de la ciencia y cultura naciona. Actas del Congreso Internacional "Ciencia, descubrimiento y mundo colonial"*, Universidad Autónoma de Madrid - Doce Calles, Madrid.
- LAFUENTE A. - SALA J. (curatori) (1992), *Ciencia colonial en América*, Alianza, Madrid.
- LAÍN ENTRALGO P. (1983 [1964]), *La relación médico-enfermo. Historia y Teoría*, Alianza, Madrid.
- LAÍN ENTRALGO P. (1985), *Hacia el verdadero humanismo médico*, "Revista de Occidente", n. 47, 1985, pp. 65-81.
- LARREA C. (1997), *La cultura de los olores. Una aproximación a la antropología de los sentidos*, Abya-Yala, Quito.
- LASALA A. (2003), *Curarse en salud. La medicina como sistema de transacciones*, Tesi di dottorato, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- LIMÓN A. - CASTELLOTE E. (1990), *Costumbres populares en los tres hechos más característicos de la vida, nacimiento, matrimonio y muerte (1901-1902). Edición crítica de la información promovida por la Sección de Ciencias Morales y Políticas del Ateneo de Madrid*, 2 voll., Ministerio de Cultura, Madrid.
- LIS-QUIBÉN V. (1980 [1949]), *La medicina popular en Galicia*, Akal, Madrid.
- LISÓN C. (1971), *Antropología social en España, Siglo Veintiuno*, Madrid.
- LISÓN C. (1979a), *Antropología cultural de Galicia*, Akal, Madrid.
- LISÓN C. (1979b), *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia. Antropología cultural en Galicia*, Akal, Madrid.
- LISÓN C. (1990), *Endemoniados en Galicia hoy. La España mental II*, Akal, Madrid.
- LÓPEZ-PIÑERO J. M. (curatori) (1992), *Medicinas, drogas y alimentos vegetales del Nuevo Mundo. Textos e imágenes españolas que los introdujeron en Europa*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- LÓPEZ-PIÑERO J. M. - CALERO F. (1992), *"De pulvere febrifugo Occidentalis Indiae" (1663) de Gaspar Caldera de Herdia y la introducción de la quina en Europa*, IEHDC, Valencia.
- LÓPEZ-PIÑERO J. M. - GARCÍA-BALLESTER L. - FAUS P. (1964), *Medicina y sociedad en la España del Siglo XIX*, Seminario de Estudios de Humanidades - Sociedad de Estudios y Publicaciones, Madrid.
- LÓPEZ-PIÑERO J. M. - LÓPEZ TERRADA M<sup>a</sup> L. (1997), *La influencia española en la introducción en Europa de las plantas americanas*, IEHDC, Valencia.
- LÓPEZ-PIÑERO J. M. - PARDO J. (1994), *Nuevos materiales y noticias sobre la "Historia de las plantas de Nueva España" de Francisco Hernández*, IEHDC, Valencia.
- LÓPEZ-PIÑERO J. M. - PARDO J. (1996), *La influencia de Francisco Hernández (1515-1587) en la constitución de la botánica y la materia médica modernas*, IEHDC, Valencia.
- LÓPEZ-TERRADA M. L. (2000), *Medical pluralism in a Renaissance city: the case of Valencia*, "Ludica. Annali di Storia e Civiltà del Gioco", n. 5-6, 2000, pp. 216-232.
- LÓPEZ-TERRADA M. L. (2002), *Las prácticas médicas extraacadémicas en la ciudad de Valencia durante los siglos XVI y XVII*, "Dynamis", n. 22, 2002, pp. 85-120.
- LÓPEZ-TERRADA M. L. - MARTÍNEZ A. (curatori) (1996), *El Tribunal del Real Protomedicato en la Monarquía Hispánica, 1593-1808*, "Dynamis", n. 16, 1996, pp. 17-259.
- LOUDON J. (curatore), 1976, *Social anthropology and medicine*, Academic Press, New York.
- MALLART LI. (1977), *Medecine et pharmacopee Evuzok*, Laboratoire d'Ethnologie et de Sociologie Comparative, Nanterre.
- MALLART LI. (1978), *Witchcraft illness in the Evuzok nosological system*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 2, n. 4, 1978, pp. 373-396.
- MALLART LI. (1981), *Ni dos ni ventre. Religion, magie et sorcellerie Evuzok*, Société d'Ethnographie, París.
- MALLART LI. (1983), *La dansa dels esperits. Itinerari Inicial d'un medecinaire africa*, La Llar del Llibre, Barcelona.
- MALLART LI. (1992), *Sóc fill dels Evuzok. La vida d'un antropòleg al Camerun*, La Campana, Barcelona.
- MARCOS J. (curatore) (1987 [1883]), *El Folk-lore Frexnense y Betico-Extremeño*, Diputación de Badajoz - Fundación Antonio Machado, Badajoz.

- MARTÍNEZ-HERNÁEZ Á. (1993), *Veinte años de antropología de la medicina en España*, pp. 13-34, in ROMANI O. - COMELLES J.M. (curatori), *Antropología de la salud y de la medicina*, Asociación Canaria de Antropólogos - FAEE, La Laguna.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ Á. (1994), *El síntoma y sus interpretaciones. En los límites de la antropología y la psiquiatría contemporáneas*, tesi di dottorato, Universitat de Barcelona, Barcelona.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ Á. (1996), *Antropología de la salud*, pp. 369-381, in PRAT J. - MARTÍNEZ-HERNÁEZ Á. (curatore), *Ensayos de antropología cultural*, Ariel, Barcelona.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ Á. (1998), *¿Has visto como llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*, Universitat de Barcelona, Barcelona.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ Á. (2000), *What's behind the symptom. On psychiatric observation and anthropological understanding*, Harwood Academic Publishers, Amsterdam.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ Á. (2000), *Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura*, pp. 249-276, in PERDIGUERO E. - COMELLES J.M. (curatori), *Medicina y cultura*, Bellaterra, Barcelona.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ Á. - COMELLES J.M. (1994), *La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico?*, "Revista de Dialectología y Tradiciones Populares", n. 39, 1994, pp. 109-136.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ Á. - COMELLES J.M. - MIRANDA M. (curatori) (1998), *Antropología de la Medicina. Una década de Jano (1985-1995)*, "Trabajo Social y Salud", n. 29, 1998.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ Á. - OROBITG G. - COMELLES J.M. (2000), *Antropología y Psiquiatría. Una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad*, pp. 117-246, in GONZÁLEZ E. - COMELLES J.M. (curatori), *Psiquiatría Transcultural*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.
- MEDINA R. - MOLERO J. (2002a), *Medicina y poder colonial en el África Española. Un acercamiento preliminar a la perspectiva de género desde el marco legislativo colonial*, pp. 312-330, in MARTÍN A. - VELASCO C. - GARCÍA F. (curatori), *Las Mujeres en el África Subsahariana. Antropología, literatura, arte y medicina*, Ediciones del Bronce, Madrid.
- MEDINA R. - MOLERO J. (2002b), *La ley sanitaria colonial. Marco legislativo para el análisis de la medicina colonial española en África*, pp. 391-402, in DIEZ A. (curatore), *Ciencia y memoria de África. Actas de las III Jornadas sobre "Expediciones científicas y africanismo"*, Ateneo de Madrid - Universidad de Alcalá, Madrid.
- MENÉNDEZ E. L. (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, La Casa Chata, México D.F.
- MENÉNDEZ E. L. (1982), *La autoatención como estructura. Transacciones sociales e ideológicas en el primer nivel de atención*, CIESAS, México D.F.
- MENÉNDEZ E. L. (1990), *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, CIESAS, México D. F.
- MENÉNDEZ E. L. (2002), *La parte negada de la cultura*, Bellaterra, Barcelona.
- MIQUEO C. - TOMÁS C. - CRUZ M. J. et al. (2001), *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Minerva, Madrid.
- MIRÓ O. (1900), *Aforística médica popular catalana*, Imprempta de Antón Esparbé, Manresa.
- MIRÓ O. (1906), *Folk-lore medic catala*, "Butlletí del Centre Excursionista de Catalunya", vol. 16, n. 137, 1906, pp. 182-186.
- MONTOTO L. (1883), *Costumbres populares andaluzas*, "Biblioteca de las Tradiciones Populares Españolas", n. 1, 1883, pp. 90-91.
- MURPHY H. B. M. (curatore) (1955), *Flight and resettlement*, UNESCO-GIRAME, Montréal.
- NEEDHAM R. (1969), *Structure and sentiment. A test case in social anthropology*, The University of Chicago Press, Chicago.
- OBIOLS J. (1981), *Factores étnico-culturales en psicopatología*, "Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona", n. 8, 1981, pp. 96-103.
- OBIOLS J. (1982), *Psiquiatría transcultural en la facultad de medicina, ¿caballo de Troya de la antropología médica? Una experiencia pedagógica*, pp. 125-133, in Aa.Vv., *I Jornades d'antropologia de la medicina. Comunicacions*, "Arxiu d'Etnografia de Catalunya", (Tarragona), n. 2.1.

- OBIOIS J. - BELLOCH J. V. (1987), *El paciente extranjero en las salas de psiquiatría. Patología del choque intercultural*, "Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona", n. 14, 1987, pp. 170-172.
- OBIOIS J. - PONS R. et al. (1984), *L'usage des curanderos (guérisseurs) parmi les patients de la clinique universitaire de psychiatrie de Barcelone*, "Psychologie Médicale", n. 16, 1984, pp. 1191-1194.
- OROBITG G. (1995), *Quand le corps s'en va très loin. Maladie, personne et catégories de l'altérité chez les indiens Pumé du Venezuela*, "Gradhiva", n. 17, 1995, pp. 85-93.
- OROBITG G. (1998), *Les pumé et leurs rêves*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris.
- ORTIGUES M. C. - ORTIGUES E. (1984 [1966]), *Oedipe Africain*, L'Harmattan, Paris.
- ORTIZ C. (1987), *Luis de Hoyos Sainz y la antropología española*, Csic, Madrid.
- ORTIZ C. - SÁNCHEZ L. (curatori) (1994), *Diccionario histórico de la antropología española*, Csic, Madrid.
- PALLARÉS Á. (2003), *El mundo de las unidades de cuidados intensivos. La última frontera*, tesi di dottorato, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- PARDO J. (2002), *Oviedo. Monardes. Hernández. El tesoro natural de America. Colonialismo y ciencia en el siglo XVI*, Nívola, Madrid.
- PARDO J. - LÓPEZ-TERRADA M. L. (1993), *Las primeras noticias sobre plantas americanas en las relaciones de viajes y crónicas de Indias (1493-1553)*, IEHDC, Valencia.
- PARÍS S. (1984), *Crònica de crònics: la construcció social de les categories de cronicitat*, tesi di master, Universitat de Barcelona, Tarragona.
- PELEGRI X. (2002), *Les polítiques de Serveis Socials a Catalunya (1979-1999)*, tesi di dottorato, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- PERDIGUERO E. (1988), *Las topografías médicas en la España del siglo XIX. Los "Estudios sobre la Topografía Médica de Alicante" (1883) de E. Manero Mollá*, pp. 263-279, in VALERA M. - EGEA M. A. - BLÁZQUEZ M. D. (curatori), *Libro de Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Vol. I*, Departamento de Historia de la Medicina, Murcia.
- PERDIGUERO E. (1991), *Los tratados de medicina doméstica en la España de la Ilustración*, tesi di dottorato, Universidad de Alicante - Secretariado de Publicaciones, Alicante.
- PERDIGUERO E. (1992), *The popularization of Medicine during the Spanish Enlightenment*, pp. 160-193, in PORTER R. (curatore), *The popularization of Medicine, 1650-1850*, Routledge, London.
- PERDIGUERO E. (1993), *Historia de la medicina y antropología de la medicina*, pp. 35-56, in ROMANÍ O. - COMELLES J. M. (curatori), *Antropología de la salud y de la medicina*, Asociación Canaria de Antropólogos - FAAEE, La Laguna.
- PERDIGUERO E. (1993), *Historia de la medicina y antropología de la medicina*, pp. 35-55, in ROMANÍ O. - COMELLES J.M. (curatori), *Antropología de la salud y de la medicina. Actas del VI Congreso de antropología*, Tenerife.
- PERDIGUERO E. (1996), *Protomedicato y curanderismo*, "Dynamis", n. 16, 1996, pp. 91-108.
- PERDIGUERO E. (1997), *Healing alternatives in Alicante, Spain, in the late nineteenth and late twentieth centuries*, pp. 204-223, in GIJSWIJT-HOFSTRA M. - MARLAND H. - DE WAARDT H. (curatori), *Illness and healing alternatives in Western Europe*, Routledge, London.
- PERDIGUERO E. (2002), *"Con medios humanos y divinos": la lucha contra la enfermedad y la muerte en el Alicante del siglo XVIII*, "Dynamis", n. 22, 2002, pp. 121-150.
- PERDIGUERO E. - BALLESTER R. (2003), *Federico Rubio y el Folklore médico*, in CARRILLO J. L. (curatore), *El Dr. Federico Rubio Galí: medicina y sociedad del siglo XIX*, Ayuntamiento de El Puerto de Santa María, El Puerto de Santa María.
- PERDIGUERO E. - BERNABEU J. (1997), *Burlarse de lo cómico nacido de la tontería humana: el papel otorgado a la población por la divulgación higiénico-sanitaria durante la Restauración*, pp. 55-65, in MONTIEL L. - PORRAS I. (curatori), *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima*, Doce Calles, Aranjuez.
- PERDIGUERO E. - COMELLES J. M. (2000), *Medicina y Cultura*, Bellaterra, Barcelona.
- PERDIGUERO E. - COMELLES J. M. - ERKOREKA A. (2000), *Cuarenta años de antropología de la medicina en*

- España (1960-2000)*, pp. 353-446, in PERDIGUERO E. - COMELLES J. M. (curatori), *Medicina y cultura*, Bellaterra, Barcelona.
- PEREZ-VIDAL J. (1945), *Contribución al estudio de la medicina popular canaria*, Instituto de Estudios Canarios - CSIC, La Laguna.
- PESET J.L. (1983), *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*, Crítica, Barcelona.
- PETER J.P. (1967), *Une enquête de la Société Royale de Médecine (1774-1794): Malades et maladies a la fin du XVIIIè siècle*, "Annales E.S.C.", vol. 22, n. 4, 1967, pp. 711-751.
- PITRÈ G. (1896), *Medicina popolare siciliana*, Carlo Clausen, Torino.
- POLGAR S. (1962), *Health and human behavior: areas of interest common to the social and medical sciences*, "Current Anthropology", vol. 3, n. 2, 1962, pp. 159-205.
- PRAT J. (1972), *El ex-voto: un modelo de religiosidad popular en una comarca de Catalunya*, "Éthnica", n. 4, 1972, pp. 137-171.
- PRAT J. (1984), *Reflexions entorn de l'eficàcia simbòlica a l'occident cristià*, pp. 71-100, in COMELLES J. M. (curatore), *Antropologia i Salut*, Fundació Caixa de Pensions, Barcelona.
- PRAT J. (1991), *Historia*, pp. 13-32, in PRAT J. - MARTINEZ VEIGA U. - CONTRERAS J. - MORENO I. (curatori), *Antropología de los Pueblos de España*, Taurus, Madrid.
- PRAT J. (1992), *Las ciencias sociales en España. Antropología y etnología*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- PRAT J. (curatore) (1999), *Investigadores e investigados. Literatura antropológica española desde 1954. Arxiu d'Etnografia de Catalunya (Edizione Speciale)*, Institut Tarragonès d'Antropologia, Tarragona.
- PRAT J. - MARTINEZ VEIGA U. - CONTRERAS J. - MORENO I. (curatori) (1991), *Antropología de los Pueblos de España*, Taurus, Madrid.
- PRAT J. - PUJADAS J. J. COMELLES J. M. (1980), *Sobre el contexto social del enfermar*, pp. 43-68, in KENNY M. - DE MIGUEL J. M. (curatori), *La antropología médica en España*, Anagrama, Barcelona.
- PRATS LL. (1996), *La Catalunya rànica. Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mèdiques*, Alta-Fulla, Barcelona.
- PRATS LL. - LLOPART D. - PRAT J. (1982), *La cultura popular a Catalunya. Estudiosos i institucions 1853-1981*, Serveis de Cultura Popular, Barcelona.
- PUIG-SAMPER M. A. (1982), *El doctor Pedro González de Velasco y la antropología española en el siglo XIX*, "Asclepio", vol. XXXIV, 1982, pp. 327-337.
- PUIG-SAMPER M. A. (1988), *Cronica de una expedición romántica. La Comisión científica del Pacífico (1862-1866)*, CSIC, Madrid.
- PUIG-SAMPER M. A. - GALERA A. (1983), *Introducción a la Historia de la antropología española en el siglo XIX*, Madrid, CSIC.
- PUIGDENGOLAS M. - MIRANDA R. (1978), *La medicina popular*, Dopesa, Barcelona.
- RETEL-LAURENTIN A. (curatore) (1983), *Une anthropologie médicale en France?*, CNRS, París.
- REY A. (curatore) (1990), *Estudios médico-sociales sobre marginados en la España del siglo XIX*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- RIVERS W. H. R. (1924), *Medicine, magic and Religion*, Routledge and Kegan Paul, Londra.
- ROCA J. (1996), *De la Pureza a la Maternidad. La construcción del género femenino en la postguerra española*, Ministerio de Educación y Cultura, Madrid.
- RODRÍGUEZ-LÓPEZ J. (1979 [1895]), *Supersticiones en Galicia y preocupaciones vulgares*, Ediciones Celta, Lugo.
- ROMANI O. (1979), *Druga y "consensus social"*, "Comentaris d'Antropologia Cultural", n. 1, 1979, pp. 20-40.
- ROMANI O. (1983), *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota*, Anagrama, Barcelona.
- ROMANI O. - COMELLES J.M. (curatori) (1993), *Antropología de la salud y de la medicina*. Actas del VI Congreso de antropología, Tenerife.
- ROMANI O. (1999), *Las drogas. Sueños y razones*, Ariel, Barcelona.

- ROMANI O. - MIRANDA M. (1998), *Antropología de la Medicina. Una década de Jano (1985-1995)*. II, "Trabajo Social y Salud", n. 31, 1998.
- RONZÓN E. (1991), *Antropología y antropologías. Ideas para una historia crítica de la antropología española. El siglo XIX*, Pentalfa, Oviedo.
- SALCEDO Y GINESTAL E. (1898), *Doctrina científica y errores vulgares en obstetricia y ginecología*, Imprenta de Ricardo Rojas, Madrid.
- SALLAS R. (1905), *La Fascinación en España*, Imprenta de Eduardo Arias, Madrid.
- SCOTCH N. A. (1963), *Medical anthropology*, "Biennial Review of Anthropology", 1963, pp. 30-68.
- SEPELLI T. (1954), *Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia*, pp. 295-312, in SOCIETÀ ITALIANA PER IL PROGRESSO DELLE SCIENZE (ente curatore), *Atti della XLV Riunione (Napoli, 16-20 ottobre 1954)*, vol. II, S.I.P.S., Roma, 1956, 317 pp.
- SEPELLI T. (1959), *Il contributo della antropologia culturale alla educazione sanitaria*, "L'Educazione Sanitaria, Periodico ufficiale del Centro sperimentale di educazione sanitaria delle popolazioni" (Perugia), vol. IV, fasc. 3-4, luglio-settembre e ottobre-dicembre 1959, pp. 325-340.
- SEPELLI T. (1983), *La medicina popolare in Italia: avvio a una nuova fase della ricerca e del dibattito*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari" (Brescia), n. 8, ottobre 1983 (numero dedicato a *La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPELLI), pp. 3-6.
- SEPELLI T. (curatore) (1983), *La medicina popolare in Italia*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari" (Brescia), n. 8, ottobre 1983, pp. 3-136.
- STOCKING G. W. (1987), *Victorian anthropology*, Free Press, New York.
- STOCKING G. W. (1992a), *Anthropology as Kulturkampf: Science and politics in the career of Franz Boas*, pp. 92-113, in STOCKING G. W. (curatore), *The ethnographer's magic and other essays*, The University of Wisconsin Press, Madison (Wisconsin).
- STOCKING G. W. (1992b), *Philantropoids and vanishing cultures. Rockefeller funding and the end of museum era in Anglo-American anthropology*, pp. 178-211, in STOCKING G. W. (curatore), *The ethnographer's magic and other essays*, The University of Wisconsin Press, Madison (Wisconsin).
- TAX DE FREEMAN S. (1970), *Neighbors. The social contract in a Castilian Hamlet*, The University of Chicago Press, Chicago.
- TIZÓN J. L. - SALAMERO M. - PELEGERO N. - SÁINZ F. - ATXOTEGUI J. - SAN JOSÉ J. - DÍAZ-MUNGUIRA J. M. (1993), *Migraciones y salud mental. Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada en Catalunya*, PPU, Barcelona.
- URIBE J. M. (1996), *Educar y cuidar: El diálogo cultural en atención primaria*, Ministerio de Cultura, Madrid.
- URTEAGA L. (1980), *Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX*, "Geo Crítica", 1980, pp. 1-50.
- URTEAGA L. (1999), *Las topografías médicas como modelo de descripción territorial*, pp. 73-85, in BERNABEU J. - BUJOSA F. - VIDAL-HERNÁNDEZ J. M. (curatori), *Clima, microbis i desigualtat social: de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut*, Institut Menorquí d' Estudis, Minorca.
- VENDRELL J. (1995), *Passions Ocultes. La gestió del cos i els processos de sexualització*, tesi di dottorato, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- VIDICH A. J. - BENSMAN J. - STEIN M. R. (curatori) (1971), *Reflections on Community Studies*, Harper Torchbooks, New York.
- VILLAMIL F. (2001), *Homosexualidad y SIDA*, tesi di dottorato, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- VIÑUALES O. (2000), *Identidades Lésbicas*, Bellaterra, Barcelona.
- YOUNG Allan (1982), *The anthropologies of illness and sickness*, "Annual Review of Anthropology", vol. 11, pp. 257-285.
- ZARZOSO A. (2001), *El pluralismo asistencial en Cataluña*, "Dynamis", n. 21, 2001, pp. 409-433.
- ZEMPLENI A. (1966), *La dimension thérapeutique du culte des Rab, Ndöp, Tuuru et Samp. Rites de possession chez les Lebou et les Wolof*, "Psychopathologie Africaine", vol. II, n. 3, 1966, pp. 295-439.

### 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.

#### *Convegno "Saperi terapeutici tradizionali nell'arco alpino". VI ciclo del Seminario permanente di etnografia alpina (SPEA 6)*

San Michele all'Adige (provincia di Trento), 31 maggio - 3 giugno 2001

*promozione e organizzazione:* Museo degli usi e costumi della gente trentina (San Michele all'Adige, provincia di Trento) - Società italiana di antropologia medica [SIAM] / *collaborazione:* Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) - Sezione antropologica (già Istituto di etnologia e antropologia culturale) del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia.

Il 31 maggio 2000 la Società italiana di antropologia medica, di concerto con il Museo degli usi e costumi della gente trentina, diramava da Perugia il primo *call for papers* in vista della organizzazione di un convegno internazionale, che avrebbe avuto luogo nella primavera del 2001 a San Michele all'Adige per «avviare un bilancio critico dello stato della ricerca sui saperi terapeutici tradizionali nell'arco alpino».

Il convegno, il cui profilo è stato via via messo a punto nel corso di una serie di incontri tenuti quasi sempre a San Michele all'Adige, presso la sede del Museo, a partire dal 23 gennaio 1998, avrebbe in effetti costituito la VI edizione del Seminario permanente di etnografia alpina (SPEA) che lo stesso Museo aveva avviato sin dal 1992. Alla sua realizzazione avrebbero inoltre collaborato con le due istituzioni promotrici anche la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) e la Sezione antropologica (già Istituto di etnologia e antropologia culturale) del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia.

Nell'annuncio diramato il 31 maggio 2000, le premesse e gli obiettivi del convegno venivano così definiti:

«Nel 1989, la pubblicazione di *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie* (Electa, Milano, a cura di Tullio Seppilli) aveva veicolato intorno a un progetto organico numerosi contributi su temi e bibliografie concernenti le medicine folcloriche, la loro formazione e la relativa circolazione di saperi e pratiche tra "colto" e "popolare"

entro i grandi processi di egemonia e mutamento culturale via via avvenuti sul territorio della penisola italiana. L'occasione preziosa di questo seminario dovrebbe permettere di aggiornare questa tematica, sempre in un'ampia prospettiva storica, in relazione all'area geografica alpina, comprendendo dunque territori italiani, francesi, svizzeri, tedesco-bavaresi, austriaci, sloveni.

Si tratterebbe in sostanza di approfondire attraverso contributi di vario tipo – da rassegne di studi su aree o questioni specifiche a resoconti di indagine empirica in situazioni odierne o di tempi passati – tematiche come quelle qui di seguito esemplificate:

- i processi storici concernenti il controllo e la circolazione dei saperi terapeutici, le dinamiche della loro marginalizzazione e delegittimazione e/o il loro rimodellamento;
- i saperi sul corpo (umano e animale) e i loro quadri di riferimento concettuale; i saperi naturalistici relativi agli orizzonti simbolici delle metamorfosi corporee;
- il repertorio iconologico delle figure taumaturgiche, la loro diffusione areale, la circolazione devozionale connessa all'orizzonte di salute/malattia; i santuari repii [à répit]; fonti, grotte e altri luoghi "miracolosi"; pratiche votive ed ex-voto;
- forme di possessione e ritualità esorcistiche; malocchio, fattura e stregoneria; pratiche apotropaiche, amuleti e altre forme di protezione magica;
- i livelli di cura e intervento (dall'autocura, quindi dalle conoscenze più ampiamente diffuse, sino al ricorso alle figure degli specialisti ed ai rapporti di queste ultime con la medicina ufficiale); le "carriere" dei guaritori e di altri operatori di salute;
- le particolarità di alcune collezioni museali dell'arco alpino dedicate ai temi indicati; problemi di conservazione e presentazione contestuale;
- il rimodellamento dei saperi tradizionali nell'attualità (il cambiamento delle tradizionali figure terapeutiche e dei loro quadri di riferimento concettuale, la ripresa di interesse e lo sfruttamento delle cure fitoterapiche o "naturali" a vario titolo, come quelle termali alpine)».

Tenuti in conto i titoli e gli abstract in seguito ricevuti, il convegno fu articolato, dopo le due introduzioni – tenute rispettivamente da Giovanni Kezich (*Salute e sanità alpina allo SPEA*) a nome del Museo, e Tullio Seppilli (*Indagare oggi sui saperi terapeutici tradizionali nell'arco alpino*) a nome della SIAM – in tre sessioni: **1. Saperi nascosti, orizzonti sacrali e controllo sociale nella prima età moderna: stregonerie, inquisizioni, strategie di protezione magico-religiosa** (presieduta da Pier Paolo Viazzo, 31 maggio) / **2. Pratiche di cura, parole, oggetti, competenze, figure: farmaceutica naturale e dispositivi rituali per la salute** (presieduta da Gian Paolo Gri [mattina] e Giuliana Sellan [pomeriggio], 1 giugno) / **3. Trasmisioni e trasformazioni dell'agire medico: dai centri alle periferie, dalla tradizione alla modernità** (presieduta da Tullio Seppilli, 2 giugno). Il 3 giugno (domenica), fu dedicato a una visita guidata alla cosiddetta "mummia del Similaun", forse un uomo-medicina di tipo sciamanico del IV millennio a.C., morto congelato mentre tentava un'attraversamento di un valico nelle Alpi tirolesi, ritrovato pochi anni orsono e conservato oggi a Bolzano, dopo approfonditi esami, nel Museo archeologico dell'Alto Adige; e poi al Santuario di San Romedio, in Val di Non, da molto tempo meta di pellegrinaggi terapeutici. Per l'occasione del convegno, inoltre, è stata allestita una mostra di oggettistica demoiatrica alpina, predisposta da R. Alche.

Del convegno sono usciti di recente gli *Atti* a cura di Giovanni Kezich e Tullio Seppilli ("SM. Annali di San Michele", vol. 16, 2003, pp. 1-373), che seppur con qualche



variazione di titolo e di presenze (di cui viene dato conto da Giovanni Kezich alla p. 23) ricalcano quasi uniformemente i contributi presentati alla manifestazione. A tali *Atti* dedichiamo in questo stesso n. 15-16 di *AM* (nella rubrica *Osservatorio*, sezione 06. *Recensioni*, pp. 570-574) un ampio commento informativo di Alessandro Lupo, cui pensiamo opportuno rinviare i lettori per una più puntuale cognizione di quanto emerso nel corso dei lavori congressuali.

Tullio Seppilli

## ***Giornata di studio "Agopuntura: stato della validazione di efficacia"***

Perugia, 3 dicembre 2001

**organizzazione:** Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / **patrocinio:** Facoltà di medicina e chirurgia, Università degli studi di Perugia - Regione dell'Umbria / **adesione:** Centro di medicina tradizionale cinese "Fior di prugna", ASL di Firenze della Regione Toscana - Equi-Jus, Associazione per gli studi e l'informazione sui diritti e l'equità nella salute - Federazione italiana delle Scuole di agopuntura del Centro Italia (FISAC) - Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Perugia - Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Terni - Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia - Sezione provinciale di Perugia della Società italiana di medicina generale (SIMG) - Sezione provinciale di Terni della Società italiana di medicina generale (SIMG) - Sezione regionale umbra della Società italiana di medicina generale (SIMG) - Sezione regionale umbra della Società italiana di medicina psicosomatica (SIMP) - Sezione regionale umbra della Società italiana di psiconcologia (SIPD) - Società italiana di agopuntura (SIA) - Società italiana di antropologia medica (SIAM) - Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia (SIPNEI).

Organizzata dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute si è svolta il 3 dicembre 2001 a Perugia nell'Aula magna della Accademia anatomico-chirurgica la Giornata di studio "Agopuntura: stato della validazione di efficacia".

La iniziativa aveva lo scopo di delineare in un contesto biomedico istituzionale, un serio panorama di sintesi dei risultati finora raggiunti dalla ormai ampia sperimentazione scientifica, sia occidentale sia orientale, concernente la efficacia della agopuntura (e di altre pratiche della medicina tradizionale cinese) in alcuni importanti ambiti della patologia. Al tempo stesso, attraverso questa "giornata di studio" si riprendeva in Umbria il discorso sui problemi e le attuali prospettive di una possibile integrazione fra differenti medicine: la questione cioè che va sotto il nome di *medicina integrata*<sup>(1)</sup>.

Nella seduta mattutina, dopo i saluti istituzionali e la relazione introduttiva di Tullio Seppilli (*La biomedicina e le medicine "altre": strategie di un processo di integrazione*), i quadri di sintesi sono stati proposti da Francesco Bottaccioli (presidente della Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia, *Meccanismi d'azione e verifiche di efficacia dell'agopuntura nella letteratura biomedica internazionale*), da Joana Rosario (direttore dell'Ufficio per la ricerca del National Center of complementary and alternative medicine (NCCAM) del National Institute of health (NIH), *Le verifiche di efficacia della medicina tradizionale cinese nelle recenti sperimentazioni*). Fattori imprevisti hanno invece impedito a Roberto Raschetti (responsabile scientifico del Programma nazionale di ricerca sulle medicine complementari dell'Istituto superiore di sanità) di svolgere la sua relazione (*Le verifiche di efficacia della medicina tradizionale cinese nelle recenti sperimentazioni biomediche in Italia*). La seduta si è conclusa con la relazione di He Jialang (presidente dell'Istituto italiano di medicina tradizionale cinese, *La medicina tradizionale cinese: la sua possibile integrazione nella pratica medica occidentale*).

Nella seduta pomeridiana sono state svolte una serie di relazioni sulla diffusione, le concrete esperienze cliniche e alcune iniziative di formazione relative all'agopuntura

e alla medicina tradizionale cinese nel nostro Paese: Roberto Gatto (presidente della Società italiana di agopuntura, *La diffusione dell'agopuntura in Italia: percorso storico e situazione attuale*), Sonia Baccetti (direttore del Centro di medicina tradizionale cinese "Fior di prugna", *La medicina tradizionale cinese nel Servizio sanitario toscano: offerta di prestazioni e attività di ricerca*), Franco Cracolici (direttore della Scuola di agopuntura "Città di Firenze", *Le dipendenze: il fumo, l'alcool, il cibo*), Lorenzo Cristiani (docente di agopuntura nella Università degli studi di Urbino, *L'azione dell'agopuntura sui fusi neuromuscolari dopo i traumi: esperienze cliniche*), Carlo Di Stanislao (condirettore della Federazione italiana delle Scuole di agopuntura del Centro Italia, *L'agopuntura nella terapia adiuvante del paziente neoplastico: esperienze condotte presso l'Unità ospedaliera di oncologia medica dell'Asl. 4 de L'Aquila*), Leonardo Paoluzzi (delegato alla formazione per l'Umbria e le Marche della Società italiana di agopuntura, *Il training dell'agopuntore: il progetto formativo della Scuola di agopuntura dell'Umbria*).

## Nota

<sup>(1)</sup> In merito è possibile fare riferimento ad almeno alcuni principali convegni (precedenti o immediatamente successivi alla "giornata" del 3 dicembre 2001 di cui si da qui il resoconto).

- Convegno su "Medicine non convenzionali: la ricerca, la formazione degli operatori, l'integrazione nel Servizio sanitario nazionale" (Perugia, Sala della partecipazione del Consiglio regionale dell'Umbria [Palazzo Cesaroni], 5 giugno 1999)

*promozione:* Assessorato alla sanità, Regione dell'Umbria - Dipartimento di igiene, Università degli studi di Perugia - Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) - Ordine provinciale dei farmacisti di Perugia - Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Perugia - Scuola internazionale di medicina avanzata e integrata e di scienze della salute [SIMAISS] - Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia / *organizzazione:* Ufficio per la programmazione socio-sanitaria la formazione l'informazione e la ricerca finalizzata, Assessorato alla sanità, Regione dell'Umbria.

- Convegno "Le medicine non convenzionali: una risorsa da integrare per il benessere della popolazione?" (Perugia, Salone d'onore della Giunta regionale dell'Umbria [Palazzo Donini], 14 marzo 2001) [dedicato alla presentazione pubblica del Progetto "Terapie non convenzionali: indagine descrittiva sulle offerte e sulla utenza nella regione dell'Umbria" realizzato dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute]

*promozione e organizzazione:* Dipartimento della programmazione, Ministero della sanità - Direzione regionale sanità e servizi sociali, Regione dell'Umbria - Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) - Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia.

- Prima Giornata umbra di medicina integrata "Il dolore come malattia" (Perugia, Centro convegni Hotel Giò, 21 settembre 2002)

*organizzazione:* Unità sanitaria locale n. 2 della Regione dell'Umbria.

- Convegno "Medicine non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio sanitario regionale" (Perugia, Sala Brugnoli del Consiglio regionale dell'Umbria [Palazzo Cesaroni], 5 dicembre 2002) [dedicato, nella prima parte, alla rendicontazione scientifica e operativa del Progetto "Terapie non convenzionali: indagine descrittiva sulle offerte e sulla utenza nella regione dell'Umbria" realizzato dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute]

*promozione e organizzazione:* Assessorato alla tutela della salute e servizi sanitari della Giunta regionale, Regione dell'Umbria - III commissione consiliare permanente del Consiglio regionale, Regione dell'Umbria - Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia).

- II Giornata umbra di medicina integrata "La forma del corpo" (Spoleto, Centro convegni Alborno Hotel, 3-4 ottobre 2003)

*organizzazione:* Azienda unità sanitaria locale n. 2 della Regione dell'Umbria - Direzione regionale sanità e servizi sociali, Regione dell'Umbria / *patrocinio:* Comune di Spoleto - Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) - Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Perugia.

Tullio Seppilli

## Convegno “La guarigione: vie della scienza e vie delle culture”

Sansepolcro (provincia di Arezzo), 25-27 ottobre 2002

*progettazione e coordinamento scientifico*: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / *ideazione e segreteria generale*: Anna Maria Turi (Roma) / *presidenza*: Tullio Seppilli / *saluto* del Presidente della Repubblica / *patrocínio*: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministero della Salute - Regione Toscana - Provincia di Arezzo - Comune di Sansepolcro - Comune di Città di Castello - Associazione italiana per le scienze etnoantropologiche (AISEA) - Società italiana di antropologia medica (SIAM) / *collaborazione*: Aboca Museum (Sansepolcro, provincia di Arezzo) / *segreteria organizzativa*: Agenzia Self (Sansepolcro, provincia di Arezzo) / *segreteria amministrativa*: Associazione sportivo-culturale Barone Rosso (Arezzo)

Nei giorni 25-27 ottobre 2002 si è svolto a Sansepolcro (provincia di Arezzo) il Convegno “La guarigione: vie della scienza e vie delle culture”, ideato dalla giornalista-scrittrice Anna Maria Turi, che ne ha tenuto la segreteria generale, localmente coordinato sul terreno organizzativo-amministrativo da Maruska Misuri, affidato per la progettazione e il coordinamento scientifico alla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia).

Sono state programmate e tutte regolarmente svolte e discusse nell'ordine previsto ventotto relazioni. Le università di provenienza dei relatori sono state nove (Ca' Foscari di Venezia, Camerino, Cassino, L'Aquila, Palermo, Perugia, Roma “La Sapienza”, Roma “Tor Vergata”, Urbino). Tra i relatori, i presidenti della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia), della Società italiana di antropologia medica (SIAM), della Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia (SIPNEI), della Società italiana per lo studio degli stati di coscienza (SISSC), e i direttori della Biblioteca e Museo del Sacro Convento di Assisi, del Centro sistemi audiovisivi acustici ed elettromagnetici della Università degli studi di Urbino, del Dipartimento dei beni culturali storico-archeologici socio-antropologici e geografici della Università degli studi di Palermo, dell'International Workshop on history, anthropology and epistemology of medicine (Senigallia), dell'Istituto Arminda Aberastury per la ricerca clinica in psicosomatica psicoanalitica (Perugia). La presenza dei partecipanti, abbastanza regolare, è oscillata intorno alle 250-300 persone. Stampa e televisione hanno effettuato riprese dei lavori e interviste agli studiosi convenuti.

Il convegno è stato aperto nel pomeriggio di venerdì 25 ottobre, dopo i saluti istituzionali, da una relazione introduttiva di Tullio Seppilli, *Strategie di un approccio antropologico ai processi di guarigione*. Questa relazione, che aveva una funzione “di servizio”, ha voluto sottolineare il carattere complesso del concetto di *guarigione*, per certi versi ambiguo e in ogni caso culturalmente eterogeneo, connesso comunque alle differenti concezioni di ciò che noi chiamiamo “malattia”, alla varietà dei fattori causali che vi sono volta a volta attribuiti, alle diverse situazioni organiche e psichiche che vengono ritenute prioritariamente significative. Obiettivo del convegno era infatti quello di fornire un panorama esemplificativo dei contributi forniti a proposito dei processi di guarigione dalle varie scienze storico-sociali – l'antropologia, la etnologia e la demologia, la storia delle religioni e le discipline “psi” – confrontando quanto ne risultava con le più avanzate prospettive elaborate dalle scienze mediche contemporanee. A tal fine venivano indicate nella relazione introduttiva le principali occasioni e le più importan-

ti tematiche in cui la questione del “guarire” era via via emersa dal dibattito aperto nelle scienze storico-sociali a partire da fine ‘800, le suggestioni che sembravano risultarne, in merito, dalle analisi transculturali, e le più importanti cautele metodologiche che occorre oggi tenere in conto nella riflessione relativa appunto a tale questione.

Alla relazione introduttiva di Tullio Seppilli sono seguite due relazioni di base: una di Luigi M. Lombardi Satriani, *Il bisogno di guarigione nell'orizzonte folclorico*, e una di Antonino Buttitta, *Guarire per simboli*.

La restante sessione pomeridiana del 25 ottobre è stata focalizzata sostanzialmente sul versante demologico: Ernesto Di Renzo, *Pellegrinaggio e ricerca di guarigione: la rete “poliambulatoriale” dei santuari abruzzesi* / Giancarlo Baronti, *Gli ex-voto come annunciatori di avvenuta guarigione* / Gabriella Marucci, *Acque e rocce curative: i culti litoidrici* / Sonia Giusti, *I saperi erboristica nella medicina folclorica* / Adriana Brunetti - Anna Maria Turi, *Analisi di cinque casi di guarigione insperata*.

La sessione della mattina di sabato 26 ottobre è stata focalizzata sostanzialmente su una ricognizione della problematica della guarigione in differenti contesti di civiltà: Antonio Rigopoulos, *Malattia e guarigione nella medicina ayurvedica* / Giulietta Atzori, *Le concezioni di malattia e guarigione nella medicina tradizionale cinese* / Alessandro Lupo, *Malattia e guarigione nelle civiltà del Messico pre-ispánico* / Pino Schirripa, *Malattia e guarigione in Africa occidentale* / Filippo Coarelli, *Malattia e guarigione nel mondo greco-romano* / Olivio Galeazzi, *La guarigione nella medicina magica della tarda antichità* / Enrico Malizia, *Le procedure terapeutiche nella stregoneria medioevale nordeuropea* / Enrico Petrangeli, *Santità taumaturgica, malattie e guarigioni a Orvieto nei secoli XII-XIV* / Pasquale Magro, *Presenza e potenza taumaturgica di San Francesco presso il Sepolcro*.

La sessione pomeridiana, nello stesso sabato 26 ottobre, è stata dedicata a casistiche e prospettive concernenti la guarigione nella nostra stessa società contemporanea: Maria Immacolata Maciotti, *Guarigioni spirituali nelle società industriali avanzate: il caso Damanhur* / Anna Maria Turi, *Il caso Milingo e gli interventi esorcistici in una metropoli italiana* / Michele Del Re, *La legge e le guarigioni straordinarie* / Francesco Grianti, *La guarigione fra determinismo e probabilismo*. Dopo queste relazioni Adriana Brunetti ha presentato *Il caso Rita Cutolo*, con la attiva partecipazione della stessa guaritrice marchigiana, che ha offerto qualche dimostrazione delle proprie facoltà. A conclusione del pomeriggio è stata effettuata una visita guidata all'Aboca Museum, dedicato alla storia dell'erboristeria e della farmacia, di recente ottimamente allestito in uno splendido palazzo nel centro storico di Sansepolcro.

La sessione della mattina di domenica 27 ottobre, conclusiva del convegno, è iniziata con un resoconto di Piero Vigorelli sulle origini, l'impianto di fondo e un bilancio delle esperienze compiute nella realizzazione della serie televisiva *Miracoli*, da lui diretta per Rete4 (gruppo Mediaset). È stata poi focalizzata sugli approcci di differenti discipline scientifiche ai processi che noi definiamo appunto di “malattia” e di “guarigione”: Marco Margnelli, *Le stigmate mistiche e le potenzialità autoguaritrici della mente* / Silvia Gaudenti - Giuseppe Genovesi, *Malattia e guarigione nel linguaggio dei processi biomolecolari: il ruolo della fisica* / Francesco Bottacioli, *Nuove prospettive scientifiche sui processi dell'ammalarsi e del guarire: la prospettiva della psiconeuroendocrinoimmunologia* / Carlo Brutti, *Nuove prospettive scientifiche sui processi dell'ammalarsi e del guarire: la prospettiva della psicosomatica psiconalitica* / Aldo Carotenuto, *Nuove prospettive scientifiche sui processi dell'ammalarsi e del guarire: le prospettive della guarigione psicologica*.

Tullio Seppilli

*Convegno "Medicine non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale"*

Perugia, 5 dicembre 2002

*organizzazione:* III Commissione consiliare permanente, Consiglio Regionale, Regione dell'Umbria - Assessorato alla sanità, Giunta Regionale, Regione dell'Umbria - Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / *collaborazione:* Sezione antropologica (già Istituto di etnologia e antropologia culturale) del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia.

Il 5 dicembre 2002, nella Sala Brugnoli di Palazzo Cesaroni, sede del Consiglio regionale dell'Umbria, a Perugia, si è tenuto il convegno "Medicine non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio sanitario regionale" organizzato dalla III Commissione consiliare permanente, dall'Assessorato alla sanità e dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute. Il principale scopo dell'incontro è stato quello di presentare gli esiti della ricerca biennale *Terapie non convenzionali: indagine descrittiva sulle offerte e sulla utenza nella regione dell'Umbria*, commissionata dal Ministero della sanità attraverso la Regione dell'Umbria e condotta dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute con la collaborazione della Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio dell'Università degli studi di Perugia. L'incontro ha inteso inoltre offrire, da un lato, un quadro sintetico delle normative italiane ed europee connesse alla pratica delle medicine non convenzionali e delle iniziative operative già attuate in questo ambito nel nostro Paese da numerosi servizi sanitari pubblici; dall'altro, richiamare l'attenzione intorno ai progetti di legge attualmente proposti in Parlamento in vista di una possibile integrazione fra le diverse pratiche mediche, con particolare attenzione agli specifici percorsi formativi degli operatori.

Dopo i saluti istituzionali, l'apertura dei lavori della I sessione del Convegno (*La situazione*) è stata affidata a Tullio Seppilli, presidente della Fondazione Angelo Celli che ha innanzi tutto proposto una riflessione sulla stessa definizione di "medicine non convenzionali". Per l'Europa occidentale, e per l'Occidente in genere, si tratta di quel complesso di rappresentazioni, saperi e pratiche volte a contrastare la patologia e a conservare la salute – peraltro non riconducibili ad un unico corpus né dal punto di vista teorico né dal punto di vista pratico – estranei comunque alla biomedicina. Quindi, residui della medicina popolare-contadina – in Umbria largamente diffusa fino alla metà del Novecento –, sezioni più o meno organiche dei grandi sistemi medici orientali (come ad esempio l'agopuntura, la moxibustione e la fitoterapia cinese), frammenti di rituali protettivi africani o afroamericani; totalizzanti partecipazioni a gruppi culturali neoreligiosi di varia matrice, ed infine linee di sviluppo eterodosse della stessa medicina occidentale, quali l'omeopatia. Con la definizione "medicine non convenzionali" ci riferiamo dunque a tutte quelle risposte conoscitive e operative – terapeutiche, diagnostiche o preventive – che si collocano in Occidente al di fuori del "nostro" sistema medico ufficiale.

In merito, Tullio Seppilli ha poi proposto un sintetico excursus storico-antropologico, delineando inoltre lo stato attuale delle ricerche. Tra la fine dell' '800 e gli anni '60 del secolo XX, la biomedicina è giunta a costituire l'unico apparato organizzativo e

formativo legittimato ad offrire risposte in merito ai problemi di salute e malattia, determinando la progressiva delegittimazione di ogni altra forma di intervento: dalle “mammane” ai monaci che preparavano elisir, dai guaritori contadini ai barbieri che praticavano la piccola chirurgia, a tutta una serie di operazioni realizzate dagli stessi parroci, fino alla cura degli ossessi. Una serie di risposte più o meno efficaci ai problemi di salute sono state così gradualmente emarginate o totalmente eliminate e si è andata affermando un'unica medicina, protetta dal rigore della ricerca scientifica e dalla fermezza di severi provvedimenti legislativi. In quel periodo la biomedicina ha conseguito vittorie memorabili sulle principali malattie infettive e carenziali, fondate su rapidissimi progressi scientifico-tecnologici. Tuttavia, dall'inizio degli anni '60, si è andata via via manifestando, in seguito anche al diffondersi di patologie per le quali la biomedicina non riusciva a trovare positive risposte (malattie degenerative, croniche, virali), una graduale caduta della fiducia e delle indebite speranze sulla scomparsa *tout court* di ogni forma di patologia. Così, il processo che in Occidente aveva condotto la biomedicina a una centralizzazione di tutti i ruoli sanitari, alla pressoché incontrastata egemonia del modello proposto dalle facoltà mediche e a una sua dilatazione planetaria, ha iniziato a mostrare evidenti segnali di crisi, in cui intervengono in effetti anche altre dinamiche: una sempre maggiore settorializzazione e ipertecnizzazione del sapere medico a scapito della relazione medico-paziente, con il progressivo ridursi degli spazi e dei tempi della visita medica e del suo spessore emozionale-simbolico, una relativa diminuzione dell'attenzione alla soggettività del paziente e una sempre maggiore burocratizzazione delle strutture sanitarie.

Sempre sul finire degli anni '60, in concomitanza con il diffondersi dei movimenti culturali di contestazione, inizia dunque un'inversione di tendenza che sembra portare gli utenti verso nuove risposte di salute in linea peraltro con le tendenze anti-industriali, ecologiche e di “ritorno alla natura”. Specie nell'ultimo ventennio, questa inversione di tendenza è stata oggetto di indagine da parte di importanti istituzioni internazionali e nazionali, quali l'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) e l'ISTAT (Istituto nazionale di statistica), che hanno evidenziato l'aumento progressivo del ricorso verso tali terapie, e in particolare l'omeopatia, l'agopuntura, la fitoterapia e i trattamenti manuali. Già nel 1983 l'OMS, infatti, segnalava come il 30% della popolazione europea ricorresse a terapie non convenzionali parallelamente alla biomedicina; successivamente, da un'importante ricerca dell'ISTAT, è emerso come nel triennio 1997-1999 circa nove milioni di italiani abbiano fatto ricorso almeno una volta a tali terapie. Per quanto riguarda il territorio italiano, l'utenza prevalente è di genere femminile, scolarizzato e risiede principalmente nelle regioni settentrionali.

Nella seconda parte del suo intervento Tullio Seppilli ha presentato i risultati della ricerca *Terapie non convenzionali: indagine descrittiva sulle offerte e sulla utenza nella Regione dell'Umbria* condotta dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute nel biennio 2000-2002. Il gruppo di ricerca<sup>(1)</sup>, avvalendosi dei dati quantitativi già disponibili, ha scelto di lavorare con una metodologia di tipo qualitativo, svolgendo colloqui in profondità con i vari soggetti coinvolti nel settore: operatori e loro utenti, farmacie e erboristerie, centri con un qualche tipo di offerta di terapie non convenzionali. La scelta dell'approccio qualitativo ha permesso di evidenziare ed approfondire numerosi ambiti tematici in relazione alle tipologie dei soggetti presi in esame. Ad esempio, per quanto riguarda gli operatori, sono stati indagati principalmente gli avvenimenti e le dinamiche personali e familiari connessi alla formazione e all'esercizio delle capacità, delle tecniche e delle attività iatriche; il quadro di riferimento ideologico, i modelli cognitivo-interpretativi e i vissuti soggettivi connessi alla pro-

pria attività iatrica; i procedimenti tecnici e la struttura di tale attività (tra cui la tipologia dei compensi e i processi di pubblica circolazione delle informazioni che lo concernono); ed infine i rapporti dell'operatore con la medicina convenzionale. Durante i colloqui con gli utenti è stata data particolare attenzione al vissuto soggettivo della malattia, al rapporto instaurato con il proprio operatore e con la sua attività iatrica (in particolare il livello di soddisfazione e il grado di identificazione con gli orizzonti ideologico-culturali cui inerisce l'attività iatrica dell'operatore); ed in ultimo il rapporto con la medicina convenzionale e i criteri in base ai quali l'utente si orienta volta a volta per il ricorso alla medicina convenzionale e/o a quella non convenzionale.

Per rendere conto della considerevole mole di materiale empirico raccolto nei due anni di indagine, Tullio Seppilli si è soffermato su alcuni significativi dati numerici: 5000 pagine di documentazione, 200 colloqui in profondità in otto aree della regione, più di 500 ore di rilevazione e registrazione dei dati. La elaborazione<sup>(2)</sup> dei materiali raccolti ha permesso di individuare tre categorie di operatori tra loro molto diverse: i *guaritori tradizionali*, i *guaritori moderni* e i *laureati in medicina*. Con *guaritori tradizionali* ci si è riferito sostanzialmente agli ultimi protagonisti della tradizione terapeutica popolare – sono in genere più anziani degli altri, operano prevalentemente nelle zone rurali, più marginali, e hanno una formazione interna alla cultura contadina – ; con *guaritori moderni* a tutti coloro che, senza essere laureati in medicina hanno comunque partecipato a corsi di formazione per apprendere le terapie praticate, integrando spesso trattamenti di varia origine; e con *laureati in medicina* a tutti quei medici che, parallelamente alla biomedicina, utilizzano una o più medicine non convenzionali nella risposta ai problemi di salute dei propri pazienti. È stato evidenziato, in merito, come spesso i medici intervistati praticino terapie non convenzionali, come ad esempio trattamenti di medicina tradizionale cinese e omeopatia, accanto alla medicina appresa nelle università, non mettendo quindi in discussione i principi della biomedicina e attuando, ancor prima di una auspicata normativa in materia, l'integrazione tra i contributi di diversi sistemi e pratiche mediche.

L'offerta di terapie non convenzionali, nella nostra regione, è quindi un fenomeno in forte crescita e dai confini spesso non facilmente definibili; basti pensare che nei due anni di indagine sono stati individuati ben 59 tipi di terapie "alternative"<sup>(3)</sup>.

Il confronto fra i dati qualitativi emersi dalla ricerca con quelli quantitativi prodotti dai grandi istituti nazionali ed internazionali sembrano dunque confermare alcune linee di tendenza: prevalgono tra gli utenti di medicine non convenzionali soggetti con un elevato grado di scolarizzazione (soprattutto diploma e qualche laurea), con un'età media di circa 45 anni, prevalentemente di sesso femminile. Il desiderio di avviare agli effetti collaterali della terapia farmacologica, l'efficacia riscontrata da conoscenti di cui si ha fiducia che hanno sperimentato la medesima terapia non convenzionale per il medesimo problema, e la ricerca di una soluzione alternativa ad una patologia persistente non risolta dalla biomedicina, sono le principali motivazioni che inducono gli utenti a ricorrere a tali terapie.

Focalizzando l'attenzione sul complesso problema inerente la validazione dell'efficacia delle terapie non convenzionali, Tullio Seppilli ha sottolineato come la critica che gli antropologi rivolgono alla biomedicina non è di essere "troppo scientifica" ma di esserlo troppo poco, di radicare cioè il proprio fondamento scientifico pressoché esclusivamente sul terreno della ricerca biologica, senza tenere in conto quasi duecento anni di ricerche nel campo delle scienze sociali, degli studi dunque sulla soggettività,



sui vissuti e sui modelli culturali che intervengono nella patologia, sulle reti relazionali e sulle condizioni di esistenza di sani e pazienti in contesti storici determinati.

Il convegno è proseguito con l'intervento di Francesco Bottaccioli, presidente della Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia (SIPNEI) e direttore della Scuola internazionale di medicina avanzata e integrata e di scienze della salute (SIMAISS), che ha illustrato le evidenze scientifiche sull'agopuntura emerse dalle più recenti ricerche internazionali volte a valutarne l'efficacia clinica e i suoi meccanismi d'azione. Nel 1996 la Food and Drug Administration - l'ente governativo statunitense responsabile del controllo su alimenti e farmaci - ha riclassificato l'agopuntura da "strumento medico sperimentale" a "strumento medico regolato", a cui è seguito nel 1997, uno storico documento del National Institute of Health che ha segnato l'ingresso di questa millenaria metodica terapeutica nell'elenco delle terapie di cui è stata dimostrata in taluni campi l'efficacia. Francesco Bottaccioli ha inoltre sottolineato come la medicina tradizionale cinese, oltre ad essere una delle più organiche dottrine mediche antiche tuttora operanti in larga parte del mondo, costituisca in Cina un'importante risorsa medica dove, negli ultimi cinquanta anni, vi è stata oggetto di una politica governativa che ne ha regolamentato l'insegnamento, la diffusione e l'integrazione con la medicina scientifica occidentale negli ospedali e nelle facoltà di medicina.

L'antropologo Fabio Dei, dell'Università di Roma "La Sapienza", ha dato inizio ai contributi in cui l'attenzione si è focalizzata sulle implicazioni normative concernenti al riconoscimento delle medicine non convenzionali. Osservando gli ultimi dieci anni di attività del Parlamento europeo e di molti altri Stati membri dell'Unione Europea, Fabio Dei ha individuato tre principali angolazioni relative a questo problema: in primo luogo, la questione dell'autorizzazione allo svolgimento della professione sanitaria per gli operatori delle medicine non convenzionali; in secondo luogo quella del rimborso delle terapie e dei rimedi non convenzionali da parte dei sistemi sanitari nazionali o di enti di assistenza pubblica o privata; infine quella della formazione in medicina non convenzionali all'interno delle università. In proposito, in Europa gli approcci legislativi risultano alquanto eterogenei tanto da potersi distinguere in diverse tipologie: *sistemi monopolistici* (prevalenti in tutta l'Europa del sud, Italia inclusa, e in altri Paesi come Francia, Austria, Lussemburgo, Polonia, Islanda), che riconoscono legalità unicamente alla pratica della medicina convenzionale, escludendo e sottoponendo a sanzione ogni altra forma di "arte salutare" come esercizio abusivo della professione medica; *sistemi tolleranti* (vigenti in Germania, in Gran Bretagna e in Irlanda), che consentono, in vari gradi, l'esercizio di pratiche salutari ad altri terapeuti, sempre che non si qualificano abusivamente come laureati in medicina; *sistemi misti*, nei quali l'approccio monopolistico si applica solo ad un certo numero di atti medici, individuato per legge - per esempio interventi chirurgici, diagnostica endoscopica, anestesia, procedure ostetriche, etc. -, mentre tutte le altre pratiche mediche sono ammesse ad altri operatori, con l'unica riserva che essi non si qualificano come laureati in medicina (è il caso del Belgio, dell'Olanda e dei Paesi del Nord Europa). Estendendo infine la panoramica a territori esterni al Vecchio Continente, Dei ha poi introdotto in questo quadro classificatorio anche i *sistemi inclusivi* (presenti in alcuni paesi asiatici), nei quali differenti medicine sono riconosciute dal sistema sanitario; e i *sistemi integrati* (è il caso della Cina o della Corea), nei quali l'integrazione tra differenti sistemi medici, nella formazione professionale e nella pratica terapeutica, è ufficialmente promossa e incoraggiata dallo Stato.

Michele Renzo, consigliere della Corte d'Appello di Ancona, denunciando l'arretratezza della nostra normativa in materia di terapie non convenzionali, ha sottolineato

come l'unico punto di riferimento legislativo presente all'interno del Codice Penale italiano sia costituito dall'articolo 348, del 1930, che condanna genericamente l'esercizio abusivo delle professioni, compresa quella medica. Un simile vuoto legislativo, secondo il parere di Renzo, sarebbe stato colmato in qualche modo dall'articolo 117 della Costituzione italiana, introdotto nell'ottobre 2001, in base al quale sono state affidate potestà legislative alle singole regioni non solo in merito alla formazione degli operatori sanitari ma anche rispetto alla tutela della salute.

Sempre nell'ambito delle questioni legislative, Carlo Crocella, consigliere parlamentare, ha affermato come il ruolo dello Stato in materia di medicine non convenzionali non debba essere quello della validazione della loro efficacia – ambito d'elezione della "scienza" – bensì quello di regolamentare l'esercizio delle diverse professioni attraverso gli obiettivi e gli strumenti indicati dalle norme costituzionali. Passando in rassegna l'intensa attività che ha caratterizzato la XIII e la XIV Legislatura – durante le quali sono state effettuate un numero considerevole di audizioni alla Camera e al Senato in materia di medicine non convenzionali –, Crocella ha sottolineato come la maggiore conoscenza di tali terapie, unita ad un atteggiamento di maggiore apertura e fiducia, sulla base del principio del "pluralismo scientifico", costituiscano oggi le maggiori innovazioni che le ultime proposte di legge presenterebbero.

A proposito del rapporto tra medicine non convenzionali e servizi sanitari regionali, Carlo Romagnoli, dirigente del Servizio programmazione socio-sanitaria di base e dell'Osservatorio epidemiologico della Regione dell'Umbria, ha presentato le principali esperienze di medicina integrata – quelle esperienze, cioè, dove terapie e pratiche non convenzionali si integrano con trattamenti biomedici – nei vari servizi sanitari regionali italiani. Esempio appare il caso della Regione Toscana che, ancor prima degli anni Novanta, ha inserito particolari capitoli nel piano sanitario regionale, offrendo agli operatori sanitari specifici percorsi formativi in medicine non convenzionali, sviluppando sul proprio territorio, fin dal 1996, servizi di agopuntura e di fitoterapia, e stringendo anche una collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità per la diffusione e la promozione delle pratiche delle medicine non convenzionali.

Nonostante l'assenza di indicazioni precise riguardo alle terapie non convenzionali nei documenti ufficiali della Regione dell'Umbria, Romagnoli ha sottolineato una significativa "apertura" a tali terapie in questa regione, testimoniata da particolari esperienze nell'ambito della ricerca scientifica, dell'applicazione terapeutica e dei percorsi formativi. La presenza da alcuni anni di un ambulatorio per la terapia del dolore all'interno della ASL n. 2 di Perugia, in cui alla terapia farmacologica vengono associati trattamenti di agopuntura e omeopatia, ne costituirebbe un valido esempio, così come anche l'istituzione, nel 1999, di un corso di formazione della durata di quattro anni promosso dalla Scuola internazionale di medicina avanzata e integrata e di scienze della salute (S<sub>IMA</sub>ISS) rivolto ad operatori impegnati nel Sistema sanitario regionale provenienti dalle quattro ASL umbre.

La maggior parte delle relazioni e degli interventi alla tavola rotonda che hanno costituito la II sessione della giornata (*Prospettive*), hanno messo in evidenza, ancora una volta, la necessità di formalizzare norme ben precise riguardo ai molteplici ed eterogenei iter formativi, con particolare attenzione alla legittimazione e al conseguente accreditamento professionale degli operatori di medicine non convenzionali. È stata infatti fortemente discussa l'assoluta inadeguatezza di molti iter professionali in terapie non convenzionali – peraltro spesso promossi dalle case produttrici dei vari

rimedi – che prevedono l’acquisizione di diplomi e il conseguente accesso al mercato senza offrire un’adeguata preparazione.

Luigi Giacco, impegnato nella definizione di una legge quadro sulle medicine non convenzionali presso la Commissione affari sociali della Camera dei Deputati, ha rilevato la necessità che la nuova normativa si basi su due principi fondamentali: il pluralismo scientifico e l’individuazione di strumenti adeguati per la valutazione dell’efficacia di tali medicine. La legge quadro prevede una tripartizione delle terapie non convenzionali distinte in tre diversi raggruppamenti, ai quali vengono associate diverse tipologie di professionalità e iter formativi. Nel cosiddetto “primo vagone” rientrano l’agopuntura, l’omeopatia, l’omotossicologia, la medicina ayurvedica, la medicina antroposofica, la medicina tradizionale cinese e la fitoterapia, praticabili esclusivamente da medici che, terminato il percorso di formazione canonico, scelgano di acquisire le competenze specifiche attraverso un master della durata di tre anni. Nel “secondo vagone” rientrano la chiropratica e l’osteopatia che, secondo il parere di molti, meritano un capitolo a parte, dal momento che il loro insegnamento è previsto, in Paesi europei ed extra europei, all’interno del curriculum di studi delle facoltà di medicina. Vera innovazione rispetto alle proposte di legge precedenti è rappresentata dalla creazione di un “terzo vagone”, che comprende le terapie “bio-naturali”, ovvero tutte quelle terapie il cui intervento è mirato al ripristino del “benessere” e al miglioramento della qualità della vita e non alla risoluzione di quegli stati che la biomedicina definisce “patologici”.

La conclusione dei lavori del convegno è stata affidata a Tullio Seppilli che, rivolgendosi alle numerose personalità presenti e focalizzando l’attenzione sulle concrete proposte operative, ha ribadito il ruolo fondamentale che il potere pubblico deve assumere al fine di costruire, in un sistema sanitario di welfare, una normativa coerente con le attese e i bisogni emergenti.

## Note

<sup>(1)</sup> Una delle *slides* presentate nel corso dell’intervento ha illustrato l’organigramma della ricerca. *Comitato scientifico*: prof. Giovanni Berlinguer, già presidente del Comitato nazionale di bioetica / Francesco Bottaccioli, psiconeuroimmunologo, direttore della Scuola di medicina avanzata e integrata (SIMAIS), presidente della Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia (SIPNEI) / dott. Andrea Caprara, medico antropologo, responsabile della Sezione ricerche della Escola de saúde pública do Estado do Ceará (Fortaleza, Brasil), Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute / dott. Luca Citarella, antropologo, consulente di sanità pubblica, Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute / dott. Carlo Romagnoli, responsabile della Direzione sanità e servizi sociali della Regione dell’Umbria / prof. Tullio Seppilli, antropologo, Presidente della Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute, Presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM) / dott. Enrico Petrangeli, antropologo, Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute. *Direzione scientifica*: prof. Tullio Seppilli, presidente della Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute. *Coordinamento amministrativo*: dott. Carlo Romagnoli, responsabile della Direzione sanità e servizi sociali della Regione dell’Umbria. *Coordinamento della ricerca*: dott. Enrico Petrangeli, antropologo, Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute. *Gruppo operativo*: dott. Carlotta Bagaglia, antropologa, dottoranda in Metodologie della ricerca etnoantropologica / dott. Silvia Bronco, antropologa / Lionello Filippucci, Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute (*amministrazione*) / dott. Sabrina Flamini, antropologa / dott. Lara Iannotti, antropologa / dott. Maya Pellicciari, antropologa, dottoranda in Metodologie della ricerca etnoantropologica (*supervisione delle interviste e collaborazione alla bibliografia*) / dott. Monica Pelliccioni, antropologa / dott. Angela Rossi, farmacista, Direzione sanità e servizi sociali della Regione dell’Umbria / dott. Silvia Spedicato, dottoranda in antropologie sociale e ethnologie / Margherita Tinarelli, Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute (*segreteria*).

<sup>(2)</sup> In vista del convegno di cui si dà qui il resoconto, la dott. Carlotta Bagaglia e la dott. Sabrina Flamini hanno proceduto ad un affinamento e ad un ulteriore approfondimento del lavoro di elaborazione dei materiali prodotti già effettuato in prima istanza dal gruppo operativo durante la ricerca sul campo.

<sup>(3)</sup> Riportiamo qui l'elenco delle terapie non convenzionali suddiviso per ciascuna categoria di operatori. *Guaritori tradizionali:*

Chiaroveggenza, Esorcismi, Filtri d'amore, Fitoterapia, Lettura tarocchi, Pranoterapia, Radioestesia, Veggenza; *Guaritori moderni:* Aromaterapia, Chelazione (pulizia dell'aura), Comicoterapia, Conoscenza delle vite passate, Contatti medianici con defunti, Cromopuntura, Cromoterapia, Danzaterapia, Floriterapia (Fiori di Bach), Iridologia, Kinesiologia, Lettura delle energie, Linfodrenaggio, Massaggio olistico (ayurvedico), Musicoterapia, NAET (Nambudripad's Allergy Elimination Technique), Naturopatia, Osteopatia, Pranoterapia, Reiki, Riflessologia, Riflessologia plantare, Shiatsu, Tecniche di educazione corporea (metodi Feldenkrais, Souchard, Mézières), Terapia cranio-sacrale, Watsu, Yoga; *Laureati in medicina:* Chiropratica, Fitoterapia, Floriterapia (Fiori di Bach), Iridologia, Medicina antroposofica, Medicina ayurvedica, Medicina cinese (Ago-puntura, Moxibustione, Coppettazione, Fitoterapia), Medicina manipolativa riflessoterapica, Microchimiopuntura, NAET (Nambudripad's Allergy Elimination Technique), Omeopatia, Omotossicologia, Ozonoterapia.

Carlotta Bagaglia  
Sabrina Flamini

### *Medical Anthropology at Home 3. "Medical anthropology, welfare state and political engagement"*

Perugia, 24-27 settembre 2003

*patrocinio:* Regione dell'Umbria - Provincia di Perugia / *promozione:* Departament d'antropologia filosofia i treball social, Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, España) - Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) - Medical Anthropology Unit, Universiteit van Amsterdam (Amsterdam, The Netherlands) / *organizzazione:* Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia.

Il convegno internazionale *Medical Anthropology at Home 3. Medical anthropology, welfare state and political engagement* si è svolto a Perugia nei giorni 24-27 settembre 2003. Medical Anthropology at Home (MAaH) è una rete di istituzioni e ricercatori prevalentemente europei che, a partire dal 1998, organizza convegni internazionali a scadenza biennale con l'obiettivo di consentire agli studiosi di antropologia medica che svolgono abitualmente ricerche nel proprio Paese, di confrontarsi su specifici temi monografici. Questa terza edizione del MAaH ha visto riunirsi una cinquantina di studiosi provenienti da 14 Paesi, non soltanto europei: Austria, Brasile, Danimarca, Finlandia, Francia, Gran Bretagna, Italia, Lettonia, Norvegia, Olanda, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Ungheria. Il confronto si è svolto sul tema del rapporto fra antropologia medica, *welfare state* e impegno politico: quattro giornate che hanno offerto l'opportunità di un censimento delle attuali ricerche di antropologia medica, in particolare in Europa, e soprattutto la possibilità di cogliere diversi indirizzi antropologici corrispondenti non soltanto alle tradizioni antropologiche nazionali, ma anche al dialogo scientifico trasversale che da tempo intercorre tra diversi centri di ricerca e università.

*«E – vi preghiamo – quello che succede ogni giorno / non trovatelo naturale. / Di nulla venga detto: è naturale / in questo tempo di anarchia e di sangue, di ordinato disordine, di meditato arbitrio, / di umanità disumanata...».*

Con questo esergo di Bertolt Brecht tratto da *L'eccezione e la regola*, Tullio Seppilli ha aperto i lavori del convegno, riassumendo in quei versi l'imperativo metodologico-critico che fa dell'impegno politico una questione squisitamente scientifica: la contestualizzazione storica e l'uso sociale della ricerca in antropologia medica non sono elementi di un generico impegno, ma motivi di estensione della presa scientifica della nostra disciplina che – a differenza degli approcci bio-riduzionisti – non rimuove la variabile socioculturale nello studio dei processi di salute malattia, né la giustappone alla lettura di essi quasi a considerarla come una "causa", in un'ottica deterministica; piuttosto la integra in un approccio costitutivamente critico che punta a mostrare "il naturale" come costruito sociale. È qui la linea programmatica che ha caratterizzato queste tre giornate in cui diversi filoni dell'antropologia medica europea si sono confrontati su uno specifico obiettivo: analizzare i processi contemporanei relativi al corpo, alla salute e alla malattia attraverso uno sguardo antropologico e una pratica etnografica "denaturalizzante", che mettesse cioè costantemente a fuoco l'impossibilità di separare l'esperienza del malessere dagli specifici contesti sociali, economici e politici in cui essa si manifesta. Se "denaturalizzare" significa, nella

evocazione brechtiana, svelare il carattere costruito della “normalità”, mostrare come ciò che appare come un ordine naturale sia il riflesso di rapporti di potere, sul piano delle diverse antropologie mediche raccolte in convegno esso ha significato non soltanto sottrarre all'esclusivismo biologico la questione della malattia, ma riflettere in maniera articolata sulle forme istituzionali dell'assistenza e sulle pratiche di rivendicazione, di realizzazione o di negazione del diritto alla salute nei diversi Stati nazionali. L'efficacia del convegno si è verificata attraverso la realizzazione di uno stretto dialogo fra le diverse scuole e i vari indirizzi. Tale dialogo è stato particolarmente vivace per tre motivate ragioni: in primo luogo, perché gli studiosi partecipanti al convegno anziché confrontarsi sulla più o meno realizzata condivisione di concetti generali, hanno tutti preferito fondare i loro interventi su specifici e concreti problemi di merito, ovvero su una rigorosa base etnografica. In tal modo il dialogo non si è strutturato su un piano teorico ma è stato piuttosto un confronto serrato fra saperi emergenti direttamente dalle diverse pratiche etnografiche. In secondo luogo, molti studiosi partecipanti erano già tra loro in rapporti di confronto e collaborazione da anni e in alcuni casi anche prima della costituzione della rete: uno scambio europeo che si rivolge anche ai Paesi dell'America latina, a indicare nuove vie dell'antropologia medica non necessariamente interne alla egemonia delle scuole statunitensi che hanno dominato il campo scientifico negli anni Ottanta del secolo XX. In terzo luogo, il dialogo è stato favorito di gran lunga da un lavoro preparatorio, condotto attraverso incontri periodici fra le diverse istituzioni europee promotrici, che non si è basato esclusivamente sulla soluzione di questioni organizzative, ma si è andato strutturando come un vero e proprio seminario di preparazione all'interno del quale gli obiettivi programmatici sono stati frutto di una approfondita discussione collettiva.

Gli *Atti* del convegno in lingua inglese saranno pubblicati nel prossimo numero di questa rivista. Non daremo quindi qui un resoconto di ciascun intervento. Piuttosto, volendo dare uno sguardo di massima agli indirizzi teorico-metodologici nella ricerca antropologico-medica contemporanea in Europa, quali emersi dal convegno, si potrebbe dire che non è possibile separare le diverse scuole accademiche di antropologia medica dai contesti storico-politico-economici dei singoli Paesi. Non perché esse siano connotate da un rigido carattere “nazionale” in rapporto alla storia degli studi, quanto perché affrontano le tematiche del *welfare state* in modi che riflettono le situazioni politico-economiche delle diverse democrazie nazionali. L'Europa non è, infatti, un terreno del tutto omogeneo dal punto di vista della realizzazione del diritto alla salute, anche se proprio questo continente può vantare la nascita di costituzioni democratiche che introdussero tale diritto in quegli anni che Michel Foucault definisce cruciali, ovvero il decennio che seguì in Europa la vittoria sul nazifascismo, fra gli anni Quaranta e Cinquanta del Novecento (nella nostra Costituzione promulgata nel 1948, è l'articolo 32). Questioni di ineguaglianza nell'accesso alle risorse che garantiscono la salute sono centrali in una prospettiva globale, eppure esse concernono non soltanto il rapporto fra Europa e contesti non europei, ma attraversano anche il nostro continente e in maniera trasversale si riflettono all'interno di ciascun singolo Paese.

La scelta di dedicare il convegno alla tematica dello stato sociale e alla urgenza di un ripensamento teorico che nascesse direttamente dalla ricerca etnografica si è rivelata felice e ha riscosso un consenso unanime, stante l'attualità del tema. Anche in questa ottica l'antropologia medica europea ha mostrato una convergente preoccupazione per l'avanzata dei processi di aziendalizzazione, privatizzazione e monetizzazione dei servizi sanitari in Europa. È emerso che anche nei siti europei a maggiore tradizione sociale, il *welfare state* è oggetto di tensioni politiche che corrispondono a indi-

rizzi di governo i quali, pur nel quadro di una comune e riconosciuta esigenza di salvaguardia dei diritti sanciti nelle costituzioni, sono costantemente condizionati dalle scelte economiche delle istituzioni sopranazionali (come la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale). Tali istituzioni spingono i governi verso politiche di tagli radicali proprio nel campo della sanità pubblica, in tal modo sostituendosi, di fatto, alle stesse indicazioni dell'Organizzazione mondiale della Sanità.

Le sessioni sono state dedicate a riflessioni sul tema generale, *Medical anthropology, welfare state and political engagement* (tre sessioni), e a due tematiche specifiche: *Patients, health services, power. Human conditions, deliverance of care and patients strategies in a changing medical context* (sei sessioni) e *Spreading men and ideas. Migrations, medical pluralism and creolization of medical cultures* (quattro sessioni). Una sessione specifica è stata dedicata ai cinquant'anni di fondazione e sviluppo dell'antropologia medica nella Università e nella città di Perugia: *Fifty years of medical anthropology in Perugia*.

Diamo qui di seguito lo schema delle sessioni e l'elenco degli interventi:

**Opening session: Official addressing. Chairman: Josep M. COMELLES:** Els VAN DONGEN (Universiteit van Amsterdam, The Netherlands), *Presentation* / Tullio SEPPILLI (presidente Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia, Italy), *Introduction* / Ronald FRANKENBERG (Brunel University, New Castle under Lyme, UK), *Reclaiming culture as sociopolitical process. Redressing the reified myths of the patient "consumer" facing "tribal" health workers. Medical anthropology understandings of the production of health and sickness* / Giovanni BERLINGUER (presidente onorario del Comitato nazionale di bioetica), *Ethics and power in medical anthropology* / **Session I: Medical anthropology, welfare state and political engagement. 1. Chairman: Tullio SEPPILLI:** Josep M. COMELLES (Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain), *Welfare state and organizational cultures* / Sylvie FAIZANG (Institut national de la santé et de la recherche médicale, Teyran, France), *Patients and their power of decision: a privilege of western societies* / **Session II: Patients, health services, power. Human conditions, deliverance of care and patients' strategies in a changing medical context. 1. Chairman: Paola FALTERI:** Rosario OTEGUI (Universidad Complutense, Madrid, Spain), *Virus, bichos, drogas. Formas sociales del VIH-SIDA en la comunidad gitana española* / MAYA PELLICCIARI (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia, Italy), *Rhetorics of encounter between general practitioners and patients. Identity strategies and use of coat and other devices in therapeutic space construction*<sup>(1)</sup> / Juha SOIVIO (Helsingin Yliopisto, Helsinki, Finland), *"The main source of anxiety for the heart patient is the health care system". Cardiologists' and patients' views on Finnish health care* / **Session III: Patients, health services, power. Human conditions, deliverance of care and patients' strategies in a changing medical context. 2. Chairman: Ronald FRANKENBERG:** Marta ALLUE (Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain), *The "other rights"* / Agita LUSE ([Bristol University], Riga, Latvia), *Tapping the sources of healing. Some themes of distress narratives in towns and villages of contemporary Latvia* / Marisa HONKASALO (Helsingin Yliopisto, Helsinki, Finland), *Sadness, symbols and reminiscence* / **Session IV: Spreading men and ideas. Migrations, medical pluralism and creolization of medical cultures. 1. Chairman: Marisa HONKASALO:** Elisabeth HSU (University of Oxford, UK), *Other medicines: which wisdom do they challenge* / Helle JOHANNESSEN (Syddansk Universitet, Odense, Denmark), *Body and self in medical pluralism. From body and self to structure* / ENRICO PETRANGELI (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia, Italy), *The domestication of "savage" medicines. Offer's organisational strategies and institutional processes of official recognition* / **Session V: Spreading men and ideas. Migrations, medical pluralism and creolization of medical cultures. 2. Chairman: Peter J. BROWN:** Imre LAZAR (Semmelweis Egyetem, Budapest, Hungary), *Radical eclecticism of unconventional medicine in Hungary* / Laura MASCARELLA TERRADELLAS (Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain), *Distancia comunicacional de los profesionales en la atención a la salud. Otra cultura, la cultura profesional* / Carlotta BAGAGLIA (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia, Italy), *Biomedicina, terapias "alternativas" y el proceso de su integración en la asistencia primaria. Investigación en una zona central de Italia* / **Session VI: Medical anthropology, welfare state and political engagement. 2. Chairman: Josep M. COMELLES:** Chiara POLCRI (Fondazione Angelo Celli per una cultura della

salute, Perugia, Italy), *Walking on the silent side. Mental institutions in Italy as seen through the writings of their inmates* / Pino SCHIRRIPIA (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia, Italy), *The loneliness of fetishes. The policies of ethnopsychiatry: a genealogical perspective* / Massimiliano MINELLI (Università degli studi di Perugia, Italy), *Saints, demons and footballers. Playing (with) power in a psychiatric field* / **Public session: Fifty years of Medical Anthropology in Perugia. Chairman: Cristina PAPA (Università degli studi di Perugia, Italy):** Giancarlo BARONTI, M. Antonia MODOLO, Ferruccio GIACANELLI and Pino SCHIRRIPIA discuss with Tullio SEPPILLI / **Session VII: Spreading men and ideas. Migrations, medical pluralism and creolization of medical cultures. 3. Chairman: Rosario OTEGUI: Arancha MEÑACA (Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain),** *La relación entre pediatras y padres inmigrantes en la consulta de pediatría* / Roberta POMPILI (Università degli studi di Perugia, Italy), *Ogún, dios de las máquinas, y los otros. Dinámicas del poder y percepciones de la salud entre las prostitutas africanas en Perugia* / José FERNÁNDEZ - Rufete GÓMEZ (Universidad Católica San Antonio de Murcia, Guadalupe, Spain), *Estado y configuración de las políticas sociosanitarias en el caso de la inmigración ecuatoriana* / **Session VIII: Spreading men and ideas. Migrations, medical pluralism and creolization of medical cultures. 4. Chairman: Vibeke STEFFEN: Paola FALTERI (Università degli studi di Perugia, Italy),** *Ombigos y baños, papillas y cochecitos: incorporar culturas híbridas* / Peter J. BROWN (Emory University, Atlanta, USA), *Health, culture and social inequalities in multicultural Atlanta* / Els VAN DONGEN (Universiteit van Amsterdam, The Netherlands), *"Culture" is "in". The play with culture in mental health care for migrants* / **Session IX: Patients, health services, power. Human conditions, deliverance of care and patients' strategies in a changing medical context. 3. Chairman: Sylvie FAINZANG: Vibeke STEFFEN (København Universitet, Denmark),** *Challenging control and order. Antabuse medication in Denmark* / Bernard HADOLT (Universität Wien, Austria), *Technical feasibility, investment and trying-out. How unwanted childless women and men strategically deal with the uncertainty of IVF* / Mette MELDGAARD (København Universitet, Denmark), *The patient perspective in a health technology assessment. The patients perspective on electronic medical records* / **Session X: Patients, health services, power. Human conditions, deliverance of care and patients' strategies in a changing medical context. 4. Chairman: Françoise LOUX: Susanne ADAHL (Helsingin Yliopisto, Helsinki, Finland),** *Dogs don't bite the hand that feeds them. Managing distress in a changing rural landscape of Southwestern Finland* / Maria José VALDERRAMA (Euskal Herriko Unibertsitatea, San Sebastián, Spain), *Repitiendo para no repetir* / Laura CAMFIELD (University of Bath, UK), *Encounters with medicine: Derek's story* / **Session XI: Medical anthropology, welfare state and political engagement. 3. Chairman: Enrico PETRANGELI: Mari-Luz ESTEBAN-GALARZA (Euskal Herriko Unibertsitatea, San Sebastián, Spain),** *Autoatención, sistema de género y antropología de la medicina* / Stéphane ABRIOL - Françoise LOUX (Musée national des arts et traditions populaires, Paris, France), *Aids. Commemoration, memory and museums* / Giovanni PIZZA (Università degli studi di Perugia, Italy), *Antonio Gramsci and medical anthropology today. Hegemony, agency and transforming persons*<sup>(2)</sup> / Madel LUZ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brazil), *Nueva prácticas en salud colectiva. Interpretando sentidos, significados y valores culturales* / **Session XII: Patients, health services, power. Human conditions, deliverance of care and patients' strategies in a changing medical context. 5. Chairman: Pino SCHIRRIPIA: IVO QUARANTA (Università degli studi di Torino, Italy),** *Illness experience, embodiment and culture process* / Anne-Lise MIDDDELTHON (Universitetet i Oslo, Norway), *Intercorporealities of the risky meal* / Claudie HAXAIRE (Université de Brest, France), *From the doctor's psychotropic medication to the patient's remedies, or subversion of medicalisation* / **Session XIII: Patients, health services, power. Human conditions, deliverance of care and patients' strategies in a changing medical context. 6. Chairman: Els VAN DONGEN: Susanne BISGAARD (Goethe-Universität, Frankfurt am Main, [Denmark]),** *Expectations and experiences of hearing Aids. Practice at the interface between user and technology* / Aivita PUTNINA (Latvian University, Riga, Latvia), *Framing the public and participation. The discourse around reproductive health and humane genome project in Latvia* / Helle PLOUG HANSEN (Syddansk Universitet, Odense, Denmark), *"The knife at the breast". An ongoing anthropological project about women with breast cancer* / **Session XIV: Patients, health services, power. Human conditions, deliverance of care and patients' strategies in a changing medical context. 6. Chairman: Mari Luz ESTEBAN: Galarza Lorena NÚÑEZ (Universiteit Leiden, The Netherlands),** *"Rescuing a defeated self". Explorations on weight loss and the significance of food among Peruvian migrants in Chile* / Per HILDEN (Universitetet i Oslo, Norway), *The political technology of information and choice. Risk, knowledge and self management in type 1 diabetes.*



## Note

<sup>(1)</sup> **Una versione rivista di questo contributo, in lingua italiana** (*Retoriche dell'incontro tra medici di base e loro pazienti. Strategie identitarie e uso del camice e di altri dispositivi nella costruzione dello spazio terapeutico*), viene pubblicata in questo stesso volume 15-16 di *AM* alle pp. 205-217.

<sup>(2)</sup> **Una versione rivista di questo contributo, in lingua italiana** (*Antonio Gramsci e l'antropologia medica ora. Egemonia, agentività e trasformazioni della persona*), viene pubblicata in questo stesso volume 15-16 di *AM* alle pp. 33-51.

Giovanni Pizza



## 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. *Area di riferimento*: gli eventi nel territorio italiano o attive partecipazioni italiane in eventi svoltisi in altri paesi.

Da questo fascicolo 15-16 di *AM*, la sezione 04. *Segnalazioni* viene ristrutturata e "spostata" al nostro sito web ([www.antropologiamedica.it](http://www.antropologiamedica.it)) con le variazioni qui di seguito indicate.

A. Le schede informative sugli eventi riguardanti l'antropologia medica, finora riferite "a posteriori", vengono "sganciate" dalla periodicità dei singoli fascicoli della nostra rivista e compariranno nel sito web a mano a mano che ne avremo documentazione.

B. Il materiale verrà articolato in due sottosezioni: *Eventi/News* ed *Eventi/Archivio*. Nella prima (*Eventi/News*, un "servizio" nuovo) saranno anticipatamente fornite le schede informative sugli eventi via via previsti. Al concludersi di ciascun anno solare, tali schede saranno trasferite nella seconda sottosezione (*Eventi/Archivio*), che costituirà dunque, nel tempo, un archivio permanente di eventi facilmente consultabile.

Ci proponiamo in tal modo due positivi risultati: quello di fornire con le *News* una utile informazione previsionale costantemente aggiornata e quello di produrre con l'*Archivio* una sorta di memoria relativa ai trascorsi eventi della antropologia medica italiana.



## ***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.

### ***Ricerca sui processi di auto-riforma e superamento dell'istituzione manicomiale nella provincia di Perugia (1960-1980)***

Scheda elaborata da Sabrina Flamini - Chiara Polcri - Tullio Seppilli

#### **Oggetto, ipotesi, obiettivi**

La ricerca ricostruisce il complesso percorso attraverso il quale Perugia e l'Umbria poterono assumere un ruolo di avanguardia nel vasto e differenziato movimento scientifico, culturale e politico che tra la metà degli anni '60 e gli inizi degli anni '80 portò l'Italia al superamento dell'istituzione manicomiale e alla messa in discussione di ogni tipo di istituzione totale.

Obiettivo della ricerca è quello di ricostruire la vicenda della "metamorfosi" della psichiatria in Umbria e del passaggio dal manicomio al territorio, documentando la "specificità" dell'esperienza perugina e più in generale umbra nell'ambito della molteplicità di percorsi e della ricchezza delle esperienze che hanno caratterizzato le lotte anti-istituzionali in quegli anni in Italia.

Con il passare del tempo l'immagine di quel movimento, che fu differenziato e policentrico, caratterizzato da una notevole compattezza nei confronti delle resistenze conservatrici – talché si presentò appunto come "movimento" – ma anche da una pluralità di posizioni e da un vivace dibattito interno, si è andata via via impoverendo e appiattendosi un po' oleograficamente su un profilo sostanzialmente identificato in una sola "linea": quella che in modo un po' semplicistico potremmo definire "basagliana", che dell'insieme del movimento fu indubbiamente la linea portante e la più estesamente incisiva, ma certamente non l'unica. In questo articolato movimento l'esperienza

umbra ebbe sicuramente un suo peso notevole e una sua specifica autonoma caratterizzazione, soprattutto per il suo costante organico collegamento con le organizzazioni del movimento politico e sindacale riformatore, allora in pieno sviluppo nel nostro Paese, e con le amministrazioni territoriali in cui esso si esprimeva, in primo luogo la Amministrazione della Provincia di Perugia, da cui dipendevano allora le strutture e i servizi manicomiali.

### **Metodica**

La ricostruzione di questa vicenda richiede un ampio e sistematico lavoro indirizzato alla individuazione e alla esplorazione di fonti, riferite a un periodo limitato – sostanzialmente compreso tra gli anni '60 e i primi anni '80 –, di varia natura, di talora difficile reperibilità e di eterogenee modalità di rilevazione: materiali conservati in archivi pubblici o privati, verbali dei dibattiti consiliari e di commissione e atti amministrativi e giudiziari, resoconti delle assemblee popolari, cronache e prese di posizione su riviste e giornali, manifesti e volantini, documenti fotografici e filmici, tesi universitarie riguardanti l'Ospedale psichiatrico provinciale di Perugia e, in particolare, interviste con i protagonisti dell'epoca per ricostruire la memoria e le molteplici interpretazioni sui complessi processi di trasformazione di quegli anni.

In particolare verranno visionate e, nella maggior parte dei casi, riprodotte, le principali fonti archivistico-documentarie – tratte dagli *archivi pubblici* e dagli *archivi privati* – e sarà condotta una vasta raccolta di testimonianze orali di coloro che hanno partecipato al movimento perugino di riforma psichiatrica (psichiatri, infermieri, assistenti sociali, psicologi, storici, amministratori, sindacalisti), attraverso colloqui in profondità basati su temari semistrutturati per incrociare la memoria personale dei protagonisti con il materiale di documentazione scritta.

Il 16 aprile 2003, con la presenza di un “gruppo consultivo aperto” nel frattempo individuato – costituito da numerosi operatori protagonisti del processo di cambiamento –, nonché di rappresentanti della Provincia di Perugia, è stato tenuto un Seminario di avvio collettivo del Progetto presso la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, a cui la Provincia aveva affidato la conduzione del Progetto stesso. Per la preparazione del seminario il gruppo di ricerca si è impegnato nell'acquisizione di materiali eterogenei quali tesi universitarie riguardanti l'Ospedale psichiatrico provinciale di Perugia, documenti essenzialmente reperiti presso la Provincia di Perugia e la Biblioteca comunale Augusta (Perugia), e una raccolta di pubblicazioni relative al movimento di riforma anti-istituzionale psichiatrico nazionale e locale.

### **Inizi, durata e stato attuale della ricerca**

La ricerca ha durata biennale con inizio nel 2002.

In una prima fase è stato costituito il gruppo di ricerca che ha provveduto alla raccolta e sistemazione della letteratura esistente, delle tesi universitarie e di altri materiali documentali (rassegna stampa, delibere, verbali di assemblee etc.) sul movimento di riforma anti-istituzionale psichiatrico umbro.

In una seconda fase, a partire da seminario del 16 aprile 2003, sono stati effettuati colloqui con gli informatori, con successiva analisi e deregistrazione delle interviste e si è contemporaneamente proceduto alla ulteriore raccolta di fonti scritte presso archivi pubblici e privati.

### **Risultati conoscitivi e/o operativi**

Gli esiti conoscitivi e operativi che la ricerca vuole raggiungere sono così sinteticamente riassunti:

- acquisire i principali elementi conoscitivi del processo che ha condotto alla chiusura dell'ospedale psichiatrico a Perugia e alla costruzione di un'alternativa territoriale;
- ricostruire il quadro complessivo degli eventi, le interazioni tra i soggetti coinvolti, il contesto ideologico di riferimento, al fine di restituire visibilità e spessore al ruolo dell'esperienza anti-istituzionale perugina all'interno del più ampio panorama delle lotte antimanicomiali in Italia e di elaborare strategie di intervento nell'attuale sistema sanitario psichiatrico nazionale e internazionale alla luce della "buona pratica" messa in atto nella regione umbra tra gli anni Sessanta e gli anni Ottanta.
- comunicare i principali risultati raggiunti, attraverso percorsi conoscitivi e formativi rivolti agli operatori psichiatrici e agli amministratori, nonché agli studenti di vario grado;

### **Pubblicazioni e altri esiti di documentazione e comunicazione**

Per un resoconto delle attività compiute nel primo anno di ricerca sarà organizzata una conferenza stampa nel giugno 2004, mentre una ulteriore presentazione dei risultati conoscitivi e dello stato della ricerca è prevista nella primavera del 2005.

Un primo rapporto scritto sull'andamento della ricerca sarà consegnato alla Provincia di Perugia al termine del primo anno di lavoro e successivamente saranno pubblicati articoli su riviste specializzate. Gli esiti finali della ricerca daranno luogo ad un ampio volume.

### **Promozione, patrocini, finanziamenti, organizzazione, direzione, collaboratori**

Il lavoro è stato affidato dall'Amministrazione provinciale di Perugia al gruppo proponente del Progetto, ufficialmente costituito dal dott. Gianpaolo Bottaccioli (psichiatra, allora direttore del Dipartimento di salute mentale della ASL n. 2 della Regione dell'Umbria), dal prof. Ferruccio Giacanelli (psichiatra e storico della psichiatria), dal dott. Pino Pannacci (già assessore alla psichiatria della Provincia di Perugia), dal prof. Tullio Seppilli (antropologo, già professore ordinario di antropologia culturale nella Università degli studi di Perugia), nonché dal dott. Franco Bastianini in qualità di coordinatore della iniziativa per conto della Provincia. Il progetto è stato quasi interamente finanziato dalla stessa Provincia di Perugia.

Per una periodica messa a punto dello stato dei lavori, il gruppo di ricerca si è riunito a Perugia presso la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute e a Bologna presso l'Istituzione Gianfranco Minguzzi della Provincia di Bologna.

*Responsabile amministrativo:* Franco Bastianini, funzionario della Provincia di Perugia.

*Direttore scientifico:* prof. Tullio Seppilli (presidente della Fondazione Angelo Celli, già professore ordinario di antropologia culturale nella Università degli studi di Perugia).

*Gruppo di ricerca:* dott. Carlotta Bagaglia, dott. Sabrina Flamini, dott. Massimiliano Minelli, dott. Chiara Polcri.

### **Contatti per ulteriori informazioni**

dott. Sabrina Flamini, dott. Chiara Polcri, prof. Tullio Seppilli: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, strada Ponte d'Oddi, 13 - 06125 PERUGIA - tel. e fax 075.41508 - e.mail [fondazionecelli@antropologiamedica.it](mailto:fondazionecelli@antropologiamedica.it)





## 06. Recensioni

### *Demoni e streghe fra liturgia, politica e giurisdizione negli studi storico-antropologici ungheresi contemporanei sull'Europa centro-orientale*

Giovanni Pizza

**Éva Pócs (curatore), *Demonológia és boszorkányság Európában [Demonologia e stregoneria in Europa], L'Harmattan - PTE Néprajz Tanszék, Budapest, 2001, 397 pp. (Studia Ethnologica Hungarica, 1).***

Il volume raccoglie, per la cura di Éva Pócs (antropologa, professore presso il Dipartimento di etnografia e antropologia culturale dell'Università di Pécs, Ungheria) saggi di storici e antropologi sul rapporto fra stregoneria e demonologia in Europa, a partire dalle fonti dei processi alle streghe fino alle inchieste etnografiche contemporanee sulle pratiche stregoniche in Ungheria e in tutta l'Europa centro-orientale. Si tratta di studiosi appartenenti a un gruppo di ricerca fondato, diretto e coordinato da Éva Pócs e Gábor Klaniczay presso l'Istituto di etnologia dell'Accademia ungherese delle scienze. Pócs, antropologa, e Klaniczay, storico, collaborano da diversi decenni, mettendo a frutto le proprie competenze di storia, antropologia ed etnografia, in un lavoro comune sulle origini della stregoneria nell'Europa centro-orientale che ha fornito spesso la base documentaria per lo sviluppo di alcune interpretazioni nuove; ad esempio, il noto studio di Carlo Ginzburg sulle origini del sabba, in diversi casi prende le mosse proprio dagli scritti di Klaniczay e di Pócs. Fin dal 1983, infatti, i due studiosi hanno scoperto, nel quadro delle ricerche condotte sulle origini della stregoneria, elementi di uno "sciamanismo europeo marginale".

Negli ultimi quindici anni il lavoro del gruppo di storici e antropologi da essi diretto, si è indirizzato allo studio interdisciplinare delle fonti d'archivio relative ai processi di stregoneria in Ungheria. Obiettivo principale del gruppo, come scrive Pócs nell'*Introduzione*, è stata la «ricostruzione della mentalità, della visione del mondo e dei sistemi di credenze delle comunità rurali e urbane in epoca moderna attraverso l'analisi della stregoneria: il sistema di credenze popolari "centrale" in quel periodo». Sui processi e le accuse di stregoneria l'Ungheria offre una quantità di materiali documentari di grande ampiezza, anche rispetto ad altre aree dell'Europa centrale e orientale. Ciò si deve in primo luogo ai lavori svolti all'inizio del Novecento da Andor Komáromy e, negli anni Sessanta da Ferenc Schram, autori di ampie raccolte e indicizzazioni di fonti archivistiche sulla persecuzione delle streghe in Ungheria. Rispetto a queste prime raccolte, però, il gruppo di studiosi ungheresi ha moltiplicato nelle proprie ricerche la quantità di materiali, pubblicandoli in edizioni filologiche nella loro interezza, nonché avviando studi storico-antropologici teoricamente aggiornati su tematiche specifiche: le dimensioni estetiche, demonologiche, sciamaniche, o di

possessione della stregoneria; le figure specifiche di maghi, terapeuti, o streghe, lupi mannari ed esseri fantastici a carattere magico-stregonico; il rapporto natura-cultura, macrocosmo-microcosmo, nell'immaginario stregonico; la funzione del sogno e delle tecniche di mediazione con il soprannaturale, ecc. Si è cioè avviato da tempo un ampio lavoro collettivo di classificazione, interpretazione e studio monografico su queste fonti, che ha interessato anche paesi vicini quali la Germania, la Croazia, la Slovacchia, la Romania. In particolare le ricerche attuali riguardano la Transilvania, in Romania. Diversi volumi che raccolgono tali fonti sono stati già editi e altri sono in preparazione, componendo una messe di materiali di enorme portata, riordinata anche attraverso l'uso di appositi database.

Una delle direzioni scientifiche principali scelta nei lavori di questi studiosi su tale documentazione riguarda l'esame di questioni connesse alla storia legale: la caccia alle streghe in Ungheria e le accuse rivolte alle streghe, così come appaiono riflesse nelle carte processuali. Vengono esaminate la storia, le statistiche e la distribuzione spaziale e cronologica della persecuzione in modo da ricostruire una minuta mappatura storico-territoriale delle diverse ondate persecutorie. Dal punto di vista degli studiosi che, su temi analoghi, hanno lavorato in Europa occidentale, tali materiali non possono che risultare di grandissimo interesse, poiché essi riaprono e riarticolano in maniera spesso sorprendente questioni che apparivano già definite se non risolte, oppure, talora, confermano aperture e ipotesi interpretative formulate a partire dai dati occidentali. Ciò accade in particolare perché l'Ungheria si colloca come territorio di confine fra Cristianesimo orientale e occidentale.

Di particolare interesse appare la riflessione sulla dialettica fra le forme della persecuzione istituzionale e la vita sociale delle credenze stregoniche. Questi lavori mostrano non solo che le forme "popolari" della stregoneria potevano ben vivere da sole e in "autonomia" nei territori europei rimasti immuni dalla persecuzione (come ad esempio in Romania), ma anche che nei siti interessati dalla persecuzione – tra i quali l'Ungheria – «esisteva una interazione molto stretta tra i conflitti popolari e il sistema di credenze, da un lato, e tra il sistema legale istituzionalizzato, il sistema ideologico della persecuzione e le dottrine teologiche della "strega eretica" dall'altro» (Éva Pócs, p. 340). Come scrive acutamente Pócs: «Non possiamo esaminare la forma "pura" delle credenze stregoniche popolari indipendentemente dalla persecuzione semplicemente perché non abbiamo altre fonti di esse se non quelle dei documenti ufficiali della persecuzione. Nella nostra ricerca, maneggiamo la stregoneria e la persecuzione stregonica come fenomeni globali europei osservandoli accanto ai sistemi locali, ed è l'interazione fra i due che solleva i problemi più interessanti» (ibidem).

Il volume contiene otto saggi, preceduti da un'ampia *Introduzione* della curatrice, i cui titoli sono indicati nell'indice riportato in calce a questa recensione.

Nel saggio di Ülo Valk, vengono discusse le influenze della demonologia teologica sulle pratiche folkloriche religiose. Lo studio si basa su una rigorosa ricerca condotta sulle collezioni di manoscritti conservati presso gli Archivi del folklore estone, a Tartu (Estonia). Si tratta di testi che vanno dal XIX al XX, ma vengono utilizzate anche fonti derivanti dai processi di stregoneria condotti in Estonia come le predicazioni contro la stregoneria conservate nelle raccolte di sermoni del XVII secolo. L'Autore si sofferma sulle metamorfosi che la figura del diavolo subisce nei passaggi dalla teologia alla pratica popolare. Vengono evidenziate le vicinanze e le differenze fra la stregoneria immaginata dai teologi e quella praticata nella quotidianità popolare. Se per i teologi la stregoneria non è una qualità della persona, in quanto essa si ottiene solo

attraverso il patto con il diavolo, nelle pratiche popolari invece streghe e stregoni non hanno affatto bisogno dell'aiuto del diavolo. Al tempo stesso la figura del diavolo viene considerata come il maggior contributo fornito dalla demonologia cristiana alle pratiche religiose popolari in Estonia.

Gábor Klaniczay affronta invece lo studio delle opere del celebre demonologo domenicano Johannes Nider (1380-1438), uno degli ecclesiastici tedeschi più importanti del XV secolo. In particolare Klaniczay analizza il trattato *Formicarius* terminato intorno al 1435 e apparso in diverse edizioni, incunaboli e manoscritti, negli anni successivi. Si tratta di un'opera la cui importanza si evince se si tiene conto che fu la fonte principale da cui trasse ispirazione il celebre manuale demonologico *Malleus maleficarum*. Klaniczay seleziona un campione rappresentativo di storie dal testo, sottolineando la valutazione teologica che Nider fornisce riguardo alla credibilità dei fenomeni di trance e di apparizione connessi alla stregoneria. Il quadro della riflessione di Klaniczay si incentra su un importante confronto con le teorie antropologiche dei rapporti fluidi fra stregoneria, possessione, sciamanismo e costruzione della santità nell'Europa tardomedievale. I poteri di cui sono accusate le streghe vengono confrontati, sulla base del trattato analizzato, con quelli che rendono i santi cristiani figure dotate di qualità sovranaturali. In tal modo la riflessione sulla genesi e lo sviluppo della immagine del sabba stregonico si concentra sui temi della visione e della trance – divina e diabolica – e riarticola su di essi la complessità del rapporto fra élite e classi popolari.

La ricerca di Ildikó Kristóf si basa su una analisi delle fonti relative alla città di Debrecen e studia minutamente le tensioni e i conflitti locali che sottendono il ricorso alle pratiche stregoniche. In tal modo la studiosa evidenzia le circostanze in base alle quali il meccanismo stregonico viene attivato: momenti, cioè, di particolare conflitto di interessi. Lo studio si incentra appunto su una città, Debrecen, che nei secoli XVI-XVII era il più importante centro di scambi mercantili dell'Ungheria, e al tempo stesso la seconda città ungherese dopo Kolozsvár (che attualmente è Cluj-Napoca, in Romania). Tra il 1575 e il 1759 a Debrecen vi furono ben 147 processi di stregoneria.

Segue il saggio di Éva Pócs, del quale tratteremo alla fine di questa recensione.

Anche nei due saggi di Péter G. Tót il tema centrale affrontato coglie la stretta interazione fra "alto" e "basso", fra "élite" e "popolo". Nel primo saggio, l'Autore esamina la struttura delle narrazioni relative al maleficio operato dalle streghe, a partire dalle testimonianze delle "vittime" emergenti dai documenti. Da questi racconti emerge, secondo l'Autore, una graduale antropomorfizzazione della credenza nella stregoneria, nel senso che si comprende come la ricerca delle cause di varie calamità e i conflitti di ordine sovranaturale si trasformino progressivamente in accuse di stregoneria contestualizzate nei conflitti sociali locali. Nel secondo saggio l'analisi si rivolge ad alcuni meccanismi legali relativi al rafforzamento delle leggi antistregoniche. Se altri studiosi hanno mostrato come nel caso del sabba e del patto col diavolo gli inquisitori attingessero a piene mani ai repertori folklorici, in questo caso lo studio di una specifica pratica, l'ordalia attraverso l'acqua, da parte degli agenti istituzionali della persecuzione, si rivela direttamente come un "prestito" popolare concesso agli inquisitori: inizialmente pratica connessa alla magia di fertilità ovvero alle pratiche per favorire la pioggia. L'ordalia aveva origini antiche: essa consisteva nel fatto che, gettate nella corrente di un fiume le perone sospettate di un grave crimine, se riuscivano a tornare alla riva nuotando erano considerate innocenti, quelle che invece annegavano nelle correnti erano considerate colpevoli. Nelle litur-

gie giuridiche della persecuzione, questa pratica si trasforma nel “nuoto delle streghe”, l’ordalia, cioè, viene utilizzata come un metodo per identificare le streghe: la prova del sospetto di stregoneria era l’assenza di peso del corpo della strega, segno del fatto che essa era posseduta dal demonio.

Melinda Égető prende in esame una delle accuse di stregoneria più frequenti nei processi tenuti in Europa centrale fra il XVI e il XVII secolo: la distruzione dei raccolti attraverso la produzione di tempeste e brine. La potenza di governare le condizioni meteorologiche viene qui esaminata a proposito delle accuse di distruzione dei raccolti di uva nelle colline ungheresi coltivate a vigneto. A partire dalla analisi delle regole comunitarie e delle leggi scritte relative alla coltivazione delle vigne in epoca feudale, Égető esamina alcuni codici transdanubiani del XVIII secolo nei quali si intimava l’espulsione dai villaggi sulle colline delle vigne di persone dotate di poteri magico-stregonici. Lo studio mostra come le colline dei vigneti fossero mondi circoscritti, sia nel senso geografico, sia nel senso legale ed economico. Lo statuto legale dei vigneti era infatti separato da quello dei villaggi e si configurava come uno spazio soggetto a molte proibizioni in opposizione allo spazio aperto dei centri abitati. Solo coloro che possedevano vigne potevano entrare nell’area dei vigneti sulla collina: spazio insieme proibito e desiderato la collina delle vigne era destinata a configurarsi come un *fairy place*, terreno fertile per le credenze in vari esseri mitici, e in quanto tale appare menzionato nelle fonti dei processi di stregoneria.

Un articolo che spiega l’importanza di specifici programmi informatici nel trattamento dei dati dei processi di stregoneria conclude il volume.

Come si vede si tratta di un panorama di ricerche storico-antropologiche in cui la stregoneria viene affrontata da diversi punti di vista: economici, liturgici, teologici, politici, giuridici. Aspetti che costantemente testimoniano della impossibilità di separare la storia delle élite e le vicende istituzionali dalle pratiche e dai saperi quotidiani delle classi popolari. E che parlano anche dell’intreccio fra significati culturali e pratiche sociali.

Nel quadro di tali ricerche, i collegamenti effettuati da Éva Pócs nel suo saggio, fra l’analisi documentaria delle testimonianze “popolari” nei processi di stregoneria e il vasto materiale studiato nei repertori folklorici e aggiornato in campagne di ricerca etnografica tuttora attive per lunghi periodi nei villaggi ungheresi al confine con la Romania (o proprio interni alla attuale Transilvania romena), hanno consentito a questa studiosa di riformulare in maniera innovativa e originale le questioni del rapporto fra elementi sciamanici, figure della possessione, teorie demonologiche e pratiche della stregoneria nell’Europa centro-orientale. In particolare, Pócs ricostruisce i modelli culturali della possessione mostrando come essi risultino interni sia alle logiche del cristianesimo orientale sia alle pratiche delle culture popolari: l’osservazione etnografica dell’azione rituale degli stessi sacerdoti ortodossi, operatori di vere e proprie pratiche stregoniche – e non solo dunque esorcistiche – interne alla stessa liturgia, supera di gran lunga ogni residua distinzione fra “colto” e “popolare”. In molti villaggi transilvani, infatti, il prete ortodosso “ufficialmente” invia a terzi, su richiesta dei fedeli, “benedizioni” o “maledizioni”, secondo una pratica un tempo attiva anche nel cristianesimo occidentale, ma oramai qui scomparsa e anzi proibita da molti secoli. Per approfondire questi rapporti tra fonti dei processi e pratiche contemporanee – e per esaminare anche l’impatto della demonologia cristiana e delle teologie sulle pratiche stregoniche popolari – Éva Pócs è ora impegnata in una campagna di approfondimenti etnografici che coinvolge un numero sempre crescente di giovani studio-

si, e che ha come esiti annuali ampi rapporti di studio e di ricerca, che puntualmente sfociano in vaste raccolte di lavori scientifici, del tipo di quella qui recensita.

[Sempre in riferimento alla produzione scientifica sulla stregoneria in Ungheria, cfr. in *AM*, n. 7-8, ottobre 1999, rispettivamente alle pp. 382-389 e alle pp. 404-405, la recensione di Giovanni Pizza e la scheda di lettura di Marinella Lörinczy a due precedenti volumi della stessa Éva Pócs].

**Indice.** Éva PÓCS, *Bevezető: egy munkaközösség tizenöt éve* [Introduzione: quindici anni di un gruppo di ricerca] / Valk ÜLO, *Az észt népi vallás és a keresztény demonológia kapcsolatai* [Sulle connessioni fra la religione popolare in Estonia e la demonologia cristiana] / Gábor KLANICZAY, *Transz és szkepticizmus Johannes Nider Formicarius című tractátusában* [Trance, apparizione e scetticismo nel *Formicarius* di Johannes Nider] / Ildikó KRISTÓF, *“Bűvös-bájos varázslók” vagy “a Sátán sáska farkú katonái”: demonológiai elemek a 16-17 századi debreceni református irodalomban* [“Stregoni affascinatori” ovvero i “Soldati di Satana dalla coda di locusta”: elementi di demonologia nella letteratura calvinista stampata a Debrecen nel XVI e XVII secolo] / Éva PÓCS, *Démoni megszállottság és ördögűzés közép-kelet-európai népi hiedelemrendszerekben* [Possessione diabolica ed esorcismo nelle culture popolari dell'Europa centro-orientale] / Péter G. TÓTH, *“Mit tud, látott, avagy hallott azon tanú?” Tanúvallomások és maleficium-narratívok a magyarországi boszorkányperekben* [“Cosa ha visto o sentito quel testimone?”. Testimoni e narrazioni di maleficio nei processi di stregoneria in Ungheria] / Melinda ÉGETŐ, *Boszorkányszombat a szőlőhegyen. A szőlőhegy elkülönítettségének tükröződése a népi mentalitásban* [Il sabba delle streghe sulle colline dei vigneti. Riflessioni sulla mentalità folklorica riguardo lo status separato, legale ed economico, delle colline coltivate a vigneto] / Péter G. TÓTH, *Folyampróba – liturgikus vízpróba – boszorkányfüröszítés. Istenítéleti eljárások a boszorkányperekben* [Ordalia del fiume – processo liturgico attraverso l'acqua – nuoto delle streghe. Procedure di ordalia nei processi di stregoneria] / Gábor KLANICZAY - Éva PÓCS - Péter G. TÓTH - Robert WOLOSZ, *A Kéeiü-boszorkánypere-adatbázis* [Il database Kéeiü sui processi di stregoneria].

*“Uscire dalla notte”: una monografia etnografica sullo sciamanismo nella Siberia settentrionale*

Giovanni Pizza

**Jean-Luc LAMBERT**, *Sortir de la nuit. Essai sur le chamanisme nganassane (Arctique sibérien)*, “*Études Mongoles et Sibériennes*” (Centre d’études mongoles et sibériennes / Anda, Paris), n. 33-34, 2002-2003 [2003, 565 pp.].

Negli ultimi dieci anni lo sviluppo di numerose ricerche sulle tematiche del neo-sciamanismo, ovvero delle forme di revitalizzazione urbana delle pratiche sciamaniche connesse a filosofie new-age e alle nuove tendenze internazionali del mercato medico-culturale e religioso, pur producendo risultati interessanti, ha talvolta fatto temere una più o meno definitiva “sparizione” dello sciamanismo “classico”. Ciò è dovuto a diversi fattori: innanzitutto, la notevole visibilità pubblica di tali ricerche, che va ben oltre la comunità scientifico-accademica; inoltre, la problematicità sempre maggiore dell’uso della categoria “sciamanismo”, che ha portato, in tempi ancora più recenti, a svolgere etnografie a partire da una idea di dispersione dello stesso oggetto di ricerca: lo sciamanismo non viene considerato come una struttura religiosa autonoma, e ancor meno come religione *tout court*; piuttosto esso si dissolve come categoria e viene osservato etnograficamente nella dispersione delle sue pratiche rituali e ordinarie. Studi molto importanti, ma che, da un lato, rispetto ai lavori di impostazione “classica” e a quelli neo-sciamanici, hanno talvolta sofferto di una minore incisività nel dibattito pubblico; dall’altro lato, hanno, loro malgrado, favorito la diffusione dell’idea di una sparizione dello sciamanismo “proprio” (cioè quello dell’Asia centrosettentrionale), solo perché questo veniva osservato secondo criteri del tutto rinnovati. Queste questioni nascono dalle difficoltà di popolarizzazione nel dibattito pubblico dei risultati derivanti dalla ricerca scientifico-accademica contemporanea di impostazione critica. Va detto anche che gli approcci critico-culturali mostrano tuttora limiti nel trasferire l’efficacia delle loro acquisizioni teoriche (e lo stesso sapere locale attinto dalle etnografie) nel dibattito pubblico, laddove la letteratura neo-sciamanistica, quella in cui per intenderci l’antropologo sciamanizza e invita i lettori a seguirlo nelle sue sedute, vive momenti di buon successo commerciale e mediatico. Eppure la ricerca antropologica sulle forme dello sciamanismo contemporaneo (neo o classico che sia) non cede il passo, anzi è più viva che mai e si fa tanto più interessante quanto più tende a problematizzare il carattere dinamico e processuale delle pratiche rituali sciamaniche, svelandone la profondità storica e i significati sociali, culturali e politici riflessi nei complessi dispositivi mitico-rituali.

La testimonianza più recente della vitalità degli studi antropologici in questo settore ci è data da una imponente monografia di circa seicento pagine sullo sciamanismo siberiano, appena uscita in Francia come numero monografico della rivista “*Études Mongoles et Sibériennes*”. L’Autore di *Sortir de la nuit*, l’etnologo Jean-Luc Lambert, è lo specialista francese degli Nganassani. La sua opera si inquadra nella prestigiosa scuola di studi sciamanistici dell’École pratique des hautes études di Parigi, avviata dal lavoro di Roberte Hamayon (di cui ricordiamo l’importante opera sullo sciamanismo siberiano *La chasse à l’âme. Esquisse d’une théorie du chamanisme sibérien*, Société d’Ethnologie, Nanterre, 1990, 880 pp. (Mémoires de la Société, 1)). I Nganassani sono una popolazione samoieda che abita la vasta penisola artica del Taymir, nella

Siberia nord-occidentale. Fatta eccezione per gli Inuit di Thule, questa popolazione viene ancora indicata nelle fonti come la più settentrionale del mondo, poiché nel loro nomadismo i Nganassani si spingono ben al di là del circolo polare, tra il 71° e il 76° parallelo. Ma la ricerca di Lambert mostra come questo presunto isolamento sia smentito dalla storia di questo popolo e dalla complessità delle sue pratiche sciamaniche, che appaiono profondamente intrecciate, nel loro sviluppo, a una antica rete di relazioni socio-culturali e commerciali. Seguiamo il volume nella sua struttura e nei suoi contenuti affinché quanto detto ci appaia più chiaro.

Dopo una breve annotazione sulla lingua nganassana, il volume si apre con un'ampia introduzione (pp. 21-97), seguita da una breve premessa sul sistema nganassano di orientamento spaziale, fondamentale per comprendere il loro sciamanismo. L'introduzione è interamente dedicata a una descrizione storico-etnografica di questa popolazione poco nota in Occidente. Si parte dai dati archeologico-linguistici relativi ai primi insediamenti abitativi risalenti a circa seimila anni fa; per giungere poi a un'articolata ricostruzione della colonizzazione e della cristianizzazione; si esamina la struttura sociale, fino a delineare gli elementi fondamentali del sistema matrimoniale e del ciclo rituale, non senza utili riferimenti alla storia di un'economia di cacciatori della tundra siberiana e allo sviluppo del commercio. Concludono l'introduzione: un'analisi delle trasformazioni prodotte nel periodo sovietico e un quadro degli Nganassani di oggi, con una presentazione della ricerca etnografica e degli importanti contributi scritti, storici, etnografici e archivistici, disponibili.

Dopo l'introduzione – già di per sé un libro – il volume si sviluppa in due parti, ciascuna divisa in quattro capitoli. La divisione riflette il carattere duale individuato nello sciamanismo locale: il ciclo della natura e della vita, ovvero l'alternanza fra il giorno e la notte, la nascita e la morte, un simbolismo interno al sistema sciamanico e al sistema matrimoniale nganassani e caratterizzante anche il sistema di orientamento spaziale.

La prima parte, intitolata *Vers le soleil*, si apre, nel primo capitolo, con la descrizione storico-etnografica della festa annuale, organizzata dai tre principali gruppi nganassani (Avam, Taimyr e Vadeev) in occasione della fine della lunga notte polare (che dura circa due mesi e mezzo), nella seconda metà del mese di gennaio. Si tratta di un rituale di larga scala che può durare anche nove giorni. I giovani danzano su di un lago ghiacciato, mentre lo sciamano incaricato di svolgere il rituale si reca all'interno della capanna cerimoniale, costruita per l'occasione. Nel primo giorno egli entra nella capanna della "purezza", tale perché in essa non possono penetrare le anime dei morti. Vi entra tenendo tra le mani una canna d'acciaio e con gli occhi bendati, oggetti che nello sciamanismo samoiedo sono gli attributi con i quali lo sciamano dovrebbe recarsi nel regno dei morti. Eppure, al contrario, in questa occasione la sua entrata nella capanna significa che egli sta abbandonando il mondo dei morti. Lo si comprende nel secondo capitolo, in cui viene affrontata la questione delle "nozze sciamaniche". La possibilità di un eventuale matrimonio dello sciamano viene discussa e rappresentata nel rituale attraverso riferimenti mitologici al sole e alla luna, cui sono associati sia la cerimonia annuale sia i rituali matrimoniali. Centrale nella mitologia nganassana la figura della "figlia del sole", eroina che fonda la civiltà donando i beni primari del calore e della luce. Nel momento in cui lo sciamano evoca lo spirito della figlia del sole, elencandolo tra i suoi aiutanti, la festa diventa una celebrazione delle sue nozze con questo mitico personaggio femminile. Nel capitolo terzo vengono prese in esame le narrazioni autobiografiche degli sciamani, raccolte dall'Autore. At-

traverso tale analisi si comprende in che modo sia plausibile immaginare che lo sciamano possa sposare la figlia del sole, un'essere fantastico. Tutte le storie biografiche, infatti, appaiono narrate a partire dal racconto di un sogno, e in tutti i casi emerge che gli sciamani sono stati concepiti da particolari spiriti. Inoltre si comprende che anche lo sciamano neofita, per orientarsi nel mondo degli spiriti, dovrà acquisire un nuovo corpo immateriale, rappresentato dalla sua veste rituale. E dovrà dare la caccia agli spiriti-renne perché gli donino il tamburo. Solo dopo aver ucciso uno spirito-renna egli potrà sposare la donna-spirito. Nella realtà sociale del rito avviene infatti che i giovani celibi nei giorni della grande festa danzano proprio per corteggiare le loro future spose. Nel capitolo quarto, emerge il problema del rapporto con gli spiriti degli antenati. Ritenuti dagli sciamani i loro spiriti più importanti, nei racconti questi antenati sono però tutti indicati come esseri fantastici e mitici. Il capitolo si conclude con una domanda che apre la seconda parte del volume: perché gli sciamani non annoverano tra gli spiriti aiutanti i loro antenati reali, anch'essi sciamani ben noti nella storia locale? La risposta risiede nelle complesse valenze mitologiche e rituali della morte fra i Nganassani, affrontate nella seconda parte del volume.

La seconda parte, intitolata *Loin des morts*, è dedicata ai riti funebri. Il primo capitolo mostra l'importanza del ruolo dei morti nella società nganassana, in particolare rispetto alle teorie della malattia e della sua cura. Nell'universo religioso nganassano, le malattie sono attribuite egualmente alla responsabilità delle ombre e dei morti, o a figure impersonali semi-umane, dette *barus'i*, anch'esse associate alla morte. Si tratta di spiriti semi-umani che svolgono una funzione centrale nello sciamanismo femminile, in particolare quando sono considerati come esseri femminili capaci di rubare il respiro: si tratta di vere e proprie metà, ombre spirituali in grado di sottrarre l'ombra reale a una persona in carne e ossa, col risultato di ridurre la vitalità e la forza fino a farla morire rubandole il respiro. La cura dello sciamano consiste nel recuperare il maltolto, attraverso un viaggio verso il nord, nel mondo dei morti, per restituire l'ombra, ovvero il respiro vitale, alla persona derubata. Nel capitolo secondo, dedicato allo studio delle figure di spiriti (classificate come esseri dell'est e dell'ovest), vengono presi in esame alcuni miti che sviluppano ulteriormente le concezioni del rapporto fra i vivi e i morti. Questi miti sostengono la possibilità che i morti recenti possano tornare, e al tempo stesso l'impossibilità di resuscitare quei morti che siano già stati incorporati nell'aldilà, concepito come una società parallela e invisibile. A partire da altri miti che associano le figure *barus'i* ai viventi (in particolare quando queste figure assumono una funzione protettiva contro "Il Dio dei Russi"), l'Autore ritiene che questo sistema di relazioni configuri una forma di scambio simbolico quotidiano fra i vivi e i morti, schema che sottende le logiche dello sciamanismo nganassano. Dopo l'analisi dei viaggi simbolici verso il nord (la terra dei morti) e verso il Sud (cioè verso il sole), il capitolo terzo segue i movimenti mitici dello sciamano compiuti dall'est all'ovest, un asse connesso alla presenza di spiriti del vento e delle tempeste di neve. Viaggi ricostruiti attraverso un'analisi etnografica e strutturale dei miti e dei loro riferimenti simbolici, sociali e politici: molti miti parlano infatti di figure giovanili che devono superare difficili prove per diventare infine "bravi operai sovietici". Ma gli spiriti dei morti non sono gli unici responsabili nel divorare i vivi sottraendo loro il respiro. Nel quarto e ultimo capitolo viene studiata una figura mostruosa, un orco che si oppone a *D'ajkü*, il trickster nganassano, la cui storia si sviluppa in un ciclo di dieci racconti. Appare interessante il fatto che le avventure del trickster *D'ajkü* siano esaminate attraverso una comparazione con i cicli narrativi popolari europei, in modo da evidenziare – dal punto di vista della rigorosa analisi etnografica di una tradizione



sciamanica propria dell'Asia settentrionale – i riferimenti e le analogie relative a tracce sciamaniche europee rilevabili nelle fonti folkloriche. In più occasioni studiosi dello “sciamanismo europeo”, in Europa occidentale, hanno ritenuto che tali tracce siano giunte in Europa proprio seguendo una sorta di “pista siberiana”. Di diverso parere invece, gli studiosi di tracce sciamaniche nell'Europa centro-orientale, meno propensi ad accreditare una idea di migrazioni sciamaniche e attenti invece a cogliere le specificità delle forme di relazione simbolica, materiale e rituale fra i vivi e i morti (si veda ad esempio la recensione del testo curato dalla studiosa ungherese Éva Pócs, in questo stesso volume 15-16 di *AM* alle pp. 561-565).

Ma a tal proposito l'Autore di questa monografia sullo sciamanismo nord-siberiano, ci sorprende con un fondata osservazione: a suo parere in questo caso la pista siberiana è attiva, ma seguendo il percorso opposto: dall'Europa alla Siberia. Secondo l'autore, cioè, tali cicli narrativi tricksterici seguono proprio moduli narrativi di origine europea, adattati alla tradizione sciamanica nganassana, che li trasforma completamente. Il mito di *D'ajkü* è centrale in questo contesto. Un mito che parla di incesto e morte del padre, come nell'*Edipo* di Sofocle. Ma mentre nella tragedia greca il re divino purificatore e salvatore del proprio popolo diventa poi un capro espiatorio espulso dalla sua città, il mito nganassano si struttura in maniera diversa: all'interno del sistema sciamanico esso serve a ricordare che il divieto dell'incesto è fondamentale per lo sciamano ai fini dell'efficacia del rito e dell'ottenimento del suo obiettivo: sposare la figlia del sole affinché il popolo nganassano ritrovi la luce e possa infine uscire dalla notte artica.

Il volume si conclude con un'appendice sulla organizzazione degli accampamenti nganassani secondo i censimenti del 1926-1927, avviati dal governo sovietico a pochi anni dalla rivoluzione bolscevica. Un testo che getta una luce sui riferimenti storico-politici impliciti nei rituali sciamanici analizzati, relativamente al rapporto fra i Nganassani e il potere statale sovietico, riferimenti importanti, evocati nel corso del volume negli intrecci fra le diverse edizioni della festa annuale e le vicende politiche. Tali connessioni appaiono ricostruibili a partire dalla letteratura etnografica russa e dai documenti storici, utilizzati dall'Autore, sugli sviluppi dello sciamanismo nganassano nel tempo. Questioni importanti, queste ultime, cui forse l'intensa etnografia di Lambert avrebbe potuto dedicare uno spazio maggiore.

## *Mali e rimedi di montagna: un incontro sulla medicina nelle Alpi*

Alessandro Lupo

**Giovanni KEZICH - Tullio SEPELLI (curatori), *Saperi terapeutici tradizionali nell'arco alpino. Atti di SPEA6 (Seminario permanente di Etnografia Alpina - 6° ciclo) 2001, "SM. Annali di San Michele", n. 16, 2003 [Museo degli Usi e Costumi della Gente Trentina - Società Italiana di Antropologia Medica, San Michele all'Adige, 2003], 382 pp.***

L'area montuosa delle Alpi combina la duplice caratteristica di costituire un ambiente non facile all'accesso e all'insediamento umano e che tuttavia, pur separando regioni e popoli assai diversi, è da sempre stato per essi un punto di passaggio obbligato e un luogo d'incontro, scambio e ibridazione. Lo studio delle culture che nei diversi segmenti dell'arco alpino si sono sviluppate, adattandosi all'ecosistema e alle peculiari modalità di insediamento, sussistenza e organizzazione sociale, dimostra certo la conservatività di una popolazione fortemente stanziale, ma al contempo rivela la ricca pluralità di apporti lasciati dai continui flussi di persone che per i più svariati motivi le hanno visitate o attraversate coi loro beni e le loro tradizioni. Tanto più che nel corso degli ultimi due secoli si sono profondamente trasformati le funzioni e gli usi della montagna, così come la percezione, la valutazione e la rappresentazione di essa da parte della società europea. Per chi guardasse oggi alle Alpi come a un'area culturale peculiare e omogenea, riuscirebbe difficile rinvenirvi dei tratti esclusivi che fungano da chiari denominatori comuni: consapevoli di ciò, i curatori di questo corposo volume – che raccoglie gli atti di un convegno organizzato nel 2001 presso il Museo di San Michele all'Adige – hanno scelto come titolo-argomento i “Saperi terapeutici tradizionali *nel* [e non *del*] l'arco alpino”; e infatti la lettura dei numerosi saggi in esso contenuti – opera di una trentina fra antropologi, storici, folkloristi, linguisti, medici, farmacologi e biologi – produce una sensazione in cui l'eterogeneità delle realtà osservate e delle prospettive disciplinari da cui le si esamina prevale nettamente sulla convenzionale unitarietà della regione in oggetto. Non che manchino evidenze di come le caratteristiche dell'ambiente alpino abbiano influenzato la realtà sanitaria degli abitanti e i loro saperi intorno alla costellazione corpo-salute-malattia-terapia; ma nelle conoscenze e nelle pratiche che i saggi illustrano vi è assai poco che non sia possibile rinvenire anche in altre aree d'Europa o del mondo e che non rifletta l'eclettismo e la permeabilità che un po' ovunque caratterizzano l'atteggiamento di chi, da non specialista, affronta i problemi della salute. Emblematico a questo riguardo mi è parso l'esempio della cura della sciatica fornito da F.J. Haller, che, pur presentandosi come un tipico caso di terapia empirica popolare, ben riassume la diversità degli attori e delle tradizioni oggi presenti nella regione alpina: la tecnica, basata su una forma di cauterizzazione, è stata appresa dal guaritore altoatesino in Corsica, da un contadino che a sua volta l'aveva imparata in India, e nel caso osservato è stata applicata a un paziente olandese.

In realtà lo stesso concetto di “saperi tradizionali” non esaurisce l'ampia varietà di fenomeni che ricadono sotto l'attenzione degli Autori: se per un verso si dedica ampio spazio ai ricchi e diffusissimi saperi erboristici e alle molte forme assunte dai tentativi di preservare la salute con interventi che chiamino in causa la sfera extraumana e alle concezioni che li ispirano, per un altro si prendono in considerazione (pertinentemente) figure di naturalisti, medici, farmacisti e imprenditori la cui matrice

culturale non è certo riconducibile alla sfera “popolare”; a riprova del fatto – ormai abbastanza scontato, almeno in ambito europeo – che i flussi delle conoscenze legate alla sfera della salute hanno da secoli attraversato in più direzioni i territori e le classi sociali, producendo intrecci complessi la cui dichiarata efficacia non è semplice valutare.

Anche se attualmente la situazione è profondamente cambiata, dai diversi contributi del volume emergono con chiarezza le caratteristiche dell’ambiente alpino che in passato hanno più influenzato le condizioni di benessere e malessere degli abitanti, nonché le risorse e le tecniche a loro disposizione per preservare e ripristinare la salute: i rigori del clima, le asperità del terreno e la laboriosità della produzione hanno influito su patologie, dieta e costituzione delle popolazioni locali, mentre la difficoltà degli spostamenti, l’esiguità e la dispersione della popolazione hanno prodotto isolamento e scarsità di risorse terapeutiche, oltre a disagi psico-sociali di rilevante impatto; parallelamente, i medesimi fattori hanno favorito la sperimentazione e la valorizzazione delle abbondanti risorse fitofarmacologiche locali, la preservazione e la capillare distribuzione dei saperi terapeutici e delle capacità di autocura, nonché la stessa rilevanza delle pratiche preventive e curative di carattere simbolico.

Non disponendo dello spazio per illustrare singolarmente i 24 contributi dell’opera, mi limiterò a segnalare i principali nodi tematici che essi affrontano, soffermandomi sugli esiti che mi sono parsi più originali e ricchi di spunti per le indagini a venire, considerato che il convegno che dà origine al volume non è stato che una prima e promettente occasione di incontro e confronto. Pur nella diversità di competenze e prospettive degli autori, l’importanza e la ricchezza di impieghi terapeutici della flora alpina emergono come un topos ricorrente, che agli occhi tanto del mondo esterno quanto degli stessi montanari (e degli studiosi) la configurano come l’elemento più qualificante e “attuale” dei saperi terapeutici tradizionali autoctoni; il che non può comunque far dimenticare che il ricorso alle risorse del mondo naturale con fini curativi ha incluso anche (e ancor oggi in parte include) animali, minerali, acque (nella dieta e ad uso termale) e arie (si pensi ai sanatori e alle asserite proprietà salutari dell’“aria di montagna”). Un sapere, quello fitofarmacologico, sviluppatosi assorbendo rilevanti influssi esterni, e che in tempi recenti ha registrato l’interazione con interlocutori appartenenti alle classi colte, quali i medici condotti (ad esempio i Largajolli della Val di Non trattati da M. Romano), varie tipologie di farmacisti (vedi E. Riva, V. Sironi), o augusti “dilettanti” come il barone Bernardo di Cles (vedi i contributi di B. Bellomaria *et al.*, E. Renzetti - R. Taiani).

Benché la diffusione e il successo delle cure erboristiche si basino in buona parte su principi attivi di comprovata efficacia farmacologica (vedi P.M. Guarrera), la ricostruzione dei contesti d’uso mostra come non di rado la scelta e la posologia delle piante si ispirino a considerazioni di ordine simbolico e si associno strettamente ad atti, comportamenti e parole che integrano sul piano magico-religioso l’azione chimica dei farmaci (vedi M. Pirovano, R.-C. Schüle, V.A. Sironi, D. Isabella, P. Raineri, G. Šebesta, S. Zanier). Assai spesso l’enfasi che oggi si attribuisce alla “scientificità” dei saperi fitofarmacologici tradizionali mette in ombra la natura complessa e polifunzionale dell’intervento terapeutico, che affianca alla somministrazione di sostanze attive la manipolazione per mezzo di simboli della sfera emozionale dei malati e l’intervento sulla rete delle loro relazioni sociali, attuando strategie che debbono proprio alla loro natura olistica l’estensione e la persistenza del loro impiego. Non è un caso che – progressivamente soppiantate dalle tecniche e dai farmaci della sempre

più strutturata e diffusa medicina scientifica per quel che riguarda le patologie organiche acute – le pratiche terapeutiche tradizionali conservino una propria vitalità ed autonomia riguardo agli innumerevoli mali che – perché cronici, incurabili o meno facilmente aggredibili sul solo piano chimico – concedono spazio ad approcci articolati, attenti alla soggettività del paziente, al suo contesto socio-culturale e alla dimensione del significato che si attribuisce alla sofferenza e alle sue cause. Per questo appare datato e stridente, specie nel contesto di un incontro antropologicamente attento alla ricostruzione e all'esame dei contesti storici e culturali, un approccio ai saperi tradizionali che si attardi a discernere ciò che in essi ha "reale efficacia curativa" (V. A. Sironi, p. 125) da ciò che «inficia [...] l'esperienza e la pratica» della medicina popolare, ovvero «credenze, superstizioni, pregiudizi, miti, rituali, iniziazioni e pratiche di magia» (P. Raineri, p. 193). Sono verosimilmente i limiti di una biomedicina arroccata sulla concezione riduzionisticamente organicista di malattia e terapia a lasciare ancora oggi così ampi spazi alle pratiche tradizionali e alle cure non convenzionali (fitoterapie, bagni di fieno, pratiche "naturali" di vario tipo, vedi E. Renzetti - R. Taiani, R. Miori, N. fidov) che, nelle Alpi non meno che altrove, soddisfano l'esigenza di affrontare e combattere il malessere e la sofferenza senza spogliarli del significato e delle valenze morali che sempre accompagnano i fenomeni umani.

Ed è proprio nell'approfondimento delle radici culturali e delle implicazioni psicologiche e sociali dei saperi terapeutici tradizionali che i saggi di questo volume offrono gli stimoli maggiori e le analisi più convincenti: sia quando ricostruiscono figure immaginarie dell'eziologia patologica (come per la *Mora* che nell'Europa centrale slava [dunque non proprio in ambito alpino] insidiava i bambini; vedi G. Maiello) o il campo e le modalità d'azione di operatori rituali che occupavano gli interstizi tra i campi d'azione di medici, sacerdoti ed esorcisti (come i Benandanti friulani esaminati da F. Nardon); sia quando ripercorrono la storia millenaria degli usi terapeutici di un animale diffuso nell'ecosistema montano, come la vipera (vedi I. Sordi), intorno alle cui proprietà si sono succedute nei secoli ipotesi, interpretazioni e indicazioni tanto elaborate quanto diversificate, a riprova di come a volte certi oggetti naturali siano al centro della speculazione umana assai più per ciò che sanno *dire* o *rappresentare* che non per quanto concretamente *fanno* sul piano biologico (nel caso specifico, per le proprietà chimiche del veleno). Un discorso che vale ancor più per il rospo, fino a tempi recenti associato in area alpina con vari aspetti – evidentemente considerati problematici – della femminilità, ovvero la capacità riproduttiva, le potenzialità stregonesche e la possessione. Partendo dall'esame di ex-voto che raffigurano l'utero come un rospo, G. Pizza individua una fitta trama di connessioni simboliche che nell'Europa degli ultimi secoli hanno collegato questo animale alle concezioni della corporeità femminile (incardinata su un organo immaginato come mobile e capriccioso: l'utero) ed alle interpretazioni simboliche della devianza del comportamento individuale (possessione) e sociale (stregoneria); dal saggio risulta con chiarezza come il rospo-utero alpino e mitteleuropeo sia la trasformazione di un'altra celebre metafora animale usata lungo le coste del Mediterraneo nella rappresentazione della corporeità muliebre: il ragno del *mal di matre* e del tarantismo (tra l'altro, l'accostamento di questo articolo con quello appena citato di I. Sordi sulla vipera, con la quale rospo e ragno mostrano non poche affinità, offre ulteriori spunti di approfondimento per l'esame di simili elaborazioni simboliche).

D'altronde, che i discorsi sul corpo e la malattia si basino su un costante e sempre rinnovato uso di metafore lo dimostra anche il saggio di S. Zanier sulla Carnia, ove l'integrazione tra singolo, gruppo sociale e ambiente montano è profondamente sentita

e costantemente richiamata nelle figure retoriche (analogie, metonimie, metafore) che ricorrono nelle formulazioni verbali del malessere; l'analisi del materiale etnografico mostra come le radicali trasformazioni imposte dalla modernità non scardinino o cancellino questi usi, ma ne determinino semmai una efficace riformulazione, nella quale entrano in gioco sia gli spunti ecologistici di una visione dell'habitat alpino come più genuino, incontaminato e armonico, sia la rielaborazione in termini identitari dei saperi erboristici, avvertiti come strumenti per ristabilire un legame di prossimità quasi ontologica tra il corpo individuale e il territorio, cui il primo si sarebbe venuto adattando attraverso una simbiosi di generazioni e generazioni.

Quella degli stretti vincoli degli abitanti fra loro e tra questi e l'ambiente naturale, dei lunghi tempi di interazione tra attori e contesto, è una delle peculiarità che risultano differenziare nettamente la regione alpina dai contesti urbani, tanto che accanto alla continuamente ribadita familiarità delle popolazioni autoctone con i prodotti terapeutici naturali si evidenzia anche la natura qualitativamente peculiare dei rapporti tra pazienti e terapeuti, sia che questi appartengano alla fascia popolare, sia che invece siano esponenti della medicina scientifica: al di là dei numerosi e concordi riferimenti che svariati saggi contengono ai medici e farmacisti di montagna, l'esempio della dinastia dei Largajolli della Val di Non trattato da M. Romano mostra esaurientemente come non sempre la convinta adesione ai principi e alle tecniche della biomedicina confligga con l'attenzione per le soluzioni terapeutiche popolari e con la capacità di personalizzare l'approccio al paziente e alla cura: se l'ambiente alpino in certa qual misura costringe a privilegiare gli aspetti qualitativi e non specialistici del rapporto medico-paziente, la lettura complessiva di questo volume induce a chiedersi se gli evidenti vantaggi (non solo psicologici e sociali, ma anche clinici) di un approccio terapeutico che sia olistico, flessibile e pragmaticamente capace di integrare più strategie terapeutiche non sia perseguibile anche altrove e su più vasta scala. Si tratterebbe di una rivoluzione metodologica non da poco, per com'è oggi impostato l'approccio biomedico; ma non mi pare che all'orizzonte vi siano segni premonitori che lascino presagire un simile cambiamento.

**Indice.** Andrea LEONARDI, *Presentazione* / Giovanni KEZICH, *Le Alpi e le frontiere della salute. Note di introduzione* / Tullio SEPELLI, *Indagare oggi sui saperi terapeutici tradizionali nell'arco alpino. Note di introduzione* / Giuseppe MAIELLO, *Epidemie vampiriche e pratiche apotropaiche nell'Europa centrale slava: l'azione della Mora* / Franco NARDON, *Miti terapeutici: saperi e pratiche curative di ei 'benandanti' nei processi dell'Inquisizione friulana* / Massimo PIROVANO, *Vérmi, donne che segnano, trasmissione dei saperi magico-religiosi. Una ricerca sul campo in territorio lecchese* / Giovanni PIZZA, *Il motivo del rospo-utero. Stregoneria, possessione e metafore del corpo femminile nelle opere dei folkloristi dall'Alsazia alle Alpi orientali* / Daniele RAMPAZZO, *Culti pagani e devozione mariana nelle Prealpi venete. Il santuario e la fonte della Madonna del Cavolo a Crespano del Grappa* / Rose-Claire SCHÜLE, *Accouchements difficiles et chapelles à répit* / Vittorio A. SIRONI, *Medicina popolare lombarda: circolazione dei saperi e delle pratiche di cura tra arco alpino, fascia prealpina e pianura* / Bice BELLOMARIA - Clementina BERDINI - Fabrizio DA TRIESTE - Franco PEDROTTI, *Il barone Bernardo da Cles e la medicina tradizionale del Trentino* / Corrado GRASSI, *Il contributo delle indagini dialettali alla conoscenza dei saperi terapeutici tradizionali. Il caso della flora popolare biellese di Alfonso Sella* / Paolo Maria GUARRERA, *Piante medicinali e medicine alimentari. Un confronto fra tradizioni alpine e appenniniche* / Franz J. HALLER, *Domenico Zampiero brucia la sciatica* / Domenico ISABELLA, *La malattia nel quotidiano di Sauris e la terapia individuale tra convinzioni religiose ed empirismo* / Paolo RAINERI, *Testimonianze di terapeutica popolare*

*in Valtellina e Valchiavenna / Emanuela RENZETTI - Rodolfo TAIANI, Lo studio delle tradizioni terapeutiche in Italia e un modello d'interpretazione per il Trentino / Giuseppe ŠEBESTA, Ricordi di terapeutica popolare nelle valli del Trentino / Italo SORDI, La vipera, il veleno e la terra. Vicende di un farmaco dimenticato / Sonia ZANIER, Il concetto di corpo nella riattualizzazione delle terapie tradizionali / Nena f IDOV, La medicina alternativa in Slovenia con la sua tradizione / Andrea W. D'AGOSTINO, Viaggi lungo l'Adige in tempi di pestilenze / Andrea LEONARDI, L'affermazione dei Kurorte nei territori alpini asburgici / Renato MIORI, Il bagni di fieno fra tradizione e medicina moderna / Ernesto RIVA, Il ruolo degli speziali bellunesi nella storia della botanica farmaceutica / Marco ROMANO, Medici di montagna: i Largajolli di Fondo in val di Non / Vittorio A. SIRONI, Gli infusi erboristici dei 'farmacisti di montagna'. Un modello inesplorato d'imprenditorialità farmaceutica tra Ottocento e Novecento.*

## 07. Schede di lettura

**Robert BUCKMAN**, *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi, con il contributo di Yvonne CASON, presentazione dell'edizione italiana di Elena VEGNI, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003, XII + 219 pp. (Psicologia medica. Collana diretta da Franco DEL CORNO, Margherita LANG, Egidio MOJA).*

Questo libro affronta il tema della comunicazione della diagnosi. L'Autore è oncologo, la sua collaboratrice psicoterapeuta, entrambi docenti all'Università di Toronto. Strutturato in sei capitoli, che vanno dalla questione del "dire o non dire la verità" al paziente, al perché sia difficile dare "cattive notizie", dalla individuazione di un "percorso a sei stadi" nel dare le "cattive notizie", fino alla importanza delle reazioni delle altre persone (familiari e amici del malato), cui deve estendersi l'"ascolto professionale", il volume si inquadra in un genere di letteratura biomedica in cui la questione del "risolvere i problemi" è affrontata attraverso un forte e costante tono prescrittivo, configurandosi come una sorta di "vademecum" per il medico che debba comunicare al paziente la malattia grave. La scelta metodologica e stilistica è dunque quella didattica: sono usate costantemente la prima persona plurale ("noi" intendendo i medici) e la seconda persona plurale ("voi", sempre i medici, categoria alla quale il libro si rivolge), per parlare però di "loro", cioè il mondo dei "pazienti", separati dai medici da un *Great Divide* che il testo vorrebbe contribuire a colmare.

Si tratta di un testo molto interessante, che tocca un tema molto delicato e difficile, ma il lettore antropologo, pur apprezzandone gli obiettivi, non può non rilevare

anche i limiti di tale scelta prescrittiva, proprio perché essa rischia di ridurre l'ampia portata dell'esperienza – dalla quale il volume trae motivazione – soggiacendo alla illusione di una riproducibilità delle interazioni medico-paziente che rischia di costruire un modello idealtipico e di non tenere conto delle variabili. Questo limite è particolarmente visibile a proposito della questione delle emozioni: pur essendo considerate da Buckman metodologicamente utili, sia quelle del medico sia quelle del paziente, esse tuttavia vengono fatte rientrare nel quadro della cosiddetta "empatia": un concetto, cioè, piuttosto misterioso, del quale le etnografie della comunicazione medico-paziente e infermiere-paziente hanno mostrato un certo carattere retorico.

Vero è che la comunicazione della diagnosi è una questione estremamente complessa che coinvolge le modificazioni epidemiologiche e le trasformazioni sociali, culturali e politiche determinatesi su scala globale negli ultimi decenni. Su questo tema le ricerche di antropologia medica hanno fornito un contributo di grande importanza: dai noti lavori condotti in Italia già negli anni Settanta e Ottanta del Novecento dall'antropologa statunitense Deborah Gordon – fra cui D. R. GORDON, *Culture, cancer and communication in Italy*, pp. 137-156, in *Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American perspectives. On behalf of the Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin*, a cura di Beatrix PFLEIDERER e Gilles BIBEAU, Vieweg, Braunschweig, 1991 ("Curare", special volume, 7) – fino ai più recenti approcci di etnografia degli eventi comunicativi centrati sull'analisi della negoziazione e

dei rapporti di potere interni alla conversazione fra medici e pazienti – fra cui Nancy AINSWORTH-VAUGHN, *Claiming power in doctor-patient talk*, Oxford University Press, New York - Oxford, 1998. Cito solo a titolo di esempio due riferimenti etnografici nel campo scientifico dell'antropologia medica, a fronte di una ben più ampia ricchezza di studi fondati su etnografie di lunga durata, condotte negli ospedali e negli ambulatori, o anche in contesti domestici, che hanno come obiettivo non soltanto quello analitico descrittivo, ma anche quello "operativo", dove per "operativo" si intende non solo la capacità di fornire risposte al problema del "che fare in caso di?", ma anche l'attenzione a evitare ogni prescrizione di carattere "manualistico". Operativo, dunque, ma per chi? Quando si elabora un sapere operativo interno alla esperienza del rapporto medico-paziente esso non può esserlo "meccanicamente", e soprattutto non può esserlo solo dal versante dei medici, altrimenti si svuota di senso la disordinata concretezza di ogni reale interazione dialogica medico-paziente. Più che di un sapere "operativo", dunque, è preferibile parlare di un sapere "della pratica", intensamente riflessivo (ovvero auto-critico e auto-oggettivante) volto a capitalizzare, cioè, l'esperienza concreta di specifiche interazioni fra specifici "medici" e specifici "pazienti". Il sapere pratico è attinto dalla metodologia etnografica e risulta sempre nuovo e diverso, proprio perché non ripetibile, essendo ogni "medico" e ogni "paziente" una persona reale in carne ed ossa non riducibile certo – almeno agli occhi dell'etnografo – a un "ruolo". Poiché questo è l'obiettivo di ogni ricerca etnografica è evidente che l'antropologia medica non si offre a fornire indicazioni "prescrittive" che diano precise indicazioni su "come comunicare una diagnosi di malattia grave al paziente" (visto che il dibattito, in vista dei diritti riconosciuti al paziente, si va spostando dal "se comunicare" al "come comunicare"), poiché tale

prescrizione da un punto di vista antropologico appare riduttiva: ciascuna interazione è un caso reale, vivente, dotato di una complessità profonda, rispetto alla quale le prescrizioni si rivelerebbero inevitabilmente come precetti astratti. Purtroppo la scarsa conoscenza di ricerche di antropologia medica che tuttora dobbiamo registrare all'interno del campo biomedico, impedisce che il gran numero di inchieste etnografiche internazionali – e quindi l'enorme quantità di "sapere pratico" attinto dagli etnografi nei contesti comunicativi della diagnosi – possa entrare nel dibattito e nella formazione medica in maniera determinante. Ed è questo appunto il caso del volume di Buckman, tutto impostato su suggerimenti dati a medici "astratti" su pazienti "ipotetici", così ideali e impersonali, gli uni e gli altri, che il volume si chiude anziché con l'esempio di una concreta interazione, con una messinscena, considerata esemplare, di una finta relazione medico-paziente in cui la paziente è un'attrice di teatro. Un espediente dimostrativo-didattico che desta qualche perplessità dal punto di vista antropologico, in quanto esso fa pensare che la sua efficacia formativa non abbia quale obiettivo quello di fornire strumenti metodologici utili nella pratica, quanto piuttosto quello di riprodurre e rafforzare un modello prescrittivo dell'azione medica in cui il paziente e il medico sono considerati ruoli riproducibili e ripetibili, senza lasciare alcuno spazio alla capacità di agire degli uni e degli altri.

[GPi]

**Alfredo CIVITA - Domenico COSENZA (curatori)**, *La cura della malattia mentale I. Storia ed epistemologia*, Bruno Mondadori, Milano, 1999, 328 pp. (collana "Sintesi").

Questo testo, che precede un secondo volume dedicato al trattamento della malattia mentale (si veda Luigi COLOMBO -



Domenico COSENZA - Ambrogio COZZI - Angelo VILLA (curatori), *La cura della malattia mentale. II. Il Trattamento*, Bruno Mondadori, Milano, 2001, 382 pp.), è composto da più contributi accomunati da una profonda riflessione critica sui fondamenti della psicopatologia clinica e si snoda principalmente attraverso due linee conduttrici: una storica ed una epistemologica.

La prima direttrice, quella storica, ripercorrendo il concetto di clinica nel suo processo di formazione – dalla fondazione ippocratica della clinica medica all'avvento della psicoanalisi – restituisce la trama costitutiva delle idee cardinali intorno alle quali si è dipanato lo sviluppo delle discipline che caratterizzano la teoria e la clinica della malattia mentale. In questa direzione si muovono i primi tre contributi: quello di Domenico Cosenza, *La costruzione del campo clinico*, che tratta la questione della genesi della clinica in occidente e della fondazione della moderna clinica psichiatrica attraverso una rilettura dei testi cardinali del *Corpus hippocraticum*, e i due saggi di Alfredo Civita, *Neuroscienze e malattia mentale* e *La clinica moderna e la malattia mentale* che illustrano, il primo, i contributi che nel trascorrere dei secoli lo sviluppo della conoscenza del cervello e del sistema nervoso hanno portato alla cura della patologia psichica, il secondo, la nascita e l'evoluzione della psichiatria moderna.

La seconda linea conduttrice del testo, contraddistinta dalla prospettiva epistemologica, indaga sui fondamenti e sui presupposti di base della clinica della malattia mentale attraverso l'analisi di temi quali la genesi e il significato delle principali categorie di diagnosi, i concetti di sintomo e malattia mentale, il confine tra normalità e follia. L'intervento di Luigi Colombo, *Il linguaggio della psicopatologia*, analizza il concetto di sintomo nella clinica psicopatologica alla luce dei principi che derivano dalla nozione linguistica di segno, con particolare riferimento

alla semiologia elaborata dal filosofo del linguaggio Charles Sanders Peirce; in *Le categorie della clinica*, Luca Zendri e Alberto Peirone, presentando le principali categorie diagnostiche e nosografiche impiegate nella psicoanalisi e nella psichiatria neokraepeliniana, affrontano la questione della divergenza tra queste due posizioni, tale da determinare un processo diagnostico completamente diverso nei due casi; il contributo di Angelo Villa, *Malattia mentale e psicologia*, ripercorre i principali modelli della psicologia e dalla psicopatologia contemporanea.

Concludono il testo il saggio di Domenico Cosenza, *Il difficile confine normalità/follia: critica della ragione clinica* e quello di Ambrogio Cozzi e Paolo Rigliano, *Etica in psichiatria*. Il primo, a partire dalla considerazione della follia come prodotto dell'esclusione sociale, analizza la critica della ragione psichiatrica realizzata dal movimento anti-istituzionale e sottolinea l'apporto dell'etnopsichiatria; il secondo affronta il tema del rapporto tra etica e psichiatria sottolineando la centralità della dimensione valoriale della malattia mentale e la necessità di tenere sempre presente nel rapporto terapeutico la dimensione del soggetto.

Il coinvolgimento diretto nella pratica clinica di tutti gli Autori che hanno preso parte alla realizzazione dell'opera e la loro condivisione, seppur con modalità e approcci differenti, del punto di vista psicanalitico rappresentano ulteriori elementi vettoriali del testo. «Questa opzione di fondo» sottolineano i Curatori nell'*Introduzione* «che a un tempo marca il libro di una sua peculiare identità e lo espone ai rischi del pregiudizio, si è cercato in ogni modo di farla funzionare criticamente, mettendola alla prova mediante il confronto con assetti teorici e impostazioni cliniche del tutto estranee all'orizzonte psicoanalitico. L'esigenza di un confronto ha indotto gli autori a prestare particolare attenzione ai limiti della psicoanalisi, nel tentativo di identificare la sua specifica

efficacia proprio a partire dal riconoscimento degli elementi di debolezza che la caratterizzano» (p. 2).

**Indice.** Alfredo CIVITA - Domenico COSENZA, *Introduzione* / Domenico COSENZA, *La costruzione del campo clinico* / Alfredo CIVITA, *Neuroscienze e malattia mentale* / Alfredo CIVITA, *La clinica moderna e la malattia mentale* / Luigi COLOMBO, *Il linguaggio della psicopatologia* / Luca ZENDRI - Alberto PEIRONE, *Le categorie della clinica* / Angelo VILLA, *Malattia mentale e psicologia* / Domenico COSENZA, *Il difficile confine normalità/follia: critica della ragione clinica* / Ambrogio COZZI - Paolo RIGLIANO, *Etica in psichiatria*.

[ChPo]

**Pietro COGOLLI**, *Medicamenti in uso ad Assisi nel '600 e primo '700*, Associazione "Venturo Tempori", Bastia Umbra (provincia di Perugia), 2003, 155 pp. (Diversità del passato, 2. Collana di fonti storico-archivistiche attinenti alla Valle Umbra diretta da Francesco GUARINO e Luigi LONDEI).

Una minuziosa e articolata ricerca nell'Archivio notarile di Assisi ha permesso all'Autore di ritrovare e catalogare quattordici inventari di prodotti di spezieria, redatti a fini amministrativi e fiscali, risalenti al periodo che va dal 1615 al 1730. Tuttavia, anziché trascrivere pedissequamente il testo degli inventari – contenenti non solo "voci di spezieria" ma interessanti riferimenti al corredo dei recipienti, strumenti e stigli necessari allo svolgimento dell'attività –, Egli ha optato per una organizzazione del materiale in forma tabulare, in modo da rendere possibili confronti e commenti sulla presenza di tali prodotti in un arco di tempo di oltre un secolo.

Prendendo in esame i prodotti farmaceutici dell'epoca, le attrezzature, il vasellame, i mobili di diverse "fucine d'alchimia", infatti, l'Autore – farmacista di formazio-

ne ma appassionato storico del suo settore professionale – dipinge uno spaccato del bagaglio di saperi e pratiche messi al servizio della "sanità" in una città come Assisi, a cavallo tra il XVII e il XVIII secolo.

Il testo prende l'avvio da un utile inquadramento storico del contesto studiato, sottolineando come con il '600 fosse iniziato un lungo periodo di declino politico, economico e culturale per la città, che andava configurandosi sempre più come un semplice tassello nello Stato della Chiesa: una realtà imbevuta di cultura ecclesiastica controriformista in cui trovava poco spazio la diffusione di teorie medico-scientifiche che potessero avere una ricaduta ed un riscontro nel quotidiano della terapia e dei medicinali venduti nelle spezierie. «Il ritardo e la lentezza del mutamento riscontrabili in Assisi – scrive l'Autore – rispetto alle innovazioni ed alle scoperte citate nei numerosi testi di storia della farmacia, sono senz'altro imputabili al posizionamento periferico, anche da un punto di vista culturale, della città rispetto ai centri più illuminati e trainanti del sapere filosofico e scientifico. Tutto ciò è confermato anche dalla presenza e dall'uso nelle spezierie di manuali, farmacopee, formulari, erbari spesso datati, ma ancora in auge all'epoca della stesura degli inventari e accreditati di autorevolezza sul piano tecnico-scientifico» (p. 25).

Dopo aver indugiato sui criteri tabulazione e di confronto degli inventari utilizzati e sui cenni storici sulle spezierie e sugli inventari, l'Autore dedica la seconda parte del testo a tre corpose tabelle indicanti la distribuzione dei medicinali negli inventari, i prezzi unitari i alcuni di essi, e i prezzi di riferimento di alcuni alimenti.

[MPe]

**Luigi COLOMBO - Domenico COSENZA - Ambrogio COZZI - Angelo VILLA (curatori)**, *La cura della malattia mentale II. Il trattamento*, Bruno Mondadori, Milano, 2001, 382 pp. (collana "Sintesi").

Questo volume, pubblicato a due anni di distanza dal testo sulla clinica della sofferenza psichica in una prospettiva storica ed epistemologica (si veda Alfredo CIVITA - Domenico COSENZA (curatori), *La cura della malattia mentale I. Storia ed epistemologia*, Bruno Mondadori, Milano, 1999, 328 pp.), affronta il tema del trattamento della malattia mentale, sottolineando la complessità del lavoro di cura e dei suoi differenti dispositivi.

Come nel primo volume, tutti i contributi del libro sono accomunati dalla condivisione dell'orientamento psicoanalitico, ma a differenza del volume precedente, questo secondo mostra sul terreno della clinica le implicazioni operative delle differenti pratiche di trattamento della sofferenza psichica e si articola secondo una specifica logica di intervento condivisa dagli Autori: l'orientamento psicoanalitico elaborato dalla scuola di Jacques Lacan che caratterizza il filo conduttore dei vari capitoli.

"Il testo" scrivono i Curatori nell'*Introduzione*, "accetta una scommessa che nel contesto italiano è affrontata per la prima volta: esporre in un linguaggio chiaro e rigoroso come l'orientamento di Lacan informa le differenti pratiche di cura e i vari dispositivi terapeutici, dalla psicoanalisi individuale alle forme di intervento istituzionale che caratterizzano la cosiddetta psicoanalisi in estensione. Ciò non deve tuttavia far pensare a un sapere già integralmente codificato che ci si limita a presentare al lettore italiano. A testimonianza di tale tensione problematica vi è il fatto che il testo affronta ambiti della clinica storicamente estranei, marginali o solo da qualche anno presi in considerazione nell'orientamento lacaniano, quantomeno in Italia, quali il rapporto tra psicofarmacologia e psicoanalisi, il lavoro con i gruppi o il trattamento nelle comunità terapeutiche. In questo senso gli autori provano, a partire dalla propria esperienza clinica particolare, a mettere qualcosa di proprio nella teorizzazione della pratica clinica" (pp. IX-X).

Il volume è composto da tredici capitoli: il primo, dal titolo *La cura e la parola. Pratiche cliniche del colloquio*, di Massimo Riccalcati, inquadra la pratica clinica del colloquio, classificandone le forme esistenti (dal colloquio psichiatrico tradizionale al colloquio analitico); il secondo capitolo, *La cura e la sua conduzione*, di Angelo Villa, tratta la questione della conduzione della cura ripercorrendo i concetti operativi classici dell'esperienza analitica, quali il transfert, l'interpretazione, la funzione dell'analista e il suo posizionamento; nel terzo capitolo, *Il discorso della cura*, Domenico Cosenza affronta il problema della relazione di cura nel discorso che si produce tra curante e paziente evidenziando l'apporto operato dalla psicoanalisi a partire da Freud nel porre al centro della relazione terapeutica la funzione del paziente in quanto soggetto; il quarto capitolo, *Il corpo nella clinica psicoanalitica*, di Luigi Colombo, si concentra sul corpo nella clinica psicoanalitica, considerato non in quanto corpo anatomico come accade nella biomedicina, ma in quanto corpo pulsionale abitato dal desiderio del soggetto; il quinto capitolo, *La clinica con i bambini*, di Maria Cristina Rossetto, ripercorre le tematiche della clinica infantile a partire dalle basi gettate da Freud; nel sesto capitolo, *L'adolescenza*, Graziano Senzolo affronta il problema della clinica con l'adolescente; il settimo, *La clinica e la legge*, di Luisella Brusa, analizza il rapporto del soggetto con la legge sottolineando, alla luce della clinica psicoanalitica, la dipendenza costitutiva dell'uomo alla dimensione legale; nell'ottavo capitolo, *La cura e il farmaco*, Emilia Cece traccia il rapporto tra cura e farmaco nel trattamento della sofferenza psichica, partendo da una riflessione critica sull'uso attuale degli psicofarmaci; il nono capitolo, *Le formazioni gruppali*, di Luigi Colombo, ripercorre gli orientamenti psicoanalitici più importanti della teoria delle dinamiche e del lavoro psicoterapeutico di gruppo; il decimo capitolo, *La comunità terapeutica come luogo*

della cura, di Domenico Cosenza, esamina il trattamento in comunità terapeutica; l'undicesimo, *Sui percorsi della riabilitazione e la cura*, di Ambrogio Cozzi, affronta la questione della riabilitazione in ambito psicopatologico e il lavoro in istituzione con i soggetti definiti cronici; il dodicesimo capitolo, *Problematiche della cura nel servizio pubblico*, di Giovanna di Giovanni, espone le questioni della cura della sofferenza psichica nell'ambito dei servizi pubblici, sottolineando l'importanza, per un efficace funzionamento del lavoro, della capacità degli operatori di funzionare come équipe nella presa in carico del soggetto sofferente; il tredicesimo capitolo, *Cura e non cura. Osservazioni sull'utilizzo del sapere clinico fuori dal trattamento*, di Angelo Villa, traccia infine una lettura critica delle modalità attraverso cui una serie di conoscenze legate al lavoro terapeutico e analitico vengono impiegate in ambiti extraclinici, in particolare nel campo della pratica sociale di stampo istituzionale.

Tutti i contributi del volume sono uniti da specifici nuclei tematici, quali la centralità della nozione di soggetto nel lavoro di cura – che emerge nell'ascolto della parola del paziente, suggerendo al terapeuta i tempi e le condizioni della propria cura – e la distinzione tra ciò che lo psicoanalista può fare nel quadro del lavoro analitico in senso stretto e quanto gli è possibile fare all'interno del lavoro in istituzione. In *Appendice*, cinque schede offrono approfondimenti utili sulla neuropsicologia clinica, sugli sviluppi della psicofarmacologia, sulla normativa relativa alla cura del disagio psichico, sui diritti dei minori e sulla legislazione riguardante la tossicodipendenza.

**Indice.** *Introduzione* / Massimo RICALCATI, *La cura e la parola. Pratiche cliniche del colloquio* / Angelo VILLA, *La cura e la sua conduzione* / Domenico COSENZA, *Il discorso della cura* / Luigi COLOMBO, *Il corpo nella clinica psicoanalitica* / Maria Cristina ROSSETTO, *La clinica con i bambini* / Graziano SENZOLO, *L'adolescenza* / Luisella

BRUSA, *La clinica e la legge* / Emilia CECE, *La cura e il farmaco* / Luigi COLOMBO, *Le formazioni gruppali* / Domenico COSENZA, *La comunità terapeutica come luogo della cura* / Ambrogio COZZI, *Sui percorsi della riabilitazione e la cura* / Giovanna DI GIOVANNI, *Problematiche della cura nel servizio pubblico* / Angelo VILLA, *Cura e non cura. Osservazioni sull'utilizzo del sapere clinico fuori dal trattamento* / *Appendice*: Danilo RIGAMONTI, *Lo sviluppo del sistema nervoso e le basi neurobiologiche dei disturbi psichici* / Alberto PEIRONE, *Note sugli sviluppi della psicofarmacologia* / Marta VIGANÒ, *La normativa in materia di cura del disagio psichico: un compromesso tra emarginazione e solidarietà* / Marta VIGANÒ, *Quali diritti per i minori* / Marta VIGANÒ, *L'intervento legislativo in materia di tossicodipendenza: repressivo, preventivo e riabilitativo.*

[ChPo]

**Virginia DE MICCO (curatore), *Le culture della salute. Immigrazione e sanità: un approccio transculturale*, Liguori Editore, Napoli, 2002, 274 pp. (Metropolis, 18).**

Il volume raccoglie le relazioni presentate al convegno *Passaggi di confine. Problematiche di salute fisica e mentale in una società multiculturale*, tenutosi il 13 e 14 marzo del 1998 a Caserta, organizzato dalla Caritas diocesana in collaborazione con l'Ordine provinciale dei medici e con la ASL Caserta 1. La pubblicazione del volume rientra nel progetto "Legalità e salute: una prospettiva di integrazione tra immigrati e territorio in provincia di Caserta". I contributi sono opera di psichiatri, etnopsichiatri, antropologi, medici, operatori di servizi. Il tema più ricorrente nei diversi saggi è la questione della diversità e della mediazione culturale, che vi risulta prevalente rispetto alle problematiche – pur trattate su un piano generale – del diritto alla salute, della cittadinanza e delle politiche di accoglienza, tematiche ugualmente centrali per la questione della ricali-

brazione dei servizi sanitari in rapporto al fenomeno migratorio (si veda il saggio di Morrone). Spunti di specifica pertinenza antropologica sono nei contributi di De Cristofaro, De Micco e Inglese (si veda in calce alla scheda l'indice del volume). Gran parte dei saggi adotta un lessico "istituzionale" senza esplicitamente ripensarlo in termini problematici (come per l'espressione "extracomunitari"). Così anche alcune connessioni, in primo luogo quella fra migrazione-malattia-illegalità, non sempre appaiono problematizzate in chiave critica (a eccezione del saggio di Inglese) e rischiano di apparire obbligate e ovvie. Il ripensamento delle nozioni di cultura e intercultura, nel saggio di De Cristofaro, tocca questioni importanti in rapporto alla esigenza di contestualizzazione socio-economica dei significati culturali (che ci pare fondamentale per scongiurare il rischio di confondere le disuguaglianze di diritti con le differenze di culture). Particolare rilievo assume il tema della "nostalgia", che attraversa diversi saggi, in particolare quelli di De Micco e di Inglese: più interessata a coglierne la valenza medica nei termini etimologici di un *Heimweh* intesa come "dolore della casa", De Micco: «Forse non tutti sanno che la parola *nostalgia* è nata in ambito medico, venne coniata nel 1688 dal medico Johannes Hofer» (p. 18); più sensibile ai significati storici e politici della nostalgia, Inglese: «Se l'*Heimweh* rappresenta la variante *soccombente* della migrazione, la megalomania crudele e persecutoria del colonizzatore ne incarna quella *furente*» (p. 175). Nel saggio di apertura di De Micco la questione metodologica è posta come preliminare. Si riflette in particolare sul rilevamento dei dati. La metodologia statistica è fatta oggetto di una considerazione critica che ne segnala i limiti e le opportunità: De Micco auspica l'uso professionale di un approccio antropologico capace di elaborare una revisione del concetto di cura che vada ben oltre la questione, pur importante, della efficienza ammini-

strativa della sanità pubblica. Tuttavia i lavori presentati hanno prevalentemente una impostazione di riflessione generale e i materiali di ricerca sono ora il risultato di approcci metodologici quantitativi e statistici, ora il resoconto sintetico delle esperienze degli operatori. Molte riflessioni sulle problematiche sanitarie in rapporto alla migrazione appaiono di notevole rilievo politico, allorché prendono in esame l'impatto delle scelte legislative e le conseguenze delle norme che regolano l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sociosanitari. Qui la diversità è in realtà "politica" piuttosto che "culturale": essa si configura, cioè, nei termini di una disuguaglianza nell'accesso al diritto alla salute. Probabilmente ricerche etnografiche di lungo periodo, vicine alle concrete esperienze dei migranti, potrebbero con maggiore efficacia riuscire a dare voce ai "migranti" reali, intesi, cioè, come specifiche persone in carne ed ossa (persone che invece sembrano svanire, come fantasmi, appena evocati in un lessico sociologico generalizzante e astratto del tipo "il paziente extracomunitario"). Inoltre, proprio l'etnografia può rivelarsi uno strumento di ricerca efficace e utile per riportare alla luce del dibattito pubblico anche quel sapere che emerge dall'attività quotidiana degli operatori dei servizi: un sapere della pratica, che si genera nelle relazioni di cura e che raramente trova visibilità e legittimità istituzionale.

**Indice.** Virginia DE MICCO, *Introduzione / Parte prima. Immigrazione e sanità: un approccio transculturale*; Virginia DE MICCO, *La frontiera mobile: migrazioni e sanità in una prospettiva transculturale* / Gioia DI CRISTOFARO LONGO, *Cultura, salute, immigrazione: identità, interdipendenza, reciprocità* / Aldo MORRONE, *Problematiche sanitarie in una società multiculturale* / Salvatore GERACI - Marco MAZZETTI, *L'incontro con il paziente immigrato* / Maurizio MARCECA, *La salute degli stranieri in Italia: normativa, accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari* / Giovanna Vittoria DALLARI, *L'esperienza di Bologna nel-*

*l'ambito dei problemi sanitari della popolazione immigrata: un'esperienza di integrazione tra pubblico e privato* / Salvatore INGLESE, *Dalla psicopatologia della migrazione alla nuova psichiatria culturale* / Bruno MAZZARA, *Le basi psicologiche del pregiudizio e dell'intolleranza* / Sergio MELLINA, *La mediazione tra le culture della salute come necessità imposta dall'immigrazione. Un modello (ri)emergente di "fare medicina" nel Servizio Sanitario Nazionale* / **Parte seconda. Immigrazione e sanità in Campania: esperienze a confronto:** Luigi FRIGHI, *Prolusione* / Franco MASCIA, *Salute alle auto-rità* / Francesco TESTA, *Verso una società multietnica: tutela della salute e immigrazione* / T. ARCELLA - T. CELANI - S. CERINO - A. DAMA - V. DE MICCO - C. LOMBARDI - A. ULIVETO, *Salute mentale e migrazione: aspetti sociopsichiatrici dell'immigrazione in Campania* / Gianfranco BUFFARDI, *Presenza ed emigrazione: note per una patologia esistenziale del migrante* / Tommaso ESPOSITO, *Il programma "Salute per Tutti" dell'ASL Napoli 4* / Arturo GIGLIOFIORITO, *Immigrazione, salute, solidarietà: l'esperienza della Caritas di Caserta* / Renato NATALE, *L'associazione di volontariato Jerry Essan Masslo: relazione su dieci anni di attività sul territorio* / Antonio SCALA, *Migrazione e salute mentale* / Giancamillo TRANI, *Immigrazione, volontariato e sanità.*

[GPI]

**Sylvie FAINZANG**, *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Presses Universitaires de France, Paris, 2001, 156 pp. (Collection "ethnologie-controverses" dirigée par Jean CUISENIER).

Nella introduzione al volume, Sylvie Fainzang, studiosa tra le più autorevoli nel quadro contemporaneo dell'antropologia medica internazionale, chiarisce gli obiettivi del proprio lavoro formulandoli come risposte a precise questioni problematiche: «Qual è la vita di una ricetta? Quale importanza gli individui conferiscono alla scrittura? Quale rapporto intrattengono

con il medico e più ampiamente con l'autorità medica? Come gestiscono nel quotidiano le loro ricette sia dal punto di vista del contenuto (le medicine prescritte) sia dal punto di vista della loro forma materiale (la ricetta scritta)?». Il volume, infatti, è costruito come risposta a tali domande, attraverso l'esposizione e la discussione dei risultati di una ricerca etnografica della durata di cinque anni, condotta in aree rurali e urbane nei dipartimenti francesi dell'Hérault e del Gard (Francia meridionale), in contesti domestici familiari caratterizzati dalla presenza di persone ammalate, nei servizi sanitari, ospedalieri e ambulatoriali, con medici e infermieri, nelle farmacie o anche presso diverse comunità religiose. Nei quattro capitoli del volume vengono esposti i risultati di tale ricerca nei termini di: una analisi delle pratiche ospedaliere, ambulatoriali e domestiche attivate dalla ricetta scritta (capitolo 1. *Les patients et leurs ordonnances*); una osservazione delle pratiche di autocura (ovvero di quelle cure che, nella definizione di Tullio Seppilli, si configurano nel quadro di una più ampia *gestione domestica della salute*) (capitolo 2. *Les patients et leurs médicaments*); uno studio attento delle rappresentazioni del corpo veicolate da tali pratiche nei continui passaggi fra spazio intimo e dimensione pubblica, fra corpo-soggetto e corpo oggettivo (capitolo 3. *Les patients et leur corps*); una etnografia dei rapporti medici-pazienti, caratterizzati, secondo Fainzang, dalla dialettica sottomissione-resistenza-negoziatura e da processi di costruzione e decostruzione dell'autorità (capitolo 4. *Les patients et leurs médecins*). A partire dai dati etnografici, l'Autrice esplora in primo luogo le complesse tematiche della "osservanza" e "inosservanza" del paziente in rapporto alle prescrizioni mediche (preferendo ai termini "osservanza - inosservanza" una più corretta espressione di "adesione - non adesione"). Viene poi analizzato il fenomeno della crescente espansio-

ne delle pratiche di autocura nel quadro dei processi di comunicazione medico-paziente. I contesti di osservazione presi in esame nel volume riguardano gruppi di pazienti di diversa professione religiosa: cattolica, protestante, ebraica, musulmana. Questa scelta rende il quadro etnografico maggiormente articolato e complesso e pone il problema del rapporto che si stabilisce fra il consumo dei farmaci e l'adesione a specifici mondi culturali religiosi. Ma l'analisi e l'interpretazione della incidenza di tali variabili socio-religiose nelle condotte individuali non assume mai, nello studio di Fainzang, il carattere di un rigido determinismo socioculturale. Al contrario, trattandosi di un tema così intimamente intrecciato alla corporeità di persone colpite dal dolore e dalla sofferenza, la questione culturale è indagata nelle forme e nei modi attraverso cui tali influenze si inscrivono nel corpo stesso dei soggetti sociali. Le differenze, quindi, possono essere trasversali alla definizione socio-culturale dei "gruppi", ovvero non si identificano totalmente con i "confini" dei gruppi religiosi, ma si strutturano in maniera complessa, disegnando movimenti e fluttuazioni al loro interno. Una trasversalità che richiede, per essere colta strumenti etnografici di lunga durata, capaci di sondare livelli intimi, spesso silenziosi, di motivazione delle scelte. Si scopre, così, come le "differenze culturali" si nascondano nelle pieghe di condotte quotidiane, di tecniche del corpo domestiche, di gesti apparentemente automatici e insignificanti, che all'occhio dell'etnografo si rivelano inattesi, talora in una felice contraddizione rispetto alle "appartenenze" evidenti e dichiarate. Al tempo stesso i comportamenti invariants appaiono frequenti, diffusi, condivisi oltre ogni differenza culturale: segno che, conclude l'Autrice, «il malato è anzitutto un essere umano, anche se è un essere di classe, di genere e di cultura».

[GPi]

**Giorgio FERIGO, *Il certificato come sevizia. L'igiene pubblica tra irrazionalità e irrilevanza*, Forum. Editrice Università Udinese, Udine, 2001, 164 pp.**

L'Autore, medico del lavoro e igienista di Sanità Pubblica, analizza in questi testo – in maniera analitica e dichiaratamente sarcastica – alcuni dei certificati che i cittadini italiani sono costretti ad esibire per legge a seconda delle occorrenze, mettendone in evidenza «l'inconsistenza razionale, l'indimostrabilità scientifica e l'inefficacia pratica» (p. 13). Molti di questi, infatti, non sarebbero in grado di certificare nulla di certificabile, e costringono il medico che li rilascia ad illazioni, previsioni, predizioni e ad un esercizio della prognostica che si rivela, secondo l'Autore, molto più prossimo alla divinazione che alla pratica scientifica.

Le critiche più feroci vengono rivolte agli organi governativi (Parlamento, Ministeri, Consigli Regionali), che sarebbero i diretti responsabili della mancata affermazione della medicina preventiva, sostituita da una "Polizia Medica" di settecentesca memoria. In questo quadro, viene anche delineato lo stato di crisi dell'Igiene Pubblica, la cui «struttura ed impianto teorico sono vetusti ed inapplicabili», e all'interno della quale i medici si riducono a meri Funzionari della Pubblica Amministrazione, succubi esecutori di pratiche il cui obiettivo primo è, di fatto, il controllo ordinato dei cittadini dello Stato.

Attraverso un meticoloso e dettagliato esame storico della produzione normativa in materia sanitaria, abbinato ad una loro documentata valutazione medico-scientifica, si arriva alla polemica messa in discussione di alcune disposizioni tuttora vigenti legate alla natura dei libretti sanitari e ad un certo uso dei vaccini, finanche del valore scientifico di qualsiasi tipo di "certificato" (di salute, di "idoneità", igienico, di vaccinazione, di gravidanza, di nascita, di morte, ...) dettato più da «astratti postulati di diritto amministrati-

vo» (p. 160) che da finalità connesse alla salute.

Ci si interroga dunque su cosa debba intendersi per Sanità Pubblica, su come debba essere intesa la prevenzione oggi, su quale debba essere il ruolo dei professionisti nel Sistema sanitario nazionale, ma ci si domanda anche di cosa debbano sia giusto che si occupino le leggi sanitarie e, soprattutto, di come «ci si possa difendere dallo Stato» quando questi, mosso da finalità di ordine pubblico ed economico, finisce non per tutelare ma per ostacolare la «salute» dei suoi cittadini.

[MPe]

**Michela FUSASCHI**, *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, prefazione di **Laura Faranda**, **Bollati Boringhieri, Torino, 2003, 182 pp.**

Michela Fusaschi in questo testo affronta una tematica di grande attualità, quale quella delle mutilazioni genitali femminili, tematica che oggi ci tocca più di ieri, perché con i movimenti di migrazione è un fenomeno che si verifica nel nostro stesso contesto e mette in crisi alcuni concetti acquisiti nella mentalità occidentale, quali il rispetto per l'integrità della persona. Lo sforzo compiuto dalla studiosa è quello di collocare tale problema entro la sua dimensione etnologica più ampia.

L'autrice sceglie di non impiegare indiscriminatamente il termine mutilazioni per questo insieme di pratiche, come è invece invalso nell'opinione pubblica, ma, rilevando l'impostazione etnocentrica presente in questo termine, ad esso preferisce il termine modificazioni, con l'intento di inquadrare questo fenomeno all'interno di una tipologia di interventi sul corpo molto diffusi. Questo le permette subito di sottolineare il taglio che intende dare a questo saggio, ponendosi ella stessa delle domande e quindi affrontando in modo

problematico e significativamente denso l'argomento. Infatti, al di là delle facili banalizzazioni proprie dei salotti televisivi, il testo ci richiama alla complessità del fenomeno, e quindi alla necessità di comprendere le logiche e le implicazioni socioculturali insite in queste pratiche.

Michela Fusaschi affronta questa tematica in una prospettiva diacronica, analizzando le fonti etnografiche e le fonti d'archivio per delineare quando nella storia dello sguardo occidentale questo tema è stato trattato e con quale ottica, rilevando come vi sia stata un'oscillazione l'atteggiamento di disgusto etnocentrico, di orrore o al contrario di indulgente relativismo. Questo materiale viene poi fatto interagire con la ricerca sul terreno, attraverso il confronto con le esperienze delle immigrate, in modo di fornire di questo fenomeno una consapevolezza critica restituendo voce alle protagoniste.

Al di là delle descrizioni e delle tipologie presenti nella trattatistica e nelle indicazioni dell'OMS, che l'autrice pure introduce, ella intende partire dai soggetti, cioè dalle donne da lei incontrate nella ricerca, per analizzare come percepiscano queste pratiche e quali sono le rappresentazioni che a queste si accompagnano. Infatti per la comprensione del fenomeno non si può prescindere dalle interpretazioni che vengono date di queste pratiche: secondo le quali si tratta di interventi di modellizzazione sociale e culturale del corpo. Uomini e donne necessiterebbero, infatti, di una correzione culturale che li privi di ogni possibile ambiguità e li inserisca nei ruoli sociali del proprio genere. Queste pratiche non sono pertanto percepite come mutilazioni, ma come modificazioni atte a rendere il corpo della donna pulito, libero da ambiguità maschili, per cui questi atti vengono rappresentati come necessari «a depurare il proprio corpo dall'eccesso, dal disordine sessuale», per rendere il corpo adatto a svolgere quello che sarà il suo compito, preparando la donna alla vita di sposa e di madre,



così l'escissione favorirebbe i rapporti sessuali e il parto, l'infibulazione il controllo totale della sfera sessuale. Ella sottolinea l'improprietà del termine circoncisione femminile attribuita anche all'escissione sul modello di ciò che avviene ai maschi, per chiarire le profonde differenze che vi sono nei due tipi di intervento, gli alti costi per le donne in termini di rischio e di sofferenza, ma soprattutto le differenze sul piano simbolico. Infatti mentre la circoncisione è un atto che intensifica e valorizza l'identità sessuale maschile e quindi la virilità, le pratiche escissorie, tra cui la clitoridectomia, sono interventi che preparano la donna ad accogliere l'uomo e, privandola di un organo ritenuto pericoloso, ne potenziano anche a livello simbolico l'immagine passiva.

Si tratta di atti rituali attraverso cui la cultura iscrive i suoi segni sul corpo, atti che avvenivano in passato all'interno di strutture cerimoniali. Anche nei paesi d'origine, attualmente, i rituali si sono molto impoveriti e avvengono per lo più in contesto domestico, anche il dolore sembra avere perduto il suo significato sociale e soprattutto pedagogico. In situazioni di emigrazione queste pratiche assumono valenze complesse, in quanto si produce una reinterpretazione del significato in riferimento sia alle politiche di accoglienza che al desiderio di mantenere il legame con il paese d'origine, in queste situazioni sottoporre le proprie figlie a queste pratiche significa non precludere loro la possibilità del ritorno e del reinserimento nella comunità d'origine.

È interessante anche il raffronto con una pratica di clitoridectomia che venne introdotta per la cura dell'isteria, alla fine dell'Ottocento, che aveva alla base una concezione molto simile, in quanto era legata alla rappresentazione del sesso femminile come eccessivo e quindi patologico. Michela Fusaschi sottolinea come anche in questo caso si sia pensato alla clitoridectomia a scopo terapeutico, cioè ad un intervento legato ad un certo

tipo di rappresentazione del corpo della donna.

È importante, come sottolinea l'autrice, tenere conto di tutte queste implicazioni, le condanne sono inutili se non si attivano prima meccanismi di ascolto e di comprensione. In questo senso l'antropologia contemporanea può giocare un ruolo importante; infatti solo conoscendo le idee e le rappresentazioni che accompagnano queste pratiche, si possono mettere in atto interventi realmente pensati in una prospettiva interculturale, piuttosto che basati sull'imposizione dei nostri codici.

[GRa]

**Adriana GANDOLFI, *Amuleti. Ornamenti magici d'Abruzzo*, prefazione di Dora LISCIA-BEMPORAD, Edizioni Tracce - Fondazione CARIFE, Pescara, 2003, 126 pp.**

I gioielli hanno valenze polisemiche, sono simboli di status e di appartenenza e, in quanto tali, suggellano patti e legami sociali, sono presenti all'interno di contesti magico-sacrali, collegati al divino e al regale, ma, nello stesso tempo, essi stessi riserva di ricchezza, sono usati in contesti di scambio per il loro riconosciuto valore economico.

Adriana Gandolfi esperta conoscitrice della gioielleria popolare nonché della cultura popolare abruzzese, come ha dimostrato in numerosi suoi saggi, si sofferma in questo testo sul valore non solo magico-simbolico ma soprattutto magico-protettivo di talismani e amuleti.

Come è possibile circoscrivere questi oggetti in una cultura regionale?

Secondo l'autrice è possibile individuare specifiche caratteristiche regionali, non solo di produzione, perché legate a botteghe specifiche, ma anche di contenuto, perché collegate alla storia del costume e alla tradizione religiosa.

La cultura agropastorale che per millenni ha caratterizzato l'Abruzzo ha permesso una persistenza oggettiva, che è riscontrabile anche confrontando le testimonianze archeologiche con quelle di epoche più recenti. Infatti sono stati rinvenuti numerosi oggetti che presentano figurazioni magico-simboliche di matrice arcaica. I gioielli venivano indossati per il potere apotropaico ben definito attribuito sia ai materiali preziosi che alle pietre, secondo un sistema di credenze che non era solo popolare ma che era condiviso e che faceva riferimento ad una trattatistica molto sviluppata nel Medioevo e nel Rinascimento. In epoche più recenti queste valenze si sono perse nella gioielleria aulica, mentre la gioielleria popolare le ha conservate; può essere pertanto analizzata come depositaria di conoscenze e simboli.

Con questa premessa l'autrice inquadra amuleti e ornamenti preziosi nelle esperienze locali, si sofferma sui poteri apotropaici attribuiti a pietre e metalli preziosi, collegandoli strettamente con le tradizioni demologiche, e quindi con le fasi del ciclo della vita.

Con Adriana Gandolfi il discorso non si fa mai generico, ma è al contrario sempre contestualizzato rispetto all'area geografica e alle circostanze in cui un determinato oggetto veniva utilizzato. L'autrice rintraccia perciò accanto a oggetti la cui simbologia rinvia esplicitamente alla sfera apotropaica, altri che, al di là dell'immediato riferimento visivo oggettivo, rimandano a un significato più profondo, in quanto sono basati su una logica che non è di tipo causale ma si basa sull'analogia e la similitudine, logica propria del pensiero magico. Rientra anche in tale logica che gli amuleti, perché manifestino la loro efficacia, non debbano essere acquistati ma ricevuti in dono.

È in virtù di tale logica che un oggetto viene considerato un amuleto, al quale nell'ambito della cultura popolare è attribuito un valore medico, così, ad esempio,

l'orecchino maschile era in uso sino al primo trentennio del Novecento, in quanto si riteneva che l'oro indossato ai lobi dell'orecchio potesse preservare o curare la vista; gli ornamenti, in genere, oltre che ornare, avevano la funzione di neutralizzare gli effetti negativi del malocchio.

La Gandolfi opera un censimento della gioielleria e degli amuleti abruzzesi raccolti da Giuseppe Bellucci e presenti presso il Museo Archeologico di Perugia, raccolti da Pansa e presenti presso il Museo archeologico nazionale dell'Umbria (Perugia) e di quelli raccolti da Giovanni Pansa e presenti presso il Museo nazionale delle arti e tradizioni popolari (Roma), il Museo archeologico nazionale d'Abruzzo (Chieti), il Museo archeologico della Civitella (Chieti) e il Museo delle Genti d'Abruzzo (Pescara). A questo materiale aggiunge riferimenti a collezioni private, integrando questa ampia e diacronica documentazione anche con rilevazioni di campo. Ha così la possibilità di operare la selezione per raggruppamenti e tipologie di un materiale ampio e composito, di cui delinea funzionalità e necessità simbolica. Per quanto riguarda il criterio di catalogazione, la studiosa si basa sulla distinzione operata da Bellucci tra amuleti primitivi e amuleti derivati, delinea quindi una classificazione per materiali ma è soprattutto attenta a individuare l'ambito magico entro cui si situa il gioiello, per questo amuleti e talismani non vengono distinti. Emerge così il valore "medico" dell'amuleto, a partire dagli attributi magici collocati sotto forma di ornamento, per segnare e quindi proteggere le sequenze critiche del ciclo della vita, i periodi più esposti al rischio, e, soprattutto, il periodo prenatale, la maternità e la prima infanzia, momenti particolarmente soggetti a influenze negative per la vita della madre e del bambino. Per questo troviamo nel testo indicazioni non solo di oggetti in metallo prezioso o in pietre dure, come il corallo, ma anche di "abitini", o "brevi", che venivano regalati in partico-

lari fasi del ciclo della vita. Gli amuleti, con la simbologia a cui si riferivano, indicavano i passaggi critici e proteggevano dalle influenze negative; in questo quadro rientrano anche oggetti più specifici del contesto agropastorale come i denti di lupo, la coda di tasso o i vari simboli che richiamano all'occhio, al cuore o alla mano.

Il testo è riccamente illustrato e presenta una buona impostazione tipografica, le immagini ci accompagnano come guidandoci nella visita ideale a una mostra, permettendo di inquadrare questi oggetti in un discorso unitario che ci ricorda come l'ornamento avesse significati più profondi e complessi di quelli estetici, significati che oggi sembrano dimenticati ma che nella storia europea erano presenti e condivisi a livello sociale, come testimoniano importanti opere pittoriche. Si tratta perciò di un testo che presenta notevoli pregi, non solo visivi, per chi vi si avvicini attratto dalle immagini, ma che è soprattutto di notevole interesse per il tipo di lettura che viene dato degli ornamenti, dei quali viene posto in evidenza il linguaggio simbolico, che ne contrassegnava la funzionalità e il contesto d'uso.

[GRa]

**John M. JANZEN**, *The social fabric of health. An introduction to medical anthropology*, McGra-Hill, New York, 2002, XIV+313 pp.

«L'antropologia medica è lo studio della salute, della malattia e della terapia in una prospettiva che attraversa l'ampia varietà delle società e il corso stesso dell'esperienza umana». Con questa definizione dell'antropologia medica si apre il volume, un manuale di antropologia medica che ha avuto nel tempo diverse edizioni negli Stati Uniti. La felice metafora della "fabbrica" posta nel titolo non è un espediente retorico. L'Autore, infatti, sceglie una prospettiva centrata su un richiamo alla complessa costruzione sociale della salute:

corpi, sentimenti, emozioni, narrazioni, tecnologie, istituzioni, idee e supporti materiali appaiono strettamente interconnessi in un incessante processo di costruzione sociale del quale anche le teorie antropologiche entrano a far parte. In un quadro comparativo attraversato costantemente da esemplificazioni etnografiche che intrecciano vari ambiti di questa disciplina antropologica specialistica, vengono affrontate le diverse forme e modalità di relazione fra l'esperienza soggettiva del malessere il campo pubblico, istituzionale, regolato da norme, tradizioni, leggi, simboli, codici. Pubblico e intimo si coniugano negli esempi, che rivelano in che modo i diversi indirizzi dell'antropologia medica hanno impostato e sviluppato strumenti di ricerca sul terreno e griglie teoriche per interpretare il senso sociale e culturale della sofferenza umana. Tutti i principali approcci, da quelli classici a quelli più recenti, sono passati in rassegna, anche se in netta prevalenza i riferimenti antropologici sono tratti dalla letteratura anglofona.

Il testo è strutturato in dieci capitoli. Il capitolo 1 è pensato come una definizione del campo dell'antropologia medica, e dà un quadro generale delle nozioni di base (*salute, illness, sickness, disease, medicina, sintomo ecc.*), nonché dei vari approcci teorici. In particolare viene costantemente sottolineata la specificità del contributo antropologico che tende a superare anche le diversità teorico-metodologiche delle differenti scuole: il fatto cioè che l'antropologia medica, quale che sia il suo approccio teorico, si fonda sull'etnografia, ovvero sulla ricerca partecipe e continua in specifiche comunità e in *settings* sociali concreti, attraverso un metodo qualitativo in base al quale proprio «i vividi particolari di un singolo studio di caso indicano la strada per giungere a visioni più generali». Ne deriva che, su tale base comune, un efficace dialogo fra approcci diversi può rivelarsi facilitato. Il capitolo 2 appare di particolare interesse poiché si

configura come un primo passo verso la costruzione di una storia ancora tutta da scrivere: la storia dell'antropologia medica, come campo che, nato all'interno delle discipline antropologiche, è andato via via assumendo un sempre più raffinato statuto epistemologico, teorizzando un dialogo ravvicinato con ambiti intellettuali e scientifici diversi: dalla stessa biomedicina, alla storia e alla filosofia della scienza, dalla epidemiologia alla psicologia sociale, dalla psichiatria, alla neurologia, alla genetica, ma anche alla critica letteraria, alla storia della cultura, alla bioetica. Questo capitolo parte dai primi pionieristici segni di un interesse antropologico-medico alle diversità socioculturali in tema di corpo-salute-malattia per poi delineare gli sviluppi dell'antropologia medica nelle diverse prospettive teoriche e di metodo: socioculturale, bioculturale, clinica, interpretativa, critica, applicata. Particolare attenzione è dedicata alla fase di ricerca comparativa sui sistemi medici, sviluppata maggiormente fra gli anni Settanta e Ottanta del Novecento, nonché agli approcci fondati sulla mediazione culturale, sulla narrazione, sui significati e sull'esperienza; fino a giungere alle teorie fenomenologiche e critiche degli ultimi venti anni. A partire da una analisi storico-critica di tutti questi approcci l'Autore propone, infine, la sua linea teorica e di metodo, che sembra trarre dalla semiotica le proprie suggestioni: una prospettiva semiotica, che valorizzi però non tanto le rappresentazioni quanto i *processi di semiosi* connessi alla esperienza del malessere, può, a suo avviso, puntare a una epistemologia unificata per l'antropologia medica. Una questione di ampia portata che resta aperta alla discussione, e che pare guidare l'autore nella impostazione dei capitoli successivi. I capitoli che vanno dal 3 al 9 costituiscono la parte centrale e più importante del manuale. In questa parte l'Autore lavora, infatti, a una integrazione problematica delle principali teorie in antropologia medica, mostrando come non soltanto le scuole, ma anche i singoli

autori, lavorano alla "social fabric of health" a partire da approcci teorici differenti, ma accomunati dalla concretezza della esperienza etnografica, sia in ambito etnomedico sia in campo biomedico. Nel capitolo dieci vengono affrontate le diverse forme di applicazione della disciplina, nel settore clinico, e in quello delle politiche di salute pubblica, costantemente attraversate, su scala globale, da conflitti, spesso radicalmente violenti.

Si tratta, come si è detto, di una prospettiva delineata unicamente nel quadro di una storia degli studi anglosassoni, e ancora più in particolare in rapporto a una specifica tradizione di studio e insegnamento: come lo stesso Autore dichiara: «Lo sviluppo di questo libro di testo riflette le modalità di evoluzione dell'antropologia medica nella Università del Kansas dagli anni Sessanta ad oggi». Ma questo è un limite generale delle antropologie anglo-americane, limite che, anzi, Jenzen tenta di attenuare, se non proprio di superare, dal punto di vista della ricchezza delle tematiche affrontate, cercando costantemente di contestualizzare le prospettive dell'antropologia medica contemporanea in una visione globale. In tale quadro gli esempi assumono una importanza centrale. In particolare gli esempi africanisti, che, meritoriamente, non separano l'antropologia medica dai risultati delle ricerche etnografiche sulle forme del conflitto sociopolitico e culturale contemporaneo, e dei suoi riflessi sui processi di salute-malattia. Di qui l'importante spazio dato alle tematiche della guerra e, più in generale della violenza, nelle diverse sezioni del volume.

Il testo è corredato di oltre venti "finestre" esplicative, spesso illustrate, su progetti di ricerca, su quadri storico-medici o su specifiche tradizioni medico-culturali. Alla fine di ciascun capitolo sono presentate delle schede riassuntive che fissano i punti teorici nodali, ipotizzano domande cui rispondere, esemplificano per punti chiave teorie e problematiche presentate nel capitolo. Al termine del volume un articolato glossario

e un esteso indice analitico costituiscono non soltanto utili strumenti di spiegazione e comprensione del lessico antropologico-medico, ma danno anche una chiara e immediata visione del percorso seguito dall'Autore nella *Social fabric of health*.

[GPi]

**Susan REYNOLDS WHYTE - Sjaak VAN DER GEEST - Anita HARDON**, *Social lives of medicines*, Cambridge University Press, Cambridge, 2002, 200 pp. (Cambridge studies in medical anthropology, 10).

Un libro scritto da tre Autori, tre antropologi che già nel 1996 avevano lavorato insieme a una importante rassegna sull'antropologia dei farmaci (*The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach*, "Annual Review of Anthropology, 25, 1996, pp. 153-178). Fin da allora l'approccio "biografico" si svelava come tentativo di seguire il farmaco non soltanto negli usi "culturali", ma nella sua più complessa e articolata "vita sociale", ricostruendone le tappe: dalla produzione industriale, alla distribuzione commerciale, alla pratica culturale. Nel farmaco si cristallizzano complessi significati socioeconomici e politico-culturali, che lo qualificano come un prodotto strategico per le forme contemporanee di biopolitica, cioè i modi attraverso i quali le istituzioni agiscono sulla vita plasmando l'idea stessa di corporeità, soggettività, persona. Ricchissimo di esempi etnografici relativi a inchieste condotte sia in Europa sia in Paesi non occidentali, il volume è strutturato in quattro capitoli. A un'ampia introduzione tematica e metodologica sulle possibilità aperte da una antropologia della "materia medica", ovvero dei rimedi terapeutici prodotti dalla medicina solitamente chiamati "medicine" o "droghe", seguono tre ampi capitoli. Il primo, *The consumers*, è impostato su esemplificazioni etnografiche che sciolgono l'astrattezza della categoria di "consumatore" nella concretezza delle storie di persone

in carne ed ossa: madri di diversi Paesi osservate nel rapporto con i figli connesso all'efficacia dei farmaci; contesti di comunità di piccola scala, in cui la produzione di medicine ha una sua tradizione locale, diremmo "popolare"; donne sottoposte a un trattamento farmacologico dell'ansia in diversi contesti; infine un'analisi dei casi di sfiducia e rifiuto dei farmaci, con un'attenzione alle motivazioni personali o culturali che giustificano lo scetticismo di questi consumatori dubbiosi. Il secondo capitolo, *The providers*, esamina le figure dei produttori e dei fornitori: esempi etnografici sul processo storico-economico di commercializzazione dei farmaci e sui rischi correlati di mercificazione della salute; sulle figure dei farmacisti, spesso mediatori fra medici e pazienti o medici essi stessi; sugli "iniezionisti", cioè su quelle figure di operatori che, nei diversi contesti culturali, si specializzano nel praticare le iniezioni; infine le diverse forme culturali della prescrizione dei farmaci. Un capitolo dunque che vede l'oggetto farmaco trasformarsi a seconda delle azioni e delle persone cui esso si associa. Il terzo capitolo, *The strategists*, fa riferimento alle burocrazie nazionali e internazionali che pianificano la produzione, la diffusione e il consumo. Si tratta dunque di un capitolo conclusivo, che lavora sulle connessioni globali: dalla produzione industriale che confonde sempre di più, e talvolta in maniera preoccupante, le questioni scientifiche e gli obiettivi commerciali, ai pianificatori globali delle strategie politico-economiche connesse alla distribuzione nel mondo dei farmaci principali. Il volume si chiude con delle conclusioni riflessive: gli Autori fanno il punto sull'ambigua efficacia sociale dei farmaci, ovvero sulla produzione di socialità attraverso i farmaci, ponendo esigenze di ripensamento delle categorie teoriche e delle metodologie di ricerca che questo complesso e denso oggetto sociale contribuisce a sollecitare.

[GPi]

**Domenico SCAFOGLIO - Simona DE LUNA, *La possessione diabolica*, Avagliano Editore, Cava de' Tirreni (provincia di Salerno), 2002, 382 pp. (Il Minotauro, collana diretta da Domenico SCAFOGLIO).**

Il volume presenta gli esiti di una ricerca etnografica sulle forme della possessione diabolica e dell'esorcismo in Campania [ricerca di cui il nostro lettore ricorderà la dettagliata scheda pubblicata nella rubrica *Osservatorio. Lavori in corso* sul numero 5-6, ottobre 1998, di questa Rivista, alle pp. 332-333: a tale scheda si rimanda anche per le informazioni sulla impostazione della ricerca e per eventuali contatti con gli Autori]. Numerosi casi vengono descritti e interpretati, ricostruiti attraverso la ricerca d'archivio o osservati nei contesti domestici e nei santuari. Gli Autori si muovono prevalentemente sul territorio campano, seguendo i fenomeni di possessione e le pratiche di esorcismo nelle aree urbane e rurali delle diverse province in cui essi hanno avuto luogo, non senza una attenzione, diretta, comparativa e/o bibliografica, ai vari momenti "classici" della possessione in Italia: come il tarantismo pugliese, il culto di san Donato a Montesano (provincia di Lecce), il caso degli *spiridati* di Serra San Bruno, in Calabria, o anche i santuari "esorcistici" dell'Italia settentrionale, a Clauzetto, in Friuli, o a Sarsina, in Romagna. Nella ricostruzione delle storie di possessione (effettuata attraverso ricerche storiografiche e, più spesso, colloqui e interviste con i sacerdoti o con le famiglie), viene posta una particolare attenzione alle modalità culturali di quella che appare agli Autori come una "scissione dell'Io": una esperienza non concepita nei termini di una fenomenologia psicologica non storicizzabile, ma intesa, antropologicamente, come produzione di specifiche immagini culturali, costruite ma anche "vissute", nel quadro di «un complesso sistema di credenze» la cui esplorazione è l'obiettivo del volume.

Tematiche classiche della fenomenologia di possessione vengono affrontate in ri-

ferimento a casi concreti: l'incorporazione degli spiriti, la prevalenza delle donne, la valenza terapeutica dei rituali esorcistici, il rapporto con il mondo dei morti, l'efficacia magica degli oggetti e delle varie sostanze, le polimorfe figure del diavolo, l'azione esorcistica di Gesù Cristo come referente mitico-rituale. Questo particolare tipo di possessione – quella "diabolica", appunto – si innesta dunque nel quadro storicamente profondo delle pratiche cristiane nell'Europa occidentale. Per questo gli Autori mettono in campo strumenti di indagine etnografica e storico-archivistica, e metodologie comparative. Utili digressioni teoriche fanno da contrappunto alle descrizioni etnografiche dei casi e non mancano di individuare i punti di contatto della possessione diabolica con l'ampia casistica mondiale delle possessioni spiritiche, esterne alla tradizione cattolica o frutto di complessi sincretismi con essa. Fin dalla impostazione del lavoro emerge la consapevolezza del carattere complesso e denso di un fenomeno troppo spesso descritto quasi esclusivamente sulla base di tipologie e definizioni assunte come scontate: lo stesso termine "possessione", infatti, risulta pura esercitazione classificatoria qualora non lo si contestualizzi in determinati quadri storico-culturali. Ed è questa costante esigenza di contestualizzazione socio-storica e antropologico-religiosa che, nonostante le difficoltà derivanti dall'ampiezza del territorio scelto per l'indagine, pare guidare i due studiosi nelle diverse fasi di ricerca e di scrittura. La varietà dei casi censiti e descritti consente di rinnovare le tipologie classiche della possessione, ma al tempo stesso fa intravedere complesse specificità locali che si offrono alla lettura come interessanti spunti per approfondimenti monografici. Sul piano metodologico gli Autori dichiarano come comprendere e interpretare la possessione abbia significato confrontarsi «con le cifre adottate dalle persone coinvolte nell'insieme dei fatti che la costituiscono e inquadrala nel loro sistema di pensiero oltre che nel loro

vissuto». La procedura etnografica appare fondata su una progressiva visione dall'interno che «ci ha obbligato a tener presente simultaneamente: il punto di vista del cattolicesimo ufficiale e delle sue varianti local-popolari, il punto di vista del posseduto, che non sempre col primo coincide, e quello dei suoi parenti e della gente del paese o del quartiere cittadino». Una metodologia che cerca di cogliere alcuni momenti dello stesso processo di costruzione del fenomeno, a partire dalle diverse persone e istituzioni che ne negoziano la realtà. In sostanza questo lavoro s'inquadra in quella linea italiana di studi antropologico-storico-religiosi caratterizzata da un metodo comparativo controllato da una notevole sensibilità storiografica. In questo senso il testo contribuisce a riprendere il filo di un ragionamento sul quale occorrerà tornare, per entrare nel merito della specificità della possessione in Europa, una tematica, questa, che ha visto, proprio negli ultimi anni del Novecento, una nuova ripresa del dibattito antropologico anche nel nostro Paese.

Il testo è strutturato in due ampie parti cordate di una ricca appendice. Esso, quindi, "cataloga" tematicamente i materiali etnografici e le digressioni storiche e teoriche. Pertanto, seguendo l'indice, possiamo avere un quadro abbastanza chiaro del percorso di ricerca e di scrittura scelto dagli Autori. La prima parte, *La possessione diabolica*, consta di dodici capitoli: 1. *La possessione spiritica e diabolica e le sue forme storiche* / 2. *Eziologia mitica della possessione* / 3. *Le radici del dolore* / 4. *Le incorporazioni* / 5. *Possessione e trance* / 6. *Modi e forme culturali della dissociazione* / 7. *Visioni e allucinazioni* / 8. *Comportamenti autolesionistici e aggressivi* / 9. *Prodiggi e meraviglie* / 10. *La recita del dolore* / 11. *Liberazione della mente e del corpo?* / 12. *Vita quotidiana del/col posseduto*; la seconda parte, *L'esorcismo*, consta di 19 capitoli: 1. *Cura guarigione, liberazione* / 2. *Dai "rimedi naturali" allo stile di vita* / 3. *L'esorcismo nell'Occidente cristiano* / 4. *Operatori divini e santuari miracolosi* / 5. *Opera-*

*zioni preliminari, primi riti* / 6. *L'interrogatorio, tra repressione e abreazione* / 7. *Chi sei? L'identificazione generica e quella specifica* / 8. *Ragioni e reazioni del diavolo* / 9. *La tattica dell'esorcista e quella del diavolo* / 10. *Sessualità e possessione* / 11. *Altre pratiche, tra esorcismo ed estasi* / 12. *La comunità e i posseduti* / 13. *Tribolazioni, tentazioni e gratificazioni dell'esorcista* / 14. *Quando i demoni vanno via* / 15. *Dopo l'esorcismo. Sulle guarigioni* / 16. *Gli esorcismi extra-liturgici* / 17. *Verso una sintesi* / 18. *Decadenza del rito, trasformazioni e resistenze* / 19. *Sociologia della possessione. In appendice il volume reca alcune Storie di possessione, racconti di casi tratti dal diario e dalle interviste etnografiche.*

[GPi]

**Elisabetta SILVESTRINI - Gian Paolo GRI - Riccarda PAGNOZZATO / Riccarda PAGNOZZATO (curatore), *Donne Madonne Dee. Abito sacro e riti di vestizione, gioiello votivo, "vestitrici": un itinerario antropologico in area lagunare veneta, Il Poligrafo, Padova, 2003, 313 pp., 48 tavv. f.t.***

Il volume, realizzato con un contributo della Regione del Veneto, è il frutto di un ampio lavoro di ricerca concernente le Madonne "da vestire" nel territorio veneziano: simulacri religiosi tridimensionali in legno o in altri materiali, «effigi, destinate al sacro, i cui rivestimenti in abiti di tessuto sono già stati previsti nelle fasi di costruzione: si tratta di manichini, completi e rifiniti esclusivamente nelle parti del corpo (testa, mani e piedi) che restano visibili anche a rivestimento completo, mentre il corpo e le zone superiori degli arti, non destinati alla visibilità, appaiono modellati senza troppe rifiniture, anche se molto curati negli aspetti funzionali (sostegno del corpo e delle vesti, eventuali articolazioni degli arti)» [p. 17]: un oggetto finora trascurato per differenti ragioni sia dagli storici dell'arte sia dagli antropologi. In merito agli esemplari veneziani fi-

nora riscontrati – come avverte Riccarda Pagnozzato nella *Introduzione* al volume – «Le prime testimonianze documentarie iniziano nel 1411 per diventare via via più cospicue, fino a raggiungere il culmine nel 1700» [p. 11]. Per strumentare la ricerca «è stato fatto un censimento delle chiese veneziane e delle isole attraverso i documenti d'archivio, che hanno rivelato, nei lunghi elenchi di suppellettili e paramenti, il ricco guardaroba mariano» [p. 11]. Da tale censimento era risultata peraltro una prima pubblicazione curata dalla stessa Riccarda Pagnozzato, *Madonne della Laguna. Simulacri "da vestire" nei secoli XIV-XIX* e promossa dalla Regione del Veneto nell'ambito della collana "Cultura popolare veneta" (Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma, 1993). A differenza della prima, questa seconda pubblicazione, anche per il contributo dei due nuovi co-autori, appare fortemente orientata in senso antropologico, e risulta articolata in tre parti: *Abiti e simulacri. Itinerario attraverso mitologie, narrazioni e riti* (di Elisabetta Silvestrini, pp. 15-65), *Ori e madonne. I gioielli votivi dei simulacri "da vestire" veneziani* (di Gian Paolo Gri, pp. 67-97), e *Le donne delle vestizioni e i simulacri mariani* (di Riccarda Pagnozzato, pp. 99-260), seguite da una serie di apparati in *Appendice* (pp. 261-313, cui hanno collaborato Sabrina Mazzariol e Anna Maria Cappellaro).

In questa sede ci limiteremo ovviamente a mettere in evidenza alcuni significativi apporti forniti dal volume con riguardo alla antropologia medica.

Nel contributo di Gian Paolo Gri, focalizzato sui gioielli di cui venivano adornate le Madonne al momento della loro vestizione, ha un certo interesse sottolineare, «per il legame [...] dei gioielli votivi con i doni dotali e controdotali», l'osservazione sulla «presenza massiccia, negli inventari, delle perle: dono matrimoniale per eccellenza, a Venezia» e sulla «stretta associazione della perla con la femminilità, il matrimonio e la fertilità [il corsivo è mio, TS] e il triplice simbolismo che collega la

perla all'acqua, alla luna e alla donna. E perciò alla Madonna» [pp. 80-81]. E la osservazione che «il dono degli ori» alla Vergine, per la sua vestizione, considerata «la complessità degli aspetti che coinvolge (da quelli economici a quelli emotivi) trova piuttosto collocazione nella categoria delle "preghiere materializzate": in un contesto religioso ancora lontano da quello che accorda privilegio assoluto alla preghiera soltanto parlata (o addirittura soltanto pensata), vicino invece all'esperienza religiosa che investe in maniera piena la dimensione della corporeità [il corsivo è mio, TS]» [pp. 74-75]. Così, «L'incomprensione o il sospetto verso la dimensione religiosa impastata nella corporeità, non spiritualizzata, ha segnato il destino non solo dei nostri simulacri "da vestire", e dei loro abiti, ma anche dei loro corredi di preziosi: messi a margine, sostituiti, fusi, sventuti, lasciati rubare, nel migliore dei casi rubati alla vista – ma almeno conservati – nel caveau di qualche banca» [p. 75].

Le implicazioni più abbondanti per l'antropologia medica si trovano tuttavia nel saggio di Elisabetta Silvestrini, in cui peraltro quanto riguarda le veneziane Madonne "da vestire" viene via via contrappuntato con precisi riferimenti ad altri contesti territoriali e religiosi, dalle pratiche di vestizione di simulacri delle divinità nel mondo classico, a quelle dei Santi e di Gesù Bambino, a quelle dei defunti fino al '700, a quelle delle statue profane o delle effigi burlesche (come per il Pasquino o Madama Lucrezia, a Roma).

Così, viene affrontato il tema della identificazione tra il simulacro e la divinità che esso rappresenta, l'acquisizione – nella materialità fisica del simulacro – della potenza divina e dei suoi straordinari effetti. «Agli oggetti e alle reliquie posti a contatto con le effigi viene in molti casi attribuito lo stesso valore degli oggetti e reliquie posti a contatto con i corpi dei santi: fazzoletti strofinati sulle immagini, frammenti di abiti indossati dei simulacri, testa, piedi e mani dei simulacri stessi



risultano carichi di potenza analoga ed equivalente rispetto agli oggetti posti a diretto contatto con il sacro, come frammenti di ossa, acque della manna, pietre della grotta e così via» [p. 23]. Ma «Anche in altri contesti il contatto con i corpi divenuti sacri o “eccellenti” avviene attraverso la mediazione degli abiti [...] Era consuetudine, in passato, che il papa donasse alcuni esemplari del suo copricapo, la *papalina*, alle persone che riceveva in udienza; prima di offrirla in dono, il papa la indossava un attimo, quasi a caricarla di un potere speciale» [p. 23]. Appunto per questo si riteneva a Venezia che il ruolo di “vestitici” dei simulacri comportasse un vero e proprio incontro con il sacro e perciò tale ruolo veniva affidato seguendo particolari e precise regole [p. 26].

A questa tematica Elisabetta Silvestrini collega quella del carattere sacrale dei manti dei re e della funzione magico-religiosa dei simboli che vi erano rappresentati, anche in ragione della diffusa concezione della “regalità divina” [pp. 35-36] – la concezione, cioè, del carattere divino della persona del re o di un mandato divino che comunque ne legittima il ruolo –: e qui viene fatto di ricordare le immagini simboliche dei mantelli sciamanici e quelle degli imperatori di Cina, di cui risultano peraltro indubbie le antiche funzioni sciamaniche.

Ma un particolare interesse per l'antropologia medica rivestono nel contributo di Elisabetta Silvestrini i successivi paragrafi del II capitolo: *Le vesti malefiche* (pp. 36-40), *Vesti taumaturgiche, vesti simboliche* (pp. 40-45), *Mantelli cosmici* (pp. 45-48), *Cinture* (pp. 48-50), e *Gli abiti della Vergine* (pp. 50-54).

Sulla scorta di numerosi autori vi appare documentata la affermazione che «nel mito e nella letteratura gli abiti esercitano, in alcuni casi, una forza soprannaturale, magica, riparatrice o taumaturgica o, al contrario, venefica e distruttrice» [p. 36]: una potenza «particolarmente

efficace negli indumenti, nelle calzature e nei gioielli posti a diretto contatto con il corpo, del quale possono assorbire i flussi vitali» [p. 37]. Così, «vesti intrise di poteri malefici o possedute da spiriti maligni erano diffuse in passato in numerose civiltà. Nella maggior parte dei casi, si tratta di procedimenti di trasferimento della negatività, su oggetti e indumenti, a scopo di espulsione del male, o di tabuizzazione degli abiti regali» [p. 39]. «Gli abiti regali indossati, senza permesso, dalle persone comuni potevano divenire malefici. È il caso degli abiti sacri del *mikado* nel Giappone antico [...] Analogamente, in Polinesia era proibito usare gli indumenti dei re e dei sacerdoti, sotto pena di malattie e morte. Gli abiti usati in determinate circostanze, o appartenuti a particolari personaggi, finivano con il caricarsi di poteri negativi. Gli abiti indossati durante il periodo del lutto, e le ricche vesti dei re e dei sacerdoti, venivano ritenuti carichi di impurità, o dell'intoccabile potere della regalità; spesso questi abiti, una volta caduti in disuso, per evitare qualsiasi forma di contagio venivano distrutti, anziché ceduti ad altri per essere riutilizzati» [pp. 39-40].

Al contrario, come si è riportato, il potere delle vesti è talora positivo. «Gli abiti dei santi sono spesso entrati a far parte dei patrimoni di reliquie loro attribuite *post mortem*, reliquie dotate di potere benefico e taumaturgico. In alcuni casi, anche in vita i santi trasmettevano il loro potere taumaturgico attraverso le vesti» [p. 40]. E «Se ai re europei erano attribuite proprietà taumaturgiche – come, nel periodo merovingio e carolingio, il potere di guarire con un tocco gli ammalati di scrofola –, anche i loro abiti si caricavano di almeno una parte di queste virtù» [pp. 40-41].

In merito, Elisabetta Silvestrini riporta una ricca documentazione transculturale concernente, in particolare, le funzione magico-religiose protettrici affidate ai mantelli, di vario tipo, e alle cinture femminili [pp. 45-54]. Peraltro, la funzione protet-

trice affidata simbolicamente al mantello della Vergine è largamente documentata nella agiografia popolare, nella iconografia pittorica e nelle stesse figurazioni – aggiungerei – degli stendardi che per secoli hanno guidato le processioni volte ad impetrare l'intervento di Maria in occasione delle ricorrenti epidemie di peste e di colera che hanno funestato le nostre città.

[TS]

**Rachel E. SPECTOR**, *Cultural diversity in health & illness*, V ediz., Prentice Hall Health, Upper Saddle River (New Jersey), 2000, 349 pp.

L'Autrice di questo volume è *associate professor* alla Boston College School of Nursing, nel Massachusetts. Si tratta infatti di un manuale "culturale" a carattere antropologico destinato alla formazione infermieristica. Come accade in molti di questi casi, la strategia scelta dall'Autrice è quella di un forte differenzialismo culturale che attinge con competenza alla casistica sociologica, etnologica e folklorica, anche se di matrice esclusivamente anglosassone. Il testo ha un carattere essenzialmente didattico: ciascuna delle tre *units* è preceduta da uno schema che focalizza le questioni principali da assimilare alla lettura, e che vorrebbe al tempo stesso fungere da guida per il docente. Si tratta di una griglia che prevede anche esercizi interattivi (del tipo: «Traccia una descrizione delle pratiche di gestione della salute nella tua famiglia»). Nella prima parte vengono forniti i concetti di base. In primo luogo "Che cos'è la salute?". E anche qui, dopo aver fornito una buona e larga comparazione sulle teorie della salute in diverse aree disciplinari, il testo introduce esercizi di descrizione del termine "salute" nelle parole stesse degli studenti di infermieristica. La seconda parte affronta ampiamente la questione culturale fornendo elementi di antropologia teorica sul

concetto di cultura, sull'acculturazione, sulla nozione di patrimonio culturale. Si apre a partire da questa introduzione culturale, una lunga serie comparativa dedicata alla descrizione delle diverse "tradizioni mediche" e delle diverse forme culturali di terapia. Di ampio respiro appaiono le casistiche etnografiche sulle terapie magico-religiose, accompagnate da riflessioni teoriche sul concetto di credenza e sulla sua rilevanza nei processi di salute-malattia. Non viene tralasciata la questione epidemiologico-demografica in rapporto alla individuazione dei fattori sociali e culturali che costituiscono i "determinanti" di salute nei diversi contesti. La terza *unit* è la più ampia, ed è costituita da cinque capitoli, tutti dedicati a una selezione di quelle che vengono considerate dall'Autrice le «principali visioni tradizionali della salute e della malattia». È in questi capitoli che la scelta analitica e didattica si rivela, sia nella sua efficacia, sia nei suoi limiti. L'efficacia consiste nel sottolineare il carattere storico-culturale, e non esclusivamente biologico o "naturale", delle patologie, nonché nel riscontrare e valorizzare la variabilità delle pratiche di gestione della salute, di trattamento dei malati e di ricerca della guarigione. I limiti consistono invece nella stessa scelta differenzialistico-culturale: la costruzione di un catalogo delle "principali culture" esistenti nel mondo, tende, anche se per motivi di strategia didattica, a essenzializzare il concetto stesso di cultura. Ma si tratta di limiti interni a questo tipo di letteratura a carattere antropologico per infermieri, sulla quale la riflessione è aperta (in questi casi, infatti, è operazione facile sollevare dubbi di correttezza metodologica sui rischi di essenzialismo culturale; più difficile è provarsi a costruire testi di questo tipo, fondandoli su una rigorosa teoria critica della produzione culturale). Il volume è corredato di otto appendici impostate su suggerimenti per la strutturazione delle lezioni o la messa a punto degli strumenti didattici e di ricerca (sche-

de e temari); oppure contenenti indirizzari sulle istituzioni statunitensi in cui vengono praticate le diverse forme di medicina alternativa esaminate nel testo.

[GPi]

**Sandro SPINSANTI**, *Chi decide in medicina? Dal consenso informato alla decisione consensuale*, **Zadig Roma, Roma, 2003, 155 pp.**

Il volume, anche a causa della sua relativa ampiezza, viene presentato dall'Autore come «libretto dedicato ai medici che hanno poco tempo». Si tratta in effetti di uno strumento concepito per la riflessione e l'aggiornamento in un settore non strettamente specialistico-professionale ma fondamentale per una corretta comprensione dei rapporti tra professionisti sanitari e loro pazienti.

Il materiale proposto costituisce una sintesi del prolungato lavoro di formazione condotto dall'Autore con medici e infermieri, e dunque come una sorta di manifesto in cui le principali domande che si pongono i professionisti della salute rispetto al consenso informato, i vari dibattiti sulle principali questioni etiche, trovano una risposta concreta. Ciò che ci si propone è di stimolare la ricerca di soluzioni appropriate di fronte a situazioni problematiche, guidando il lettore in un percorso di autoformazione. Si parte infatti dal presupposto che seppure l'etica abbia molto da dire sul profilo che deve assumere la nuova relazione terapeutica, non possono essere gli "esperti" di etica a trasferire il proprio sapere, quanto gli stessi professionisti sanitari, che hanno il compito di riappropriarsi del sapere pratico che gli appartiene. Ecco perché il volume si apre con un test di verifica delle conoscenze del lettore rispetto ai temi trattati, con l'invito esplicito a ripetere il test una volta terminata l'intera lettura. Si prosegue poi con l'analisi storica del concetto di "consenso informato" e sulla definizio-

ne del suo campo di applicazione, con la citazione di alcune ricerche empiriche sul suo uso in Italia e sull'apparato legislativo che lo definisce, e infine con l'approfondimento di alcune questioni centrali quali il tipo di relazione che è bene intrattenere con il paziente e i suoi famigliari, e il modo più idoneo di rapportarsi al paziente minorenne.

Fin dalle prime pagine dell'introduzione, inoltre, l'Autore apre con una serie di assunti di carattere generale dai quali la sua riflessione teorica prende le mosse e rispetto ai quali il lettore dovrà confrontarsi e misurarsi: la constatazione di un cambiamento profondo avvenuto di recente nei rapporti tra medici e pazienti, che si attendono un atteggiamento diverso dai servizi sanitari anche e soprattutto rispetto alla questione dell'informazione; la critica rispetto alla pratica attuale del "consenso informato", che «non solo non migliora i rapporti con i pazienti, ma rischia di provocare un ulteriore scollamento tra chi eroga servizi e chi li riceve» (p. 8); la rivalutazione della "etica medica tradizionale" come un valore da non rinnegare ma da coniugare con una tendenza che porti alla realizzazione di un modello sempre più consensuale.

[MPe]

**DIPARTIMENTO DI STORIA, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA (2003)**, *Per André Vauchez. I miracoli di Antonio il Pellegrino da Padova (1267-1270)*, **Il Poligrafo, Padova.**

Antonio, di Marsilio di Andrea Clarioto e di Dolcemia, detto il Pellegrino per aver visitato i santuari di mezza Europa, moriva a Padova il 30 gennaio 1267. Il suo sepolcro nel monastero di Santa Maria di Porciglia divenne a sua volta luogo di pellegrinaggio e a Antonio il Pellegrino – la cui figura si lascia agevolmente inserire all'interno della produzione di santità locale due-trecentesca, guardata dunque con

diffidenza dalla Chiesa ma “festeggiata” dalle autorità comunali – sono attribuite, in due fasi (2 febbraio - 31 marzo 1267 e 12 agosto 1267 - 17 aprile 1270), 49 intercessioni miracolistiche che hanno guarito altrettanti postulanti.

Il notarile puntiglio con cui sono descritte le prodigiose guarigioni ci consegna quadretti proto-etnografici molto interessanti delle forme rituali e devozionali che la ricerca di salute attraverso mediatori carismatici assume nel Basso Medioevo e ci documenta la persistenza di formazioni culturali arcaiche che il processo di cristianizzazione aveva combattuto o inglobato a seconda dei casi. Ogni guarigione è certificata dalla presenza di autorità ecclesiastiche locali che garantiscono l'ortodossia del rituale effettuato e dell'intervento miracolistico; cittadini notabili testimoniano, invece, l'effettività della malattia, la sua gravità e l'inutilità di ogni precedente ricorso alle cure mediche. Gli *egroti*, con gli arti contratti e le ossa fratturate, sofferenti di gotta o di apostema, si

rivolgono personalmente al santo. Si dispongono sul sepolcro, si sdraiano a volte e a volte applicano la terra del sepolcro direttamente sulla *phystula*, e ottengono la guarigione. Che a volte arriva l'indomani mattina, dopo una notte al sepolcro. E a completare gli indizi di riferibilità alla incubatio classica c'è l'apparire del santo in sogno.

Il corpus agiografico riguardante Antonio il Pellegrino era già stato studiato e questa figura di santo locale era ben conosciuta; il libro, dedicato ad André Vauchez in occasione del suo pensionamento dall'École Française de Rome, è la pubblicazione del dossier dei miracoli avvenuti sulla tomba di Antonio il Pellegrino. Come si avverte in premessa: un gioiello della documentazione italiana in materia di santità, miracoli e canonizzazioni viene offerto ad un caposcuola della storiografia contemporanea che aveva fatto, di questi stessi ambiti, il suo campo elettivo di studi.

[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.

Da questo fascicolo 15-16 di *AM*, la sezione 08. *Spoglio dei periodici* viene ristrutturata e "spostata" al nostro sito web ([www.antropologiamedica.it](http://www.antropologiamedica.it)) con le variazioni qui di seguito indicate.

A. Le informazioni vengono "sganciate" dalla periodicità dei singoli fascicoli della nostra rivista e compariranno nel sito web a mano a mano che procederà lo spoglio.

B. Nel sito web tali informazioni rimarranno stabilmente, sotto le indicazioni delle singole testate, al fine di costituire, in riferimento a ciascuna di esse, un repertorio bibliografico permanente degli articoli di interesse antropologico-medico via via pubblicati.

C. Per alleggerire la consultazione, in riferimento ai periodici che (a) hanno esclusiva attinenza con l'antropologia medica o con le discipline immediatamente contermini (nei quali perciò ha poco senso selezionare i lavori giacché la totalità degli articoli è da considerare di fatto per noi pertinente), e che (b) collocano gli

indici dei singoli fascicoli sui propri siti web (o sui siti web dei rispettivi editori), verranno indicate da parte nostra solo le informazioni relative alla testata seguite dalla indicazione del relativo sito web.

I periodici che rispondono a queste due condizioni e rientrano perciò in questa ristretta categoria sono (allo stato attuale): **Anthropology & Medicine / Culture, Medicine and Psychiatry / Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie / Journal of Medical Anthropology and Transcultural Psychiatry / Medical Anthropological Quarterly / Medical Anthropology / Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie / Psychopathologie Africaine / Social Science and Medicine / Transcultural Psychiatry.**

## 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.

### ■ *Università degli studi di Firenze, Dipartimento di scienza della politica e sociologia*

#### □ tesi di laurea

GALLERINI Franco, GIOVANNINI Paolo (relatore), *Cittadini di fronte alla sanità: uno studio di caso, Corso di laurea in scienze sociali, Facoltà di scienze politiche "Cesare Alfieri", anno accademico 2002/2003 [sulla gestione dei reclami nelle ASL, con riferimento a una ricerca condotta in Toscana presso la ASL n. 11 di Empoli].*

*Università degli studi di Perugia, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio*

➔ Per precedenti elenchi di tesi prodotte

in questa istituzione vedi *AM* nn. 1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 9-10.

#### □ tesi di laurea

ATZORI Giulietta, CHANG Tung Anna (relatore), *Mente umana e squilibrio emotivo nella cultura cinese, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.*

BAGAGLIA Carlotta, SEPPILLI Tullio (relatore), *L'integrazione delle terapie non convenzionali nelle opinioni e nelle scelte operative dei medici generalisti e dei pediatri di libera scelta. Una inchiesta nel distretto n. 1 dell'Azienda U.S.L. n. 2 della regione dell'Umbria, 2 voll., Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2001.*

BAGIACCHI Sonia, PIZZA Giovanni (relatore), *Le guarigioni carismatiche al Santuario di S. Michele Arcangelo a Cortona (provincia*

di Arezzo), Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**BALDONI Alessia, PIZZA Giovanni (relatore)**, *Antropologie della possessione. La rivisitazione della possessione nelle riviste internazionali di antropologia dal 1994 al 2000*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**BARDASCINI Chiara, PIZZA Giovanni (relatore)**, *Esperienza del parto e nuove tecniche: indagine antropologica negli ospedali di: Perugia, Assisi, Città di Castello, Foligno, Gubbio e Piombino*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**CAPONNETTO Giuseppina, PIZZA Giovanni (relatore)**, *Il contributo dell'antropologia medica di Tullio Seppilli all'educazione sanitaria*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

**CAPRIOTTI Patrizia, BARONTI Giancarlo (relatore)**, *I denti fra dimensione biologica e significato culturale. Dal testo di Leo Kanner (Folklore of the teeth - 1928) alle più recenti interpretazioni antropologiche*, Corso di laurea in lingue e letterature straniere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

**CARLINI Ilaria, BARTOLI Paolo (relatore)**, *Yolotzin: vita, cuore, anima. Le radici precolumbiane del concetto di anima nella Mesoamerica*, Corso di laurea in lingue e letterature straniere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**CARMIGNANI Giovanni, PIZZA Giovanni (relatore)**, *La santeria cubana: origini storiche e pratiche contemporanee*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**CARRERA Antonella, BARTOLI Paolo (relatore)**, *Itinerari di salute degli immigrati in Umbria: donne ecuadoriane a Perugia*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**CESARETTI Chiara, SEPPILLI Tullio (relatore)**, *Itinerari di salute degli immigrati in Umbria: i pazienti del Distretto sanitario di San Martino in Campo, U.S.L. n. 2 della Regione dell'Umbria (provincia di Perugia)*, Corso di

laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2001.

**CIABELLI Emanuela, BARONTI Giancarlo (relatore)**, *Credenze e pratiche demoiatriche nell'area occidentale del Lago Trasimeno (comuni di Tuoro sul Trasimeno, Castiglione del Lago e Panicale, provincia di Perugia)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2001.

**CONSIGLI Anna, PIZZA Giovanni (relatore)**, *Il rapporto infermiere paziente all'interno del Centro di igiene mentale di Città di Castello (provincia di Perugia)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**D'APRILE M.L. Giuseppina, SEPPILLI Tullio (relatore)**, *Correlazioni socio-culturali dell'Aids. Una rassegna dei contributi pubblicati su "Social Science and Medicine" (1986-2001)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2001.

**DELLO STRITTO Vanessa, PIZZA Giovanni (relatore)**, *La costruzione del "Sé" in una scuola di formazione per la Polizia di Stato*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**FILOMENA Maria Barbara, BARONTI Giancarlo (relatore)**, *Il culto di San Ciro medico e martire a Grottaglie (provincia di Taranto)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2001.

**FORTINI Laura, PIZZA Giovanni (relatore)**, *Il dibattito contemporaneo sulle mutilazioni genitali femminili. Una lettura antropologica*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

**GAREGGIA Pamela, PIZZA Giovanni (relatore)**, *L'efficacia terapeutica dell'arte. Un'analisi antropologica di alcune pratiche artistico-terapeutiche*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

**GINOCCHIETTI Micaela, PIZZA Giovanni (relatore)**, *La nozione di persona in antropologia. Quadro teorico e uno studio critico sul concetto di persona nell'attuale dibattito sull'immigrazione*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.



**GRILLO Romina, PIZZA Giovanni (relatore)**, *Un rituale terapeutico di immersione nelle acque del Santuario dell'amore misericordioso. Inchiesta etnografica a Collevalenza (provincia di Perugia)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**LA GRECA Annachiara, BARTOLI Paolo (relatore)**, *Itinerari di salute degli immigrati in Umbria: i Marocchini ad Umbertide (provincia di Perugia)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**LATTANZI Patrizia, BARTOLI Paolo (relatore)**, *Itinerari di salute degli immigrati in Umbria. Albanesi a Perugia*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

**LATTERINI Sonia, BARTOLI Paolo (relatore)**, *Itinerari di salute degli immigrati in Umbria: le donne dell'Europa dell'Est nell'area di Deruta (provincia di Perugia)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**MANCINI Katia, PIZZA Giovanni (relatore)**, *Mobbing. Costruzione sociale di una sindrome. Una ricerca di antropologia medica*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**MARIANI Lorenzo (candidato), BARTOLI Paolo (relatore)**, *Il contributo di Tullio Seppilli all'antropologia culturale e all'antropologia medica italiane*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

**MIMMO Sara, PIZZA Giovanni (relatore)**, *Corpo, salute e malattia in internet. Analisi dei siti e dei newsgroup*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**OCCHIBIANCHI Francesca, PIZZA Giovanni (relatore)**, *Clown-dottori, comicità e umanizzazione dell'ambiente ospedaliero. Riso e "buonumore" nel processo di guarigione dei piccoli pazienti presso l'Ospedale Meyer di Firenze*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**PALAZZOLI Micaela (candidata), CASTELLI Enrico (relatore)**, *L'invenzione dell'alterità: la percezione occidentale delle mutilazioni ge-*

*nitati femminili*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

**PANNACCI Mariangela, PASQUINI Caterina (relatore)**, *Itinerari di salute degli immigrati in Umbria: gli Albanesi a Terni*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2001.

**PICCHI Marta, PIZZA Giovanni (relatore)**, *Teorie dell'efficacia simbolica in antropologia da Claude Lévi-Strauss al dibattito contemporaneo*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

**PIMPINELLI Federica, BARONTI Giancarlo (relatore)**, *Credenze e pratiche popolari relative al malocchio e alla stregoneria nelle aree rurali del Comune di Collazzone (provincia di Perugia)*, 2 voll., Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**PODERINI M. Cristina, PIZZA Giovanni (relatore)**, *La rappresentazione televisiva del miracolo. Analisi antropologica della trasmissione "Miracoli" di Piero Vigorelli*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

**SABBATUCCI Raffaella, PIZZA Giovanni (relatore)**, *Psicoterapia e strutture intermedie a Spoleto: un esempio di antropologia della psichiatria*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**SANTARELLI Elena, PIZZA Giovanni (relatore)**, *"La buona novella della guarigione". Saggio di inchiesta su una comunità carismatica nella città di Terni*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**SANTINI Alessia, PIZZA Giovanni (relatore)**, *Balie e ballatico a Spoleto dal XVIII al XX secolo. Uno studio presso l'Archivio di Stato di Spoleto*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

**SCATENA M. Angela, PIZZA Giovanni (relatore)**, *Risveglio e memoria nell'esperienza dell'anestesia. Un'analisi antropologica della letteratura biomedica*, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

**SORCE Antonella, PIZZA Giovanni (relatore)**, *Giuseppe Pitre e la "Medicina popolare*

siciliana", Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

TARDETTI Piergiorgio S., BARTOLI Paolo (relatore), *Itinerari terapeutici degli immigrati in Umbria: i Fillippini a Perugia*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

TAVANTI Erica, FALTERI Paola (relatore), *Il furto della mela. La percezione e il consumo delle sostanze psicotrope nell'esperienza di giovani del comune di Cortona*, Corso di laurea in scienze dell'educazione, Facoltà di scienze della formazione, 2002.

TRECENTO Armando, PIZZA Giovanni (relatore), *L'Aids e l'antropologia. Aspetti storici e socioculturali di un'epidemia contemporanea*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

VOLPI Alessandra, PIZZA Giovanni (relatore), *La risata come strumento terapeutico. Una inchiesta antropologica sui clown di corsia nel reparto pediatrico dell'Ospedale civile di tesi (provincia di Ancona)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

ZINGARELLI Silvia, PIZZA Giovanni (relatore), *Anoressia nervosa. Presentazione e analisi di un caso clinico*, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

#### □ tesi di dottorato

MINELLI Massimiliano, SEPPILLI Tullio (tutor), *Retoriche della follia e pratiche della guarigione in una comunità urbana dell'Italia centrale. Tre fuochi di una indagine etnografica*, Dottorato di ricerca in Metodologie della ricerca etnoantropologica (XII ciclo), Università degli studi di Siena [sede amministrativa], Università degli studi di Cagliari - Università degli studi di Perugia [sedi consorziate], 2001.

MARTELLO Cristiano, SEPPILLI Tullio (tutor), *La moralità disturbata nel discorso psichiatrico italiano. Storia ed etnografia della diagnosi di disturbo della personalità*, Dottorato di ricerca in Metodologie della ricer-

ca etnoantropologica (XIII ciclo), Università degli studi di Siena [sede amministrativa], Università degli studi di Cagliari - Università degli studi di Perugia [sedi consorziate], 2002.

PELLICCIARI Maya, SEPPILLI Tullio (tutor), *La questione del "rapporto medico-paziente". Uno sguardo critico sulla letteratura e una ricerca etnografica in ambulatori di medicina generale nel Distretto n. 1 della ASL n. 2 (Perugia) della Regione dell'Umbria*, Dottorato di ricerca in Metodologie della ricerca etnoantropologica (XV ciclo), Università degli studi di Siena [sede amministrativa], Università degli studi di Perugia [sedi consorziate], 2003.

■ *Università di Roma "La Sapienza", Dipartimento di sociologia e comunicazione*

#### □ tesi di laurea

COLLA Martina, RAMI CECI Lucilla (relatore), *Biomedicina e medicina alternativa: il caso africano*, Corso di laurea in sociologia, Facoltà di sociologia, 2003.

PACINO Giuseppina, DI CRISTOFARO LONGO Gioia (relatrice), *Comicità: un'analisi di antropologia medica*, Corso di laurea in sociologia, Facoltà di sociologia, 2003.

TORREGGIANI Carla, DI CRISTOFARO LONGO Gioia (relatore), *Origini e sviluppo del fenomeno del vegetarianesimo*, Corso di laurea in sociologia, Facoltà di sociologia, 2003.

■ *Università di Roma "La Sapienza", Dipartimento di studi glottologici e discipline musicali*

➡ Per precedenti elenchi di tesi prodotte in questa istituzione vedi AM nn. 1-2, 3-4, 5-6, 7-8.

#### □ tesi di laurea

ADAMI Valeria, DEI Fabio (relatore), *La rinascita della pizzica e le sopravvivenze attuali del tarantismo*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, anno accademico 2002/2003.

ALCINI Francesca Romana, DEI Fabio (relatore), *Il rapporto medico-paziente nel Policlinico di Tor Vergata*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, anno accademico 2002/2003.

ASCOLI Sara, LUPO Alessandro (relatore), *Il disturbo ossessivo compulsivo. Riflessioni antropologiche sulla medicalizzazione del senso di colpa*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

BLASI Marianna, LUPO Alessandro (relatore), *Immigrati e salute: uno sguardo antropologico in un ospedale romano*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di scienze umanistiche, 2003.

BRASILE Paola, DEI Fabio (relatore), "Si be' no faci mali nemmancu!". *Pratiche della medicina popolare in Gallura*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, anno accademico 2000/2001.

CAPOTOSTI Stefania, LUPO Alessandro (relatore), *Corpi dentro di noi. La percezione culturalmente orientata della gestazione*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di scienze umanistiche, 2003.

CENTAROLI Claudia, DEI Fabio (relatore), *La magia della terra [su Wicca e neopaganesimo]*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, anno accademico 2002/2003.

COLLEPARDO Oriana, DEI Fabio (relatore), *Oroscopo e cultura astrologica tra innovazione e tradizione*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, anno accademico 2001/2002.

COLUZZI Giovanna, DEI Fabio (relatore), *I maghi in rete. Analisi descrittiva del fenomeno magico on-line*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, anno accademico 2002/2003.

CUOMO Nicoletta, LUPO Alessandro (re-

latore), *Farsi voce. Uno studio antropologico della funzione terapeutica della parola*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

KORENJAK Lorena, DEI Fabio (relatore), *Il corpo tra prospettive di cura e salvezza individuale: il caso del tai chi*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, anno accademico 2002/2003.

MARTINO Laura, LUPO Alessandro (relatore), *La medicina tradizionale tra i Saora dell'Orissa (India)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

MARZIONI Federica, LUPO Alessandro (relatore), *Il rapporto medico-paziente nell'ambulatorio del medico di famiglia*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

NESTOLA Katia, DEI Fabio (relatore), *La depressione e le medicine non convenzionali. Una prospettiva antropologica*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, anno accademico 2002/2003.

PEZZUOLO Alessandra, LUPO Alessandro (relatore), *Il punto di vista del paziente. Analisi antropologica della percezione dell'assistenza sanitaria nell'Agro pontino*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

VOTINI Francesca Romana, DEI Fabio (relatore), *La magia televisiva. Un'analisi antropologica dei consulti di cartomanti e maghi*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di scienze umanistiche, anno accademico 2001/2002.

■ *Università degli studi di Torino, Dipartimento di discipline artistiche, musicali e dello spettacolo*

□ *tesi di laurea*

RE Tania Simona, TESSARI Roberto (relatore), *L'eco che accenna "in nome di Asclepio". Guarire di arte. Morire di logos*, Corso di laurea in scienze dell'educazione, Facoltà di scienze della formazione, anno accademico 2001/2002.



## *In memoria di Arouna Keita*

Nel febbraio del 2001 a Bamako, Repubblica del Mali, si è spento Arouna Keita, membro del Comitato consultivo internazionale di questa rivista sin dal n. 5-6 (ottobre 1998): una figura essenziale della recente rinnovata valorizzazione delle medicine tradizionali africane e del loro incontro con le procedure e i saperi della medicina europea. Lo ricordiamo a Perugia, uomo saggio e gentile, relatore al Convegno internazionale su “Medicina tradizionale e cooperazione allo sviluppo. L’esperienza maliana: due medicine a confronto” (23-24 novembre 1992) organizzato dal Centro sperimentale per l’educazione sanitaria interuniversitario, dal Ministero degli affari esteri e dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute.

Della produzione scientifica di Arouna Keita vogliamo ricordare qui alcune pubblicazioni di grande interesse che testimoniano appunto del suo ruolo prezioso nell’incontro conoscitivo e operativo fra le due medicine:

- Piero COPPO - Arouna KEITA (curatori), *Médecine traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Edizioni E, Trieste, 1990, VI + 327 pp. (Ministère de la santé publique et des affaires sociales, Mali - Ministero degli affari esteri e Consiglio nazionale delle ricerche, Italia) / oltre alla *Introduction* di Francesco ANTINUCCI - Piero COPPO - Arouna KEITA (pp. 3-6) vedi anche *Le recensement des thérapeutes traditionnels de la cinquième Région* di Abdoulaye YEMIYA MAIGA - Ramata DIAOURE - Arouna KEITA (pp. 53-78).
- Piero COPPO - Lelia PISANI - Arouna KEITA, *Perceived morbidity and health behaviour in a Dogon community*, “*Social Science and Medicine*”, vol. 34, n. 11, 1992, pp. 1227-1235.
- Arouna KEITA - Piero COPPO (curatori), *Plantes et remèdes du Plateau Dogon*, Éditions CRMT/PSMTM, Bandiagara (Mali) - Perugia (Italie), 1993, 156 pp. / oltre alla *Introduction* di Arouna KEITA - Piero COPPO (pp. 11-14) vedi anche *chapitre II. Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques* di Arouna KEITA - Chiaka DIAKITÉ - Drissa DIALLO - Laurent AKÉ ASSI - N’Golo DIARRA (pp. 25-115).

Abbiamo chiesto a Piero Coppo che per molti anni – anche nel quadro di una convenzione tra il Ministero degli affari esteri (Direzione generale per

la cooperazione allo sviluppo) e la Università degli studi di Perugia (Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario)<sup>(\*)</sup> – ha lavorato assiduamente e proficuamente con Arouna Keita, di ricordarlo per i nostri lettori.

## Note

<sup>(\*)</sup> La convenzione, stipulata il 30 gennaio 1991, faceva riferimento al Programma di "Integrazione della Medicina Tradizionale nell'assistenza sanitaria di base in Mali" (art.1) e affidava all'Università di Perugia, e per essa al Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, numerosi compiti in vista del conseguimento degli obbiettivi che vi erano previsti (artt. 1-4 e allegato n. 1).

LA RIVISTA

## *Ricordo di Arouna Keita*

di Piero Coppo

Nel febbraio 2001 è spirato a Bamako, dove era nato nel 1953, il prof. Arouna Keita: aveva solo 48 anni. Una lunga malattia lo aveva negli ultimi anni debilitato, costringendolo a numerosi ricoveri ospedalieri in Mali, Senegal e Francia. Una settimana prima di morire, era rientrato da una missione negli Stati Uniti, dove aveva presentato in alcune università la medicina tradizionale maliana e i propri progetti per il futuro. Fino all'ultimo ha cercato, con le forze che gli restavano, di dirigere nel modo migliore possibile il Département de médecine traditionnelle dell'Institut national de recherche en santé publique du Mali, a Bamako.

Lo avevo conosciuto nel '79, ancora studente, a un Convegno sulle medicine tradizionali africane organizzato dall'OMS a Bamako. Lo ricordo attento, intelligente, silenzioso. Lavorava nella allora Division de médecine traditionnelle diretta dal prof. Mamadou Koumaré, il farmacista che era riuscito, nel '68, a creare dentro il Ministère de la santé publique et des affaires sociales du Mali, un Istituto dedicato alla farmacopea africana. Mamadou Koumaré aveva intuito le potenzialità dei saperi e delle pratiche tradizionali; quando è stato il suo momento, Arouna Keita ha saputo organizzare questo ambito di lavoro con lo spirito pragmatico e le straordinarie capacità gestionali che lo caratterizzavano. Sotto la sua direzione, la Divisione diventava Dipartimento e rafforzava i legami con diverse realtà

istituzionali maliane ed estere, anche italiane (Università di Pisa, Milano, Messina). Divenuto libero docente in Farmacognosia a Libreville nel 1992, Arouna Keita ha insegnato nelle Università di Bamako e di Metz, in Francia. Ha ricoperto in Mali varie cariche onorifiche accademiche; è stato membro fondatore di alcune importanti riviste del settore, autore di numerosi articoli e opere scientifiche e Presidente della Commissione scientifica dell'Ordine dei farmacisti del Mali. È stato inoltre insignito del titolo di Cavaliere dell'Ordine nazionale del Mali nel 1996.

Arouna Keita è stato a lungo il referente maliano del Programma di medicina tradizionale di Bandiagara, che ho avuto l'onore di coordinare per parecchi anni per conto della Direzione generale della cooperazione allo sviluppo del Ministero degli affari esteri. È stato un piacere lavorare con lui; in ogni occasione ha saputo collaborare efficacemente alla soluzioni dei non pochi problemi che il Programma ha incontrato. Era capace di posizioni decise e chiare; intuiva le direzioni verso le quali era meglio indirizzare le attività; ma era anche un caloroso, vivace compagno nei momenti di riposo e di svago. Arouna Keita è stato poi membro del Comitato di consulenti della rivista "I Fogli di ORISS", partecipando a molte delle attività di ORISS in Italia e in Mali. Lo ricordo quando a Firenze, in occasione di un congresso, rilasciava agli operatori della RAI, con grande generosità, una appassionata intervista videoregistrata sulle qualità dei saper-fare tradizionali, interrompendosi ogni tanto per la fatica di parlare.

Ai suoi famigliari più stretti (la moglie e quattro figli, la maggiore studentessa in farmacia), alla grande famiglia Keita di Bamako, ai collaboratori, agli amici, ai guaritori che lo stimavano e rispettavano l'assicurazione che non lo dimenticheremo.





## *In memoria di Giovanni Battista Bronzini*

Il 17 marzo 2002 Giovanni Battista Bronzini, “Gianni” per chi gli era vicino, ci ha lasciati. Era nato a Matera il 4 settembre 1925. Abbiamo perso un altro amico.

Per uno sguardo di insieme al suo amplissimo lavoro crediamo opportuno rinviare al testo che abbiamo chiesto di comporre a Eugenio Imbriani, che fu suo collaboratore, per rievocarlo insieme a noi. Qui vorremmo solo ricordare come in un quadro di attività che potrebbe apparire lontano dalle tematiche di questa rivista, Bronzini sia più volte tornato, da differenti angolazioni, a questioni che sono invece di grande rilievo per l’antropologia medica.

Qualche richiamo.

Anzitutto, nell’ambito dei suoi reiterati studi concernenti il sistema di vita e la cultura tradizionale dei contadini lucani, la grande messe di informazioni sulle malattie, i loro orizzonti interpretativi e le relative “risposte” preventive e terapeutiche, e i rituali che nel ciclo della vita riguardano il periodo della gravidanza, della nascita e del puerperio, e il momento della morte. La natura degli scongiuri. E la funzione dei santi, ad un tempo taumaturghi e agenti di malattia.

E ancora, la sua ormai classica ricerca sui rituali arborei di prevenzione dell’ernia infantile in Basilicata e in Puglia.

Poi, la vasta attività di raccolta e il paziente lavoro empirico-interpretativo concernente gli ex-voto, in particolare il patrimonio votivo pugliese. E la definizione dei complessi elementi che intervengono nelle pratiche devozionali e nelle richieste di grazia alle entità taumaturgiche.

Infine, la fondamentale edizione critica degli scritti di Michele Gerardo Pasquarelli, la ricostruzione della vita di un medico attento e scrupoloso che dedicò il suo tempo, tra fine Ottocento e inizi del XX secolo, a curare i contadini lucani ma anche a studiarne in un costante dialogo le pratiche tradizionali di difesa della vita e le condizioni esistenziali che ne producevano, insieme alla patologia, lo stesso diffidente rapporto con gli operatori della medicina ufficiale: una restituzione preziosa.

In due importanti occasioni Bronzini accettò di contribuire con le sue esperienze di ricerca e la sua competenza generale a opere collettive di interesse antropo-medico, su richiesta di uno di noi (Tullio Seppilli). La prima fu quando Tullio Seppilli curò il numero monografico della rivista "La Ricerca Folclorica" su *La medicina popolare in Italia* (n. 8, ottobre 1983), cui Bronzini collaborò con il saggio *Antropologia e medicina popolare. Note sugli studi dei positivisti italiani*, partecipando poi al connesso Convegno nazionale "Salute e malattia nella medicina tradizionale delle classi popolari italiane" (Pesaro, 15-18 dicembre 1983) con una relazione su *Santi guaritori e taumaturgia dell'ex-voto*.

La seconda occasione fu quando Seppilli ebbe a curare – nella collana edita dalla Electa su "Le tradizioni popolari in Italia" – il volume concernente la medicina popolare, cui Bronzini collaborò con il capitolo sulla Puglia (*La medicina popolare / Puglia*) e con quello sulla Lucania (*La medicina popolare / Basilicata*).

Ma, se vogliamo, l'attenzione di Bronzini nei confronti dell'antropologia medica, come disciplina, si manifestò con tutta evidenza allorché egli accettò di partecipare come relatore centrale alla presentazione dei due primi volumi di questa rivista, organizzata dalla Argo Editrice nell'Università di Lecce, il 15 maggio 1998. A tale presentazione Bronzini contribuì con un testo che pubblicò poi nella "sua" prestigiosa rivista "Lares", da lui diretta – dopo il suo maestro Paolo Toschi – dal 1974 fino alla sua morte. Questo testo (*Un rapporto scientifico nuovo tra antropologia e medicina*, "Lares", anno LXIV, n. 1, gennaio-marzo 1998, pp. 83-90) ci onorò, allora, e con un certo orgoglio lo riproduciamo ora per i nostri lettori, dietro la affettuosa autorizzazione dell'editore fiorentino Leo Olschki e dell'attuale direttore della rivista, l'amico Pietro Clemente, ai quali va il nostro sincero ringraziamento.

### *Un rapporto scientifico nuovo tra antropologia e medicina*<sup>(1)</sup>

di Giovanni Battista Bronzini

Appena mi fu inviato, nella primavera dell'anno scorso, il primo volume (comprendente due fascicoli) di *AM*, fondata e diretta dall'amico di antico tempo e collega Tullio Seppilli, gli espressi per iscritto, ma in privato, vivissimi rallegramenti e complimenti. Alla prima rapida scorsa mi parve che la rivista, per l'ampiezza dei contenuti, la validità e solidità dei contributi, la internazionalità dei collaboratori, la pluralità delle voci di diversa formazione, segnasse un grande salto di qualità e organicità tematica nello sviluppo degli studi del settore specifi-

co, anche per l'equilibrio e il rapporto comunicativo che vi emergeva intrecciato tra scienza medica e letteratura umanistica. Mi ripromettevo di confermare pubblicamente tale impressione dalla finestra di «Lares», dopo che avessi fatto una lettura distesa e completa del volume inaugurale. Ma non me se n'è dato il tempo, perché a distanza di un sol anno, equivalente per noi corridori di ultima classe a meno di un giro di pista dei circuiti automobilistici, mi è giunto il secondo, non meno poderoso, volume di *AM*, comprendenti i fascicoli 3-4 del 1997.

La odierna presentazione ufficiale, alla quale sono stato invitato a dare il benvenuto a questo straordinario neonato, nato con tutti i crismi di piena maturità scientifica e organizzativa, mi ha con sommo piacere costretto a rompere gli indugi, purtroppo consueti e in parte giustificati, per chi dirige una rivista e constata la difficoltà di mantenere la bibliografia critica e informativa del proprio periodico, per di più trimestrale, al ritmo del tempo reale della produzione critica nazionale e internazionale.

Ed eccomi qua a dar conto dettagliato del giudizio positivo anticipato sul primo volume e ora esteso al secondo.

Vorrei cominciare con una notazione, che mi sembra importante, di sincronia della impostazione di *AM* con le problematiche attuali del settore specifico e dell'antropologia *tout court*, ora che di questa disciplina si è esteso di tanto il comprensorio soprattutto come ottica d'indagine.

Per far notare tale sincronia non ripercorrerò tutta la storia degli studi teorici e applicati sulla materia comunemente chiamata medicina popolare, alla quale non si è riusciti mai a dare una identità né strutturale né storica, proprio perché essa non esiste nella sua configurabilità astratta e generica, etichettata con qualifiche date con aggettivi di specie che vorrebbero circoscriverla ma che sono impropri, oscillanti e polisemantici, come (medicina) popolare, primitiva, tradizionale, che ora designa quella di un gruppo, ora quella locale, ora quella ufficiale della nazione. Altrettanto inaccettabile è la coniazione postuma di voci composte grecizzate di demoiatria ed etnoiatria, che hanno la bruttezza e vaghezza dei fantasmi. Tantomeno esistono distinzioni fisse tra medicina magica o empirica: l'una, che ne indica la natura, non esclude l'altra, che attiene all'uso. Esiste la medicina o, meglio, il sistema medicale di determinate epoche, popolazioni e classi. Ma anche queste tre fondamentali coordinate, rispettivamente temporale, spaziale e sociale, interferiscono tra di loro e ne fanno variare la repertorialità documentaria, che è sempre datata e correlata con la personalità e gli interessi dello studioso.

La medicina popolare come categoria classificativa è solo una griglia pratica che è servita in modi diversi a far raccogliere e tramandare del materiale, disponibile ad essere analizzato nelle sue relazioni storiche, tecniche e ideografiche. Da qui il valore primario ma differenziato, di opere come *La medicina delle nostre donne* di Zeno Zanetti (1892) e la *Medicina popolare siciliana* di Giuseppe Pitre (1896). Delle due la prima risulta più innervata nel dibattito culturale promosso dalla Società Italiana di Antropologia, Etnografia e Psicologia e delineato da Paolo Mantegazza (1831-1910) nello scritto programmatico *Inchiesta sulle superstizioni in Italia*, pubblicato nell'«Archivio per l'antropologia e l'etnologia» del 1887 (XVII, pp. 53-55). L'altra, quella del Pitre, sa più di compilazione redatta (si fa per dire) in carrozzella quando egli andava a visitare i suoi malati poveri, registrando i mali

per organi anatomici e ricettando per nozioni apprese sul campo, con labile riferimento ai principi dell'antropologia corrente inglese. Opere comunque entrambe che assumono un senso più rilevante se storicizzate e contestualizzate nell'età di massimo successo delle teorie evoluzionistiche della specie umana di Charles Robert Darwin (1809-1882), e di quelle concernenti le culture primitive di Edward Burnett Tylor (1832-1917), del cui trattato più importante *The Primitive Culture* (1871) sto curando, con il titolo *Alle origini della cultura*, l'edizione integrale italiana, suddivisa, per renderne più agevole la lettura, in sei volumetti, che corrispondono ai temi trattati in ciascun gruppo di capitoli e sono così sotto-intitolati: I. *La cultura delle credenze e delle superstizioni* (edito nel 1985 presso le Edizioni dell'Ateneo di Roma); II. *Gesti, parole, numeri* (ivi 1986); III. *Mitologia* (ivi 1988); IV. e V. *Animismo* (in corso di stampa presso G.E.I. = Gruppo Editoriale Internazionale sede di Roma); VI. *Riti e cerimonie - bibliografia, indice analitico e postfazione* (in preparazione).

Traggo spunto per segnalare, sulla base dei nomi e titoli ricordati e di altri autori di cui mi sono interessato, come la medicina popolare abbia trovato il momento scientifico più alto nel positivismo e il terreno più fecondo nelle aree che hanno maggiormente risentito l'influenza diretta delle scuole di pensiero positivisticamente applicato alla fisiologia; patologia, psichiatria. Le *Note sugli studi dei positivisti italiani*, che stesi per il saggio *Antropologia e medicina popolare*, accolto da Seppilli nel fascicolo VIII (1983) della «Ricerca Folklorica» dedicato alla «Medicina popolare in Italia» e da lui curato, riguardavano proprio le grandi scuole di Cesare Lombroso a Torino e di Angelo Zucarelli a Napoli. A questa scuola apparteneva il medico antropologo lucano Michele Gerardo Pasquarelli (Marsiconuovo 1868 - Savoia di Lucania 1924), dei cui vari scritti di carattere antropologico e medico curai l'edizione integrale in due volumi editi nel 1987 da Congedo di Galatina: *Medicina, magia e classi sociali nella Basilicata degli anni Venti. Scritti di un medico antropologo*.

L'editoriale introduttivo di Tullio Seppilli al suddetto fascicolo della «Ricerca Folklorica», che uscì in concomitanza con il Convegno nazionale del dicembre 1983 a Pesaro, su «Salute e malattie nella medicina tradizionale delle classi popolari italiane», del quale convegno egli fu organizzatore e gran mattatore, non fu scevro di critiche per i ritardi delle ricerche in Italia, nonché per la carenza relativa alla memoria storica locale. Rileggendo quello scritto di Seppilli e ricordando la sua ampia relazione di apertura a quel memorabile Convegno, cui partecipai, posso testimoniare che fin d'allora Seppilli indicava prospettive nuove per la medicina popolare, sganciata dalla stessa inadeguata e fuorviante denominazione di appartenenza al popolo e riportata invece sul piano ottico dell'antropologia e della scienza medico-sanitaria.

Da quando nel romanticismo s'inventò il mito del primitivo, sul quale s'innestò quello del popolare, gli studiosi più seri, cominciando dagli stessi tedeschi, si sono chiesti «Che cosa è il popolo»: *Was ist das Volk?* E lo hanno essi stessi fatto cambiare di livello e grado, ora elogiandolo ora disprezzandolo, ritrovando mutevole il suo sapere.

Corrispondente alla domanda riferita all'autore mitico o fruitore storico del folklore è quella che si poneva nel 1973, dieci anni prima di Seppilli, Rudolf Schenda. *Völkmedizin - was ist das heute?* E si dava questa risposta:

La storia della medicina del popolo ha dimostrato che in tutte le variazioni in corso degli ultimi due secoli il divario tra un sistema elitario e uno servile (subalterno) non è scomparso, bensì si è fatto più profondo. La storia della ricerca sulla medicina del popolo ha chiaramente rilevato che non si può pertanto continuare a raccogliere pratiche curiose e giudicarle secondo comuni paradigmi sociali. Non conviene più contrapporre alla tesi di un bene culturale sommerso esempi trionfanti del processo ascendente di pratiche popolari ritenute valide e passate nella medicina d'élite (o ufficiale).

Ciò avviene (aggiungiamo noi) specialmente per la farmacopea delle erbe e degli elettuari. Più frequente è, tuttavia, il processo discendente, che si svolge per tradizione scritta e orale. Esso è stato da ultimo studiato da José Pérez Vidal, *De la medicina galénica a la medicina popular*, in «Revista de dialectología y tradiciones populares», XXXV, 1979-80, pp. 113-138.

È invece necessario – scrive ancora Schenda – e qui la medicina del popolo ha un vasto campo di attività da svolgere – rendere chiara la tanto nefasta sindrome di conflitto tra medico e paziente, che si presenta tanto storicamente e socialmente differenziata. Altresì necessario è quindi misurare le attuali prevenzioni e regolamentazioni contro il sottofondo arcaico, primitivo o popolare di difesa e cura del bene culturale comune e di informare il pubblico sulle possibili cause delle ancor sempre esistenti insicurezze individuali di fronte al sistema della salute.

E così Schenda concludeva:

La *Volksmedizin* è oggi un molto intricato complesso di opinioni, regole e comportamenti di una maggioranza della popolazione riguardo al sistema attuale di cura della salute; un complesso che spunta dall'intero groviglio dei conflitti sociali. Il compito della ricerca di medicina del popolo consiste nel districare e sciogliere questo nodo in collaborazione con altre discipline e di concorrere a un positivo sviluppo del bene reale della salute.

L'autore del saggio è lo studioso e amico Rudolf che frequentai in Germania negli anni Sessanta-Settanta. Egli era stato per parecchi anni a Palermo come lettore di lingua tedesca all'Università. Rientrato in Germania a Tübingen, rivole i suoi interessi di studio a fatti e processi di ordine sociale, come dicono i titoli di suoi libri divenuti giustamente famosi: *Volk ohne Buch* (1970), *Das Elend der alten Leute* (1972), *Die Lesestoffe da kleinen Leute* (1976).

A me pare che anche per Seppilli l'interesse per la medicina popolare sia stato alimentato da un impegno sociale che gli fa onore. Del resto, la figura dell'intellettuale impegnato di tipo gramsciano è la posizione che abbiamo tenuta e inseguita un po' tutti in quei decenni, Schenda e Seppilli compresi. Tale prospettiva gramsciana si avverte, in sintonia coi tempi, nella chiara introduzione orientativa e insiemistica al volume sulla *Medicina popolare in Italia*, che Seppilli, correggendo acutamente il titolo in *Medicine e magie*, per sottolineare la pluralità delle relative tradizioni, curò nel 1983 per la serie di «Tradizioni popolari italiane» della Electa Editrice.

Ma la via che la presente rivista indica è quella post-ideologica, più giusta da seguire, in cui la ideologia rimane, ma al fondo, senza avere il sopravvento sulla scienza e sulla conoscenza, pur ritornando in superficie come forte movente so-

ziale per concorrere a migliorare concretamente e omogeneamente in tutte le classi e presso tutti i popoli il sistema di prevenzione e cura della salute. L'aspetto sociale rappresenta l'obiettivo primo della Società, di cui la rivista è organo, e della Fondazione, per la quale opera con la finalità, dichiarata sulla copertina, di ricostruire una «cultura della salute». E già quest'obiettivo esclude dal programma qualsiasi tentazione di retorica populistica. Il che non è cosa di poco conto.

Ad assicurare concretezza alle ricerche promosse dalla Società ed esposte nella Rivista è proprio l'abbinamento Antropologia-Medicina assunto bene nel titolo *Antropologia medica*, espressione congiunta che implica uno scambio di potenzialità tra filosofia e scienza, con vantaggio reciproco.

Non si può negare che l'antropologia culturale del Novecento, specie in Italia con l'idealismo crociano prima e l'ideologismo marxistico dopo, da cui pure ha ricevuto favorevoli spinte storicistiche, ha in parte tradito le sue origini scientifiche dell'Ottocento. Essa si è sviluppata e realizzata prevalentemente come filosofia moderna di una scienza antica: espressione definitoria, centrata su dialettica e contestualità, che all'inizio degli anni Ottanta ritenni idonea per la cultura popolare, partecipando al pur fervido e fecondo dibattito del precedente decennio. Ma πάντα ῥεῖ ποταμῷ ("tutto scorre come un fiume"), diceva Eraclito.

La prevaricante tendenza di fare filosofia e di compiacersi in eccesso della parola io credo che abbia fatto il suo tempo e sia già al tramonto. Essa non risponde più alle esigenze attuali, che reclamano per tutti i saperi, specialmente per quelli umanistici e letterari, che ne sono rimasti privi, una cultura scientifica. Se mi è consentito esprimere un orientamento di previsione, occorre ribaltare il suddetto rapporto fra filosofia e scienza, a favore di quest'ultima. Il merito dell'antropologo di oggi è di domani e sarà sempre più quello di recuperare la scienza antica nella sua profondità e durata fino al nostro tempo, nonché di comunicare in maniera attiva e fattiva con le scienze moderne.

Alla luce di tale prospettiva è da salutare con entusiasmo e ammirazione la nascita di questa bella rivista, significativa di una nuova fase di studi antropologici volti appunto alla scienza con un adeguato apparato concettuale, come viene simbolicamente annunciato e raffigurato dal logo solare del primo volume e amuletico del secondo, che la sovrasta in copertina, come viene altresì sobriamente indicato nell'editoriale del direttore e si riscontra in tutti i contributi. Proviamo a farne un rapido *EXCURSUS*.

L'intero ambito della patologia è investito di una stretta correlazione col sociale, sì che le ricerche sociali di antropologia medica si integrano con quelle biologiche e i relativi campi risultano tutt'altro che contrapposti, facendo cadere la semplicistica bipolarità di giudizio di irrazionale/razionale, altro/nostro. All'intersezione fra il sociale e il biologico è aggiunta quella più propriamente antropologica fra cultura e natura.

In termini quantitativi ampio è lo spazio riservato all'America latina, la cui ricchezza in fatto di medicina indigena era già stata messa in evidenza da due Congressi degli anni Settanta e Ottanta: il Simposio organizzato dall'Istituto Italo-Latino Americano in collaborazione con il Centro Italiano di Storia Ospitaliera, svoltosi nel dicembre 1977 a Roma, e quello sulla medicina tradizionale nell'Ameri-

ca latina, tenutosi a Cambridge nell'aprile del 1984, senza pubblicazione degli Atti, dei quali troviamo una preziosa quanto per noi commovente traccia in *AM* nel contributo del compianto Italo Signorini, che tratta delle *Influenze cognitive sulla scelta terapeutica* presso i Huave di Tehuantepec.

Un processo di professionalizzazione della medicina tradizionale in molti Paesi del continente africano viene attestato da Pino Schirripa con le prove attestanti l'inserimento dei guaritori all'interno dei sistemi sanitari di base.

La disponibilità dell'Antropologia medica verso tematiche binomiche è rilevabile nei contributi di Fiorella Giacalone sulle *Guarigioni miracolose di S. Rita da Cascia*; di Donatella Cozzi sulle *Narrazioni corporee delle donne in Carnia*; di Salvatore Inglese sulle *Trame narrative defluite dalla memoria del viaggio di etnologi professionisti*, quali Clifford Geertz, Henri Michaux, Ernesto de Martino, Claude Lévi-Strauss, Piero Coppo. E io ci metterei in prima fila Frazer e aggiungerei Carlo Levi, recentemente rivisitato da me in tutto l'arco parabolico del suo «Viaggio antropologico» (Bari, Dedalo, 1996); di Giovanni Pizza sulla nozione di «possessione europea» proposta dallo storico dell'antichità Cristiano Crottanelli in sostituzione della nozione di «modello sciamanico» adottata da Carlo Ginzburg nella sua *Storia notturna* (1989).

Utilissime sono le riproposte di letture presentate da Seppilli, che riproducono scritti non facilmente reperibili, come: *La placenta nelle tradizioni italiane e nell'etnografia* di Giuseppe Bellucci, che apparve nell'«Archivio per l'Antropologia e la Etnografia» del 1910 (vol. XL, 3-4, pp. 316-352), con un interessante breve elenco di quesiti posti ai corrispondenti; la *Rassegna dei periodici italiani di antropologia medica (1967-1992)* con relative schede bibliografiche degli articoli pubblicati.

E quindi le sezioni fisse di 01. *Panorami*, consistenti in brevi quadri informativi su filoni scientifici, indirizzi teorici, scuole, tematiche di ricerca; 02. *Istituzioni*, a cominciare dalla Società Italiana di Antropologia Medica (SIAM), fondata a Roma il 18-19 maggio 1988; 03. *Resoconti: congressi, convegni, dibattiti*; 04. *Segnalazioni di manifestazioni varie*; 05. *Recensioni*; 06. *Lavori in corso o appena conclusi*; 07. *Schede di lettura*; 08. *Spoglio dei periodici*; 09. *Tesi Universitarie*; 10. *Documenti audiovisuali*.

Il secondo volume del 1997 (doppio fascicolo 3-4) si apre con un quanto mai opportuno ricordo del compianto amico e studioso di profonda e vasta cultura storico-religiosa, Alfonso Di Nola, verso il quale l'Università italiana ha un grande debito di riconoscenza e dovrebbe sentire acuto il rimorso di non avergli dato quel che meritava.

Il primo saggio di Allan Young della Università di Montréal nel Québec problematizza il titolo stesso di *Antropologia medica* e sostiene, per il rapporto magia/medicina, il ragionamento analogico, da aggiungere o sostituire a quello logico di Evans Pritchard.

Il saggista Elémire Zolla, già docente di letteratura anglo-americana nella Università di Roma, esplora nella letteratura europea la nascita, lo sviluppo e il tramonto del misticismo dal XVII al XIX secolo.

Il medico antropologo messicano Paul Hersch rivela la persistenza delle malattie infantili prodotte da «aires de basura» (arie di spazzatura), equivalenti al nostrano malocchio.

Un corposo profilo etnografico della medicina tradizionale delle Ande del Perù settentrionale ci dà Mario Polia.

Frutto di una ricerca comparativa in gruppo (Paolo Bartoli, Paola Falteri, Françoise Loux, Francine Saillant) fra pratiche demoiatriche di tre Paesi (Italia, Francia, Québec) è il saggio «*Non fissare il cielo stellato*»: formula tabù per le malattie, come le verruche, conseguenti all'azione di guardare le stelle e l'arcobaleno. E pensare che Leopardi, sotto i panni del pastore errante, le voleva per gioco (ma era gioco mitico) *noverar ... ad una ad una!*

Rimanendo nell'ambito delle metafore meteorologiche troviamo *Le insidie della notte* di Giancarlo Baronti, che in un ampio saggio ben documentato, specie per la parte oggettuale degli amuleti, raccoglie e comparativamente analizza le forme regionali italiane dell'impiego di parti del tasso europeo (*Meles Meles L.*) a scapi protettivi e apotropaici. Accenna anche alla tradizione classica di tale metodo curativo e ipotizza «un collegamento simbolico tra i saperi fantasmatici relativi alle streghe e quelli relativi all'animale».

Il rapporto salute/malattia entra anche (e come!) nella vita leggendaria di Santi locali. Ce lo prova Enrico Petrangeli che tenta l'applicazione del metodo d'indagine antropologico-medico a testi di agiografia a canonizzazione relativa tre Santi orvietani dei secoli XII-XIV.

Mi è nota la specializzazione di Maria Luisa Ciminelli nel campo dell'etnologia medico-simbolica e dell'etnopsichiatria, avendo avuto modo di leggere e apprezzare la sua tesi di dottorato *Follia del sapere e saperi della follia*, ottima ricerca compiuta in Africa occidentale, con la quale ella ha vinto recentemente il premio «Paolo Toschi» 1997. Ritrovo qui di lei un saggio sulle sindromi esotiche, discusse attraverso un'aggiornata letteratura critica.

La sezione degli scritti inediti o rari o dimenticati è occupata dalla traduzione italiana del testo integrale del famoso saggio di Gilbert Lewis, *The Fear of sorcery and the problem of death by suggestion*, pubblicato nel 1977 in un volume miscelaneo di *Antropologia* e ripreso nell'87 dalla rivista "Social Science and Medicine".

Seguono, con esemplare precisione e tempestività di notizie, le sezioni dell'*Osservatorio* nello stesso ordine di quelle del primo volume. Nulla da eccepire, salvo un sommesso invito a non escludere dalla spoglio dei periodici la rivista «Lares», che può offrire pochi contributi specifici del settore, ma non pochi indirettamente pertinenti, come quelli sul rapporto fra malattie e culti devozionali, e soprattutto può suggerire dati e riferimenti bibliografici relativi all'area europea centrale di lingua tedesca, che mi sembra finora pressoché assente in *AM*.

Non sarebbe sfuggito il volume di Antje Krug, *Heilkunst und Heilkult - Medizin in der Antike*, München, C. H. Beck, 1985, recensita nella 2<sup>a</sup> ampliata edizione del 1993 in «Lares», LXI, 1995, pp. 624-625. L'opera è ora uscita in edizione italiana, *Medicina nel mondo classico*, traduzione di Orazio Paoletti, Firenze, Giunti, 1990.



Per farmi perdonare questa finale impertinenza, concluderò con un elogio, che è invece sentito e convinto, all'editore Argo per la maestria e il gusto, con cui ha dato uno splendido *look* di straordinaria significanza e funzionalità alla rivista.

**Nota:**

<sup>(1)</sup> È il testo della presentazione di «AM», Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica, nella seduta organizzata da The International of «Lions Clubs (Lecce Santa Croce e Campi Salentina)» e svoltasi nella Università di Lecce il 15 Maggio 1998, con interventi anche di Tullio Seppilli, direttore della Rivista, Pino Schirripa, collaboratore e Gianfranco Antonucci, psichiatra.

Ci rimane il piacere di un annuncio: Giovanni Battista Bronzini, che negli ultimi anni aveva riaperto un fecondo dialogo scientifico con gli scritti di Antonio Gramsci e di Ernesto de Martino, ci ha lasciato pressoché compiuto un suo ultimo volume, inteso a costituire un avviamento alla lettura dell'opera demartiniana: una ordinata raccolta di testi selezionati dai principali volumi di Ernesto de Martino, muniti, in riferimento a ciascun volume, di una nota introduttiva e di saggi critici (già editi) – quasi tutti dello stesso Bronzini e altri di Vittorio Lanternari e Clara Gallini – in qualche modo connessi alla tematica dei testi volta a volta presentati. Questa ultima opera di Bronzini uscirà prossimamente per la Argo Editrice, di Lecce, che pubblica la nostra rivista.

Ora, come anticipato, lasciamo spazio al ricordo che abbiamo chiesto di stendere a Eugenio Imbriani, cui seguirà una per noi preziosa bibliografia degli scritti di Giovanni Battista Bronzini più direttamente legati a tematiche di antropologia medica, di cui ci ha fatto dono Vera Di Natale, la fedele allieva che gli è succeduta.

LA RIVISTA

**Ricordo di Giovanni Battista Bronzini**

di Eugenio IMBRIANI

Nel corso della sua attività di ricerca e nella vasta produzione scientifica, Giovanni Battista Bronzini ha affrontato largamente i vari temi e i problemi relativi alla cultura popolare; e, sebbene il marchio distinguibile della

sua opera, lo “stigma”, per così dire, sia costituito dall'impostazione storico-filologica, tuttavia il suo impegno si è svolto su vari fronti, dalla religione alla museografia, dalle arti alla cultura materiale, dalla letteratura alla medicina, in un ambito, poi, quello demologico o della cultura, in generale, in cui tutto si tiene e le analisi rischiano di risultare parziali.

In buona parte, i suoi scritti più importanti e più noti si collocano sul versante della ricerca letteraria, a cominciare da *La canzone epico-lirica nell'Italia centro-meridionale* (2 voll., Signorelli, Roma, 1956-1961, con Prefazione di Vittorio Santoli) fino ai più recenti volumi dedicati a Scotellaro (*L'universo contadino e l'immaginario poetico di Rocco Scotellaro*, Dedalo, Bari, 1987) e a Levi (*Il viaggio antropologico di Carlo Levi. Da eroe stendhaliano a guerriero birmano*, Dedalo, Bari, 1996); in mezzo, un percorso fittissimo di incontri: con Paolo Toschi, suo maestro, innanzitutto, e, per suo tramite, con le forme drammatiche popolari e il carnevale, quindi, in ordine sparso, con Petronio, Boiardo, le rime di Galeota, Ariosto, Garzoni, Leopardi, Tommaseo, Verga, Pierro, Calvino, per non andare oltre. Bronzini ha altresì proposto una sintesi articolata e organica della sua riflessione sulla letteratura popolare negli ultimi due secoli in *La letteratura popolare italiana dell'Otto-Novecento. Profilo storico-geografico* (De Agostini - Le Monnier, Firenze, 1994).

Non si può dire se Bronzini amasse più questo o quell'autore, non so se sia stato qualche volta esplicito a questo proposito; forse, guardando con cura le numerosissime pagine che ha vergato e stampato, è possibile trovarvi una dichiarazione di preferenza (Scotellaro sugli altri? Levi? o Croce?), ma, per quel che io ne sappia, egli considerava le opere altrui, nel rispetto del valore di esse, soprattutto ripetute occasioni di riflessione e di nuova scrittura. Da questo punto di vista, la sua vera e propria impresa può essere considerata la direzione di “Lares. Rivista di studi demo-etno-antropologici”, dal 1974 al 2001, fino alla morte, che ha seguito assiduamente, non negando un suo contributo a nessun fascicolo, si trattasse di un saggio, di una nota di discussione, di recensioni; e, probabilmente, il volume più rivelatore dell'uso che faceva delle sue letture come innesco pressoché immediato della produzione di testi è *Cultura popolare. Dialettica e contestualità* (Dedalo, Bari, 1980), un libro che certamente avrebbe avuto bisogno di un'ultima revisione prima della stampa, perché presenta una successione poco ordinata di riflessioni, annotazioni, lavori già editi, ma è ricco di spunti interessanti, seppure solo avviati, percorsi appena intravisti e non intrapresi: il prodotto di un pensiero non del tutto “addomesticato”, che lascia intendere i meccanismi di una stesura qual è prima che sia velata da più accorti interventi.

Nel 1953 usciva *Tradizioni popolari in Lucania* (Edizioni Montemurro, Matera), frutto di un'inchiesta condotta prevalentemente con l'uso di questionari elaborati su quelli predisposti da Van Gennep. «Esso», spiegherà poi lo stesso Bronzini, «volle essere un contributo alla conoscenza delle condizioni di vita dei contadini e metteva in evidenza sopravvivenze di riti antichissimi e di elementi primitivi, con molti riferimenti comparativi e testimonianze antiche» (G. B. B., *Mito e realtà della civiltà contadina lucana*, Edizioni Montemurro, Matera, 1977, p. 29). L'Autore vi percorre il ciclo della vita umana (nascita, infanzia, adolescenza, fidanzamento, nozze, malattia, morte), curandosi di leggere i fenomeni e i tratti etnografici rilevandone, ove possibile, i legami col passato e presentandoli come sopravvivenze; affronta, quindi, il tema delle malattie e dei metodi di cura, raccoglie scongiuri; nel libro si sottolinea il ruolo dei santi nel mandare il male e la guarigione, propone un criterio di classificazione: «La interpretazione delle cause delle malattie e la scelta dei metodi di cura sono regolate nella vita del volgo da una serie di credenze di natura magico-demonistica, basate sul potere che si attribuisce a forze e cose della natura, un tempo anche divinizzate, e a determinate persone. Conviene perciò raggruppare le malattie non già nell'ordine patologico che è proprio degli storici della medicina colta, ma secondo la natura degli agenti che le determinano e che, a loro volta, servono alla cura di esse: gioverà a tal fine l'abbinamento della ricerca folklorica con quella linguistica, perché il nome, col quale il volgo designa la malattia, è quasi sempre in relazione alla causa o alla cura» (*Tradizioni...*, p. 206). Il volume fu accostato dai critici – a cominciare da Toschi, prefatore dell'opera, e compreso Ernesto de Martino, che fece rilievi sostanziali sul metodo adottato nella ricerca – a *Cristo si è fermato a Eboli* di Carlo Levi, del quale è stato considerato per qualche tempo una sorta di versione meno letteraria e più oggettiva di rappresentazione della Lucania.

Una nuova edizione delle *Tradizioni popolari in Lucania*, riveduta e aggiornata, apparve nel 1964 con il titolo *Vita tradizionale in Basilicata*; in essa, ancora, Bronzini poneva l'accento sugli elementi di continuità culturale e sulla secolare immobilità della Basilicata: «In siffatta immobilità economica e sociale, [...] le sopravvivenze di una mentalità primitiva, che costituiscono la componente maggiore dell'ideologia del contadino lucano, non trovano vie d'uscita e serbano in gran parte la loro funzione, collaudata dalle passate esperienze, di mezzi di isolamento, protezione e difesa» (p. 4). Resta l'impianto del precedente volume, vale a dire il ciclo della vita, tornano i questionari, consegnati a insegnanti tramite i provveditorati agli studi. Nel frattempo, molte cose sono accadute in Basilicata, si è concluso

lo studio su Matera, che ha visto coinvolte, tra gli altri, figure come quelle di Adriano Olivetti, Friedrich Friedmann, Tullio Tentori, sono stati pubblicati gli atti della ricerca sulla miseria a Grassano condotta da Gaetano Ambrico, è morto Scotellaro, si sono svolte, e concluse con la pubblicazione, le inchieste di de Martino; Bronzini utilizza la nuova bibliografia disponibile (Banfield, tra gli assenti) insieme alla più recente documentazione fornita dagli informatori e la mescola con quanto è già noto; in linea con l'idea di una permanente arcaicità del contesto culturale, più volte ribadita nel testo, i dati, pur provenienti da fonti anche molto distanti diacronicamente tra loro, sono accostati su base tematica.

Sebbene vengano riferite la cerimonia delle nozze con gli alberi e le relative formule («Albero mio bel fiorito / tu sei la moglie, io sono il marito»), si riportino canti d'amore che identificano l'albero con la persona amata e sia riproposto (da *La canzone epico-lirica...*, cit.) il canto narrativo *Verde Oliva e Conte Maggio*, manca, tuttavia, ogni notizia su un tema che diverrà rilevante più oltre nell'attività di Bronzini, vale a dire la festa del "maggio". In effetti, il primo approccio con la festa di San Giuliano ad Accettura e la complessa cerimonia che raggiunge il *climax* con l'innalzamento del "maggio" risale al 1969. La lettura che ne dà Bronzini risente dell'approccio comparativista e il modello interpretativo più conseguente viene cercato nelle opere di Frazer e di Mannhardt; il nucleo festivo si sviluppa tra la domenica di Pentecoste e il martedì seguente, festa del patrono, consiste nella scelta, in due boschi diversi, del "maggio", un cerro dal fusto dritto, alto oltre venti metri, e della "cima", una pianta frondosa, di agrifoglio, del taglio, del trasporto in paese: il primo dal bosco di Montepiano con coppie di buoi, la seconda dalla foresta di Gallipoli a spalla da un nutrito gruppo di giovani; in paese avverrà l'innesto della cima – ai cui rami oggi sono preventivamente legate delle targhette numerate a cui corrispondono beni alimentari (all'epoca direttamente animali vivi e cibo) – sul tronco, momento letto come "matrimonio degli alberi"; seguono l'erezione dell'albero così composto, la gara dei cacciatori che cercano di colpire e far cadere le targhette e la scalata del tronco per il recupero di quelle che restano. Bronzini mostra come la festa riveli contenuti e credenze di matrice arcaica, il cui significato rituale (considerata anche la cadenza primaverile di essa) consisterebbe nel favorire la rigenerazione della vegetazione e nell'ottenere riflessi positivi per la comunità, in termini di fecondità e vigore (*Accettura, il contadino, l'albero, il santo, Congedo, Galatina*, 1979). Questa ricerca si è successivamente sviluppata nel territorio e ha condotto all'individuazione di numerosi altri centri in cui si svolgono feste e pratiche simili, tanto da giungere all'ideazione di un Museo dei culti arborei,

con sede proprio ad Accettura. Più rapidamente, Bronzini si è anche soffermato sulle pratiche di preservazione dall'ernia infantile esistenti in Basilicata e in Puglia, che si compiono per lo più in occasione della festa dell'Annunziata e dell'Invenzione della Croce, e ne propone una lettura del tutto coerente con quanto appena riferito a proposito dei riti arborei: «Il rituale consiste nel far passare il bambino per tre volte, in sintonia con le scampanate del Sanctus e dell'Elevazione, provenienti dalla vicina chiesetta, attraverso la fenditura di un ramo di quercia: l'esito dell'operazione magica si conoscerà l'anno successivo e sarà positivo o negativo, a seconda che il ramo sia rifiorito o disseccato. In quest'ultimo caso verrà ripetuta l'operazione. Non è dunque il passaggio in sé che previene o cura il male, come se questo si trasmettesse (secondo la nota teoria della *transplantatio ramicis* dall'infante alla pianta, bensì il riflesso di rifioritura o disseccamento che dopo un intero ciclo stagionale si constaterà sul ramo [...]). Si tratta, pertanto, di uno dei più autentici riti arborei di rigenerazione segnica dell'organismo infantile e di augurale iniziazione simbolica del soggetto stesso all'atto sessuale riproduttivo, in quanto l'ernia scrotale s'identifica con l'impotenza *coeundi e/o generandi*» (G. B. B., *La medicina popolare / Puglia*, pp. 188-193, in *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, a cura di Tullio Seppilli, Milano, Electa, 1989, p. 190).

La raccolta degli scritti di Michele Gerardo Pasquarelli (1868-1924), medico lucano, di Marsiconuovo, rappresenta una delle occasioni di più diretto avvicinamento di Bronzini ai temi della medicina popolare (M. G. Pasquarelli, *Medicina, magia e classi sociali nella Basilicata degli anni Venti. Scritti di un medico antropologo*, a cura di G. B. B., Galatina, Congedo, 1987). Pasquarelli operava nei piccoli paesi della Basilicata occidentale, abbinando la sua attività di medico e scienziato alla rilevazione di pratiche terapeutiche empiriche, di cui riconosceva, a volte, l'efficacia, e magiche, e riflettendo sulle condizioni ambientali, sociali ed economiche, da cui dipendeva lo stato di salute dei contadini; egli stesso denunciava la distanza che separava medici e farmacisti dalle persone comuni, che induceva generalmente queste a non fidarsi di quelli, mostrando i tratti di un contrasto che sarà illustrato ancora da Levi: l'espressione dialettale "mierce re ciucce" ricompare nella forma "medicaciucci" nel memoriale dello scrittore. Bronzini rileva l'impianto positivistico e naturalistico di Pasquarelli e nel contempo ne sottolinea la forte sensibilità meridionalista; su questo terreno celebra l'incontro tra i due medici che, in particolare, accomuna l'attenzione e la preoccupazione per la malaria, malattia endemica, purtroppo costantemente presente ("non passa mai") in quei luoghi.

Un ultimo cenno, in questo rapido ricordo, credo sia dovuto alle ricerche che Bronzini ha a lungo condotto sui doni votivi e sulle richieste di grazie ai santi taumaturghi. Egli riflette sull'eziologia e l'ideologia dei miracoli nel cristianesimo, senza tralasciare incursioni nel mondo latino e greco, anche in questo caso sottolineando le forme di continuità, in particolare e a maggior ragione per i culti attestati già nel Medioevo, quando si creano, egli afferma, i nessi nominali e devozionali tra malattie e santi. La funzione del taumaturgo prevale su quella più "corretta" di intercessore, anche a dispetto delle puntualizzazioni del Concilio di Trento, e rimane viva l'idea che dai santi possono venire le guarigioni, ma pure i malanni (ma, aggiungiamo, quanta predicazione, per così dire, ortodossa della Chiesa si è basata sulla minaccia della punizione divina, e quante volte la collera celeste si è manifestata, a dire dei suoi esegeti, in epidemie che hanno decimato le popolazioni – si potrebbe cominciare dal diluvio universale –, con le specializzazioni derivanti da episodi delle loro esistenze, dalle caratteristiche del loro eventuale martirio, dai nomi stessi, da particolari che talvolta assumono significato solo in ambito locale. I santi diventano frequentemente protagonisti degli scongiuri, nei quali i motivi agiografici costituiscono la cosiddetta *historiola*, vale a dire la formula in cui il rito richiama il mito. Gli ex-voto dipinti, ancor più di quelli oggettuali e fotografici, hanno forza rappresentativa e narrativa del miracolo avvenuto, sono testimoni della potenza e della benevolenza che il santo ha attivato a richiesta. Va precisato, afferma Bronzini, «che in linea generale la taumaturgia dei Santi, dalla Controriforma in giù, si è andata sempre più costituendo come devozione e pratica religiosa autonoma rispetto alla medicina popolare magica, per cui non interferisce con questa né con la medicina ufficiale: il ricorso al santo è un atto di fede, che si iscrive nel sistema della religione tradizionale, a prescindere dall'adozione alternativa o in fase successiva dei mezzi magici o/e istituzionali della medicina, e comunque, per lo più dopo averli verificati» (*Santi taumaturghi e taumaturgia dell'ex voto*, "Lares", vol. LVI, n. 4, 1990, pp. 508-509). Val la pena ricordare, in questo settore, l'imponente lavoro di repertorializzazione dei materiali iconografici votivi da lui coordinato nell'Italia meridionale, destinato alla pubblicazione in una serie di volumi, di cui è uscito solo il primo, *Ex-voto e santuari in Puglia*, vol. I, *Il Gargano* (Olschki, Firenze, 1993).

Bronzini viveva immerso nella scrittura, questa è l'immagine complessiva che mi rimane, con la fedele rigorosa moglie tachigrafa sempre al suo fianco, che lo aiutava con tutta la costanza possibile, fino alla fine; rileggere interamente la sua opera sarà impegno arduo e importante, per chi vorrà cimentarsi. C'è molto lavoro da fare. Come al solito.

## ***Bibliografia dei contributi di Giovanni Battista Bronzini all'antropologia medica***

a cura di Vera Di NATALE

### **A. Volumi**

*Tradizioni popolari in Lucania. Ciclo della "vita umana"*, prefazione di Paolo Toschi, Edizioni Montemurro, Matera, 1953 / in particolare: pp. 21-25, 27, 34-39, 57-58, 205-248.

*Vita tradizionale in Basilicata. Documenti e testimonianze*, Edizioni Montemurro, Matera, 1961 / in particolare: pp. 17-46, 89-93, 112-114, 379-382.

*Lineamenti di storia e analisi della cultura tradizionale*, Edizioni dell'Ateneo, Roma, 1964 / in particolare: vol. II, pp. 7-31, 32-45, 47-78.

*Teorie sulla magia dal Frazer a de Martino*, Adriatica, Bari, 1974 / in particolare: pp. 9-59.

*Mito e realtà della civiltà contadina lucana*, Edizioni Montemurro, Matera, 1977 / in particolare: pp. 31-45, 243-267.

*Cultura contadina e idea meridionalistica*, Edizioni Dedalo, Bari, 1982 / in particolare: pp. 147-179.

*L'universo contadino e l'immaginario poetico di Rocco Scotellaro*, Edizioni Dedalo, Bari, 1987 / in particolare: pp. 168-175.

Michele Gerardo PASQUARELLI, *Medicina, magia e classi sociali nella Basilicata degli anni Venti. Scritti di un medico antropologo*, a cura di Giovanni Battista BRONZINI, 2 voll., Congedo, Galatina (provincia di Lecce), 1987.

*Il viaggio antropologico di Carlo Levi. Da eroe stendhaliano a guerriero birmano*, Edizioni Dedalo, Bari, 1996 / in particolare: pp. 121-125, 125-130, 196-398, 363-390.

Raffaele CORSO, *La vita sessuale nelle credenze, pratiche e tradizioni popolari italiane*, edizione italiana a cura di Giovanni Battista BRONZINI, Leo S. Olschki, Firenze, 2001.

### **B. Saggi in atti o periodici**

*Malattie dei bambini e metodi di cura*, "Lares", vol. XVII, fasc. 1-4, 1951, pp. 45-51.

*Tradizioni albanesi in Lucania*, "La Crociata", vol. IV, 1952, pp. 113-124.

*Un'inchiesta sul ciclo della vita umana in Lucania. Note metodologiche di folclore regionale*, pp. 57-67, in *Atti del Congresso di studi etnografici italiani (Napoli, 16-20 settembre 1952)*, Pironti, Napoli, 1960.

"La bevanda sonnifera" e "La ragazza suicida" nell'Italia centro-meridionale, "Lares", vol. XXIV, fasc. 3-4, 1958, pp. 31-50, e vol. XXVI, fasc. 1-2, 1960, pp. 57-60.

*La canzone dell'Avvelenato nella tradizione popolare italiana*, pp. 39-74, in *Studi in onore di Carmelina Naselli*, Università degli Studi di Catania, Facoltà di Lettere e Filosofia, vol. I, 1968.

*La Puglia e le sue tradizioni in proiezione storica (con particolare riguardo al Gargano)*, pp. 13-46, in *Prima mostra bibliografica del Gargano*, "Archivio Storico Pugliese", vol. XXI, 1968, pp. 83-117, e pp. 13-46, in *Quaderni di "La Capitanata"*, n. 9, a cura dell'Amministrazione Provinciale di Foggia, Foggia, 1969.

*Fenomenologia dell'ex-voto*, pp. 249-271, in *Puglia ex-voto*, a cura di Emanuela ANGIULI, Congedo, Galatina (provincia di Lecce), 1977, e "Lares", vol. XLIV, fasc. 2, 1978, pp. 143-176.

*Malocchio, invidia, diagnosi e terapia magica nella cultura contadina lucana degli anni Venti*, "Lares", vol. XLVII, fasc. 2, 1981, pp. 265-329.

*Antropologia e medicina popolare. Note sugli studi dei positivisti italiani*, "La Ricerca Folclorica", n. 8, 1983 (fascicolo monografico dedicato a *La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPPILLI), pp. 13-16.

- Medicina popolare e positivismo antropologico italiano*, "Lares", vol. LII, fasc. 2, 1987, pp. 151-163.
- A. ZUCCARELLI, *Fatture, fattucchieri e delitto [1914]*, a cura di Giovanni Battista Bronzini, "Lares", vol. LII, fasc. 2, 1987, pp. 217-242.
- La medicina popolare / Puglia*, pp. 188-193, in *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, a cura di Tullio Seppilli, Electa, Milano, 1989.
- La medicina popolare / Basilicata*, pp. 194-199, in *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, a cura di Tullio Seppilli, Electa, Milano, 1989.
- Medicina popolare*, pp. 204-305, in *Grande dizionario enciclopedico*, vol. XIII, UTET, Torino, 1989.
- Santi taumaturghi e taumaturgia dell'ex voto*, "Lares", vol. LVI, fasc. 4, 1990, pp. 493-541.
- Un rapporto scientifico nuovo tra Antropologia e Medicina*, "Lares", vol. LXIV, fasc. 1, 1998, pp. 83-90.
- Un'opera recuperata dalla demologia italiana nella sua dimensione internazionale*, "Lares", vol. LXVII, fasc. 2, 2001, pp. 375-395.
- Il serpente nella letteratura popolare. Dalla funzione reale a quella simbolica*, "Lares", vol. LXVIII, fasc. 4, 2002, pp. 569-579.

### C. Recensioni

- recensione a Alberto Pazzini, *La medicina popolare in Italia (Storia-Tradizioni-Leggende)*, F. Zigotti, Trieste, 1948, 358 pp.: "Lares", vol. XVI, fasc. 1-4, 1950, pp. 144-145.
- recensione a Ernesto de Martino, *Mondo popolare e magia in Lucania*, Basilicata Editrice, Roma - Matera, 1975, 161 pp.: "Lares", vol. XLII, fasc. 3-4, 1977, pp. 545-549.
- recensione a Guglielmo Lützenkirchen - M. Petta - R. Villa, *Un taumaturgo popolare dell'Irpinia: Zi' Vincenzo Camuso*, vol. monografico di "Medicina nei Secoli. Rivista storico-medica", 3, 1978, pp. 427-439: "Lares", vol. XLVII, fasc. 1, 1981, pp. 131-132.





## Norme per i collaboratori

### *Comunicazioni*

- Ogni comunicazione per la rivista deve essere inviata a:  
AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica  
presso la Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute  
*posta:* ex monastero di Santa Caterina Vecchia,  
strada Ponte d’Oddi, 13, 06125 Perugia (Italia)  
*telefono e fax:* 075/41508 (*dall'estero:* + 39/075/41508)  
075/5840814 (*dall'estero:* + 39/075/5840814)  
*e-mail:* redazioneam@antropologiamedica.it  
*sito web:* www.antropologiamedica.it

### *Invio dei contributi*

- Il testo fornito dagli Autori deve essere di norma elaborato con programmi Word e giungere per e-mail all’indirizzo [redazioneam@antropologiamedica.it](mailto:redazioneam@antropologiamedica.it), possibilmente, sia per via postale in versione cartacea all’indirizzo: ex monastero di Santa Caterina Vecchia, strada Ponte d’Oddi, 13, 06125 Perugia (Italia). Ogni cartella di stampa deve corrispondere a circa 2000 battute.
- Il testo fornito dall’Autore viene considerato definitivo e completo di ogni sua parte. La correzione delle bozze di stampa sarà effettuata dalla Redazione (salvo diverso accordo con l’Autore) e concernerà i soli errori di composizione.
- Al testo vanno aggiunti un *Riassunto* (abstract) di non più di 1500 battute nella lingua del testo (e, possibilmente, la sua traduzione nelle altre lingue in cui i riassunti vengono pubblicati: italiano, francese, spagnolo, inglese) ed una *Scheda sull’Autore* (bibliografica) tra le complessivamente 1500 e le 3000 battute (corredata da luogo e data di nascita e da un recapito).
- Il nome (indicato per esteso) e il cognome dell’Autore insieme alla sua attuale qualifica principale, vanno anche collocati sotto il titolo del contributo.
- La Direzione della rivista, di intesa con il Comitato di redazione ed i Referees, può suggerire agli Autori possibili interventi sui testi dei contributi ed è comunque la sola responsabile per ogni decisione definitiva in merito alla loro accettazione. I contributi non pubblicati non verranno restituiti.

## Convenzioni grafiche

- Si richiede agli Autori di adottare le convenzioni grafiche qui di seguito indicate.
  - Per le denominazioni (sostantivi) dei gruppi etnico-culturali, linguistici, religiosi, politico-ideologici, va usata di norma la iniziale maiuscola (esempi: i Fenici, i Melanesiani, gli Europei, i Bororo [ma gli Indiani bororo o le comunità bororo], i Pentecostali).
  - Per le denominazioni di istituzioni, enti, associazioni, società scientifiche e altre strutture collettive, va usata di norma la iniziale maiuscola solo per la prima parola (esempi: Società italiana di antropologia medica, 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: <sup>(3)</sup>.

## 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 può essere 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, PITRE G. 1896, ZANETTI Z. 1892).
- Per richiami relativi ad opere predisposte da un curatore: (DE MARTINO E. cur. 1962). Da più curatori: (LANTERNARI V. - CIMINELLI M. L. cur. 1998).

### *Normativa per la costruzione e l'ordinamento delle informazioni nella bibliografia*

- Nella costruzione dei *Riferimenti bibliografici* cui si rinvia dal testo del contributo o anche da una sua nota, si richiede che gli Autori forniscano almeno le informazioni previste dalla esemplificazione qui di seguito proposta.
  - Libri
    - DE MARTINO Ernesto (1948), *Il mondo magico*, Einaudi, Torino.
    - DE MARTINO Ernesto (1973 [1948]), *Il mondo magico*, III ediz., introduzione di Cesare CASES, Boringhieri, Torino [I ediz.: Einaudi, Torino, 1948].
    - DE NINO Antonio (1879-1897), *Usi e costumi abruzzesi*, 6 voll., Barbera, Firenze.
    - DE NINO Antonio (1891), *Usi e costumi abruzzesi*, 6 voll., vol. V. *Malattie e rimedii*, Barbera, Firenze.
    - DE NINO Antonio (1965 [1879-1897]), *Usi e costumi abruzzesi*, ristampa anastatica della 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. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 1986].
    - FRIGESSI CASTELNUOVO Delia - RISSO Michele (1982), *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Einaudi, Torino.
    - CORIN Ellen E. - BIBEAU Gilles - MARTIN Jean-Claude - LAPLANTE Robert (1990), *Comprendre pour soigner autrement. Répère pour régionaliser les services de santé mentale*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
    - BASTANZI Giambattista (1888), *Le superstizioni delle Alpi Venete, con una lettera aperta al prof. Paolo Mantegazza*, Tipografia Luigi Zoppelli, Treviso / in particolare: *Superstizioni agricole*, pp. 141-146; *Superstizioni mediche (Superstizioni relative ai rimedii alle malattie e alle virtù curative di certe persone)*, pp. 163-189.

□ Opere collettive

- DE MARTINO Ernesto (curatore) (1962), *Magia e civiltà*, Garzanti, Milano.
- GALLI Pier Francesco (curatore) (1973), *Psicoterapia e scienze umane. Atti dell'VIII Congresso internazionale di psicoterapia (Milano, 25-29 agosto 1970)*, Feltrinelli, Milano.
- *Enciclopedia delle religioni (1970-1976)*, 6 voll., Vallecchi, Firenze.
- MAUSS Marcel (1965 [1950]), *Teoria generale della magia e altri saggi*, avvertenza di Georges GURVITCH, introduzione di Claude LÉVI-STRAUSS (*Introduzione all'opera di Marcel Mauss*), traduz. dal francese di Franco ZANNINO, presentazione dell'edizione italiana di Ernesto DE MARTINO, Einaudi, Torino.

□ Contributi individuali entro opere collettive o entro collettanee di lavori del medesimo autore

- GOOD Byron - DELVECCHIO GOOD Mary-Jo (1981), *The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice*, pp. 165-196, in EISENBERG Leon - KLEINMAN Arthur (curatori), *The relevance of social science for medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht.
- BELLUCCI Giuseppe (1912), *Sugli amuleti*, pp. 121-127, in SOCIETÀ DI ETNOGRAFIA ITALIANA, *Atti del Primo congresso di etnografia italiana. Roma, 19-24 ottobre 1911*, Unione Tipografica Cooperativa, Perugia.
- DI NOLA Alfonso M. (1972), *Malattia e guarigione*, coll. 2-15, 2 tavv. f.t., in *Enciclopedia delle religioni*, 6 voll., vol. IV, Vallecchi, Firenze.
- TAMBIAH Stanley Jeyaraja (1985), *A Thai cult of healing through meditation*, pp. 87-122, in TAMBIAH Stanley Jeyaraja, *Culture, thought, and social action. An anthropological perspective*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts) - London [ediz. orig. del saggio: *The cosmological and performative significance of a Thai cult of healing through meditation*, "Culture, Medicine and Psychiatry" vol. I, 1977, pp. 97-132].

□ Opere collettive in periodici

- LÜTZENKIRCHEN Guglielmo (curatore) (1991), *Psichiatria, magia, medicina popolare. Atti del Convegno (Ferentino, 14-16 novembre 1991). Sezione demo-antropologica. I, "Storia e Medicina Popolare"*, vol. IX, fasc. 2-3, maggio-dicembre 1991, pp. 58-213.

□ Contributi individuali entro opere collettive in periodici

- PRINCE 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 crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*, "Nueva Antropología", vol. VII, n. 28, ottobre 1985, pp. 11-27.
- Nota bene: Le indicazioni dei luoghi di edizione, come peraltro quelle degli editori, vanno mantenute nella lingua originale. Vanno invece dati in italiano termini come: curatore / presentazione, 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 una vera e propria *Bibliografia*, non costituiscano cioè oggetto di rinvio dal testo o da una nota e non siano dunque *riferimenti bibliografici*, la indicazione relativa alla data di pubblicazione può essere data 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 Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

ex Monastero di Santa Caterina Vecchia

strada Ponte d'Oddi, 13

06125 Perugia (Italia)

tel. e fax: (+39) 075/41508 e (+39) 075/5840814

e-mail: [redazioneam@antropologiamedica.it](mailto:redazioneam@antropologiamedica.it)

**Proprietà della testata**

*Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute*

ex Monastero di Santa Caterina Vecchia

strada Ponte d'Oddi, 13

06125 Perugia (Italia)

tel. e fax: (+39) 075/41508 e (+39) 075/5840814

e-mail: [fondazionecelli@antropologiamedica.it](mailto:fondazionecelli@antropologiamedica.it)

sito web: [www.antropologiamedica.it](http://www.antropologiamedica.it)

partita IVA: 01778080547

**Editore**

*ARGO Editrice s.c.r.l.*

corte dell'Idume, 6

73100 Lecce (Italia)

tel.: (+39) 0832/241595

fax: (+39) 0832/303630

e-mail: [info@argoeeditrice.it](mailto:info@argoeeditrice.it)

sito web: [www.argoeeditrice.it](http://www.argoeeditrice.it)

partita IVA: 02600260752

**Stampa**

*Stabilimento Tipografico «Pliniana»*

viale Francesco Nardi, 12

06017 Selci Lama (prov. di Perugia, Italia)

tel.: (+39) 075/8582115

fax: (+39) 075/8583932

e-mail: [st.pliniana@libero.it](mailto:st.pliniana@libero.it)

**Promozione e distribuzione**

PDE

**Come acquisire AM**

modalità di pagamento (ad Argo Editrice s.c.r.l.) mediante:

- carta di credito (VISA o MASTERCARD) ordinando sul sito [www.argoeeditrice.it](http://www.argoeeditrice.it)
- accreditato sul conto corrente bancario n. 1513931 intestato a Argo Editrice, presso la Unicredit, viale Leopardi, 132 - 73100 Lecce (Italia) [Abi 02008 - Cab 16002]
- compilazione del bollettino di conto corrente postale n. 478735 intestato a Argo Editrice, corte dell'Idume, 6 - 73100 Lecce (Italia) [Abi 07601 - Cab 16000]

costo:

- fascicolo doppio: Italia e Paesi della Unione europea € 31,00  
altri Paesi US\$ 60
- fascicolo doppio arretrato: Italia e Paesi della Unione europea € 37,00  
altri Paesi US\$ 70
- fascicolo singolo: Italia e Paesi della Unione europea € 18,00  
altri Paesi US\$ 35
- fascicolo singolo arretrato: Italia e Paesi della Unione europea € 21,00  
altri Paesi US\$ 40
- abbonamento annuo (due numeri l'anno): Italia e Paesi della Unione europea € 31,00  
altri Paesi US\$ 60

per i Soci SIAM il versamento della quota associativa annuale comprende il diritto a ricevere direttamente questa 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



Finito di stampare nel mese di aprile 2006  
dallo Stabilimento Tipografico «Pliniana»  
viale F. Nardi, 12 – Selci-Lama (provincia di Perugia, Italia)