

MEDICINA E CULTURA

PARTE PRIMA

Capitolo Primo

Cultura e Universo Conoscitivo delle Credenze Mediche Tradizionali: Alcune Considerazioni Preliminari¹

(Peter Morley)

*«Permettetemi di iniziare col ricordarvi che il possesso di pensieri veri ovunque
significa il possesso di preziosi strumenti d'azione ... ».*

William James

Pragmatism, lecture VI:

“Pragmatism's conception of truth”

*«Ciò che appare vero alla luce della lampada non sempre lo è alla luce del
sole».*

Joubert, Pensées, No. 152

*«Ognuno deve chiedersi se l'accezione dispregiativa, e non, della superstizione e
del mito, nel senso spregiativo o non scientifico di questi termini, non lo si debba al
fatto di giudicare un determinato popolo dal nostro punto di vista concettuale
piuttosto che dal suo, ... Quando ci si è presi la briga di cercare i suoi concetti, è
divenuto chiaro che tutto acquista senso e che il suo comportamento e le sue norme
culturali derivano naturalmente e regolarmente dalle sue specifiche categorie di
esperienza naturale così come i nostri derivano dalle nostre. Penso che sia un errore
il supporre che, prima di Galileo, non ci sia mai stato alcun popolo in alcun luogo che
abbia perseguito con determinazione concetti basilari verificati empiricamente e,
perciò, scientificamente. Per quanto quest'ultimo giudizio sia prevalente, esso è
nondimeno spazzatura».*

F.S.C. Northrop

¹ Il saggio è pubblicato in P. Morley e R. Wallis (Eds.) *Culture and Curing*, pp. 57-98, 1978, Peter Owen Ltd..

L'universo cognitivo delle società tradizionali tende ad essere meno parcellizzato di quello del mondo moderno occidentale. Un singolo aspetto della vita è, in genere, interconnesso con molti altri, non soltanto occasionalmente, quanto piuttosto nel pensiero di coloro che vivono nelle società meno evolute a livello tecnologico. Questo libro mette a fuoco uno degli aspetti della vita nelle società extra-occidentali, quello delle credenze e delle pratiche relative alle cure mediche. Storicamente, gli antropologi hanno considerato tali credenze o tali pratiche come appartenenti ad un campo più vasto, come quello della religione, della magia o della stregoneria. Una semplice classificazione tipologica delle teorie sulle cause della malattia dimostra rapidamente il perché accade ciò. Le categorie diagnostiche della causa della malattia riflettono l'estensione della medicina nella più ampia arena sociale, l'individuazione e la classificazione dei sintomi, dei fattori sociali e della percezione dell'operatore sanitario.² Queste, pur se differenti sia per i contenuti che per la forma, possono essere riassunte sotto quattro ampie categorie (Figura 1).³

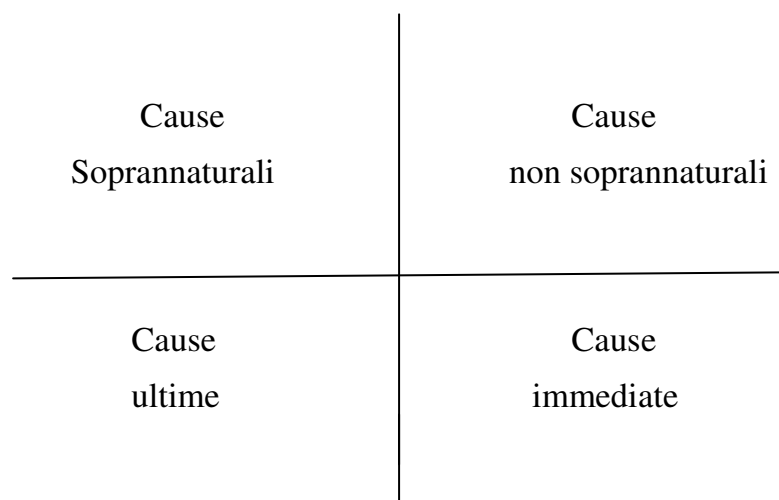


Figura 1: Categorie eziologiche

Nello schema rappresentato nella Figura 1, le *cause soprannaturali* sono quelle che fanno derivare l'origine della malattia da forze sovrassensibili, agenti malevoli o da azioni che non sono direttamente osservabili.⁴

Sotto queste categorie si classificano, solo per citarne alcune, la *magia* e la *stregoneria*, la *possessione di spiriti o dèmoni*, e il *malocchio*. Queste spiegazioni della causa della malattia sono largamente diffuse nelle società extraoccidentali e hanno,

² A. Alland, Jr. *Adaptation in Cultural Evolution: An Approach to Medical Anthropology*, New York, Columbia University Press, 1970, pag. 138.

³ Le categorie nella Figura 1 sono derivate da quelle di Evans -Pritchard e di Seijas.

⁴ H. Seijas, "An approach to the study of the medical aspects of culture", *Current Anthropology*, December 1973, pp. 544-5.

⁴ Le categorie nella Figura 1 sono derivate da quelle di Evans -Pritchard e di Seijas.

⁴ H. Seijas, "An approach to the study of the medical aspects of culture", *Current Anthropology*, December 1973.

forse, attratto grande attenzione a causa della loro divergenza radicale da quelle prevalenti nella medicina scientifica occidentale.

Le *eziologie non soprannaturali* della malattia sono quelle interamente basate sull'osservazione della relazione di causa-effetto, senza tenere in conto l'accuratezza delle osservazioni effettuate.⁵ La diagnosi da parte di un individuo malese per la perdita di sangue da una ferita è basata su una teoria *non soprannaturale* di causalità, così come lo è l'osservazione che lo stesso individuo muore come conseguenza dell'infiammazione localizzata allo stesso punto della lesione, che ha raggiunto il suo cuore uccidendolo.⁶

La categoria delle *cause immediate* deriva da spiegazioni *non soprannaturali* e spiega malattie e malanni attribuendoli ad agenti patologici percepiti come tali. Le *cause ultime* danno conto dei fondamentali che “governano e condizionano il verificarsi della malattia”⁷ In breve, le cause immediate spiegano *il come* le malattie si concretizzano, e le cause ultime *il perché* esse sopraggiungono.

Valabrega ha suggerito che, nei sistemi tradizionali di credenze mediche, troviamo operanti fondamentalmente due quadri concettuali. A questi egli si riferisce come a concetti *endogeni* e a concetti *esogeni*.⁸ Nel primo dei due concetti (chiamato centrifugo o sottrattivo) la malattia è causata dal rapimento magico dell'anima dell'individuo. L'anima, che ha lasciato il corpo dell'individuo, entra in un altro regno e l'individuo, di conseguenza, soffre. La cura richiede l'intervento magico per riprendere l'anima in modo da ristabilire l'equilibrio delle forze spirituali all'interno dell'individuo stesso. Per quanto concerne l'ultima concezione della malattia, questa è causata dall'introduzione di un oggetto vero o simbolico nel corpo del paziente. Siccome tali oggetti possono variare, da spine e piccoli ciottoli, a rocce o piccoli animali, noi troviamo in essa un esempio di una possibile combinazione della causalità soprannaturale con la causalità empirica. Soltanto l'oggetto specifico introdotto, in assenza di altri fattori, determinerà quale delle due spiegazioni causali diviene dominante. Così, una piccola spina, che provoca un'infezione (*naturale*), può essere integrata da una spiegazione soprannaturale (*la dimensione del “perché?”*), nella quale i poteri magici sono attribuiti o all'oggetto che ha provocato la ferita o ad alcune potenti forze che hanno mosso l'oggetto verso la parte offesa del corpo del malato. Qui, come altrove, sono offerte spiegazioni causali sia *ultime* che *immediate* e possono perciò portare ad una combinazione di comportamenti terapeutici magici ed empirici.

Nei casi in cui gli spiriti o i demoni entrano nel corpo, il trattamento deriva da pronunciamenti diagnostici che suggeriscono che forze soprannaturali si sono impossessate del malato e, perciò, debbono essere propiziate o esorcizzate per mezzo del rituale appropriato, attraverso il quale lo spirito cattivo viene esorcizzato. Spesso sostanze emetiche vengono usate per indurre il paziente a vomitare lo spirito. Troviamo impiegati all'uopo anche un certo numero di altri trattamenti fisici. Questi

⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ J. P. Valabrega, *La Relation Therapeutique: Malade et Médecin*, Paris, Flammarion, 1962.

consistono nel ‘*sudare via*’ lo spirito, nel *raffreddare*’, in misure dietetiche e nella chirurgia, in particolare la trapanazione.

Nella grande varietà di sistemi medici tradizionali si ritrovano molte credenze e pratiche che contengono elementi di conoscenza tecnico-empirica.⁹ Per esempio, si è ipotizzato che l’acquisizione della conoscenza anatomica sia iniziata molto presto nella storia dell’uomo; che essa sia strettamente collegata all’evoluzione della dieta carnivora e accompagni le attività venatorie.¹⁰ Sicuramente, per l’eschimese, la lunga esperienza del vestirsi di pelli di animali gli ha insegnato una preziosa lezione sia di anatomia complessiva che comparativa. Allo stesso modo, lo sviluppo della cosiddetta ‘tecnologia primitiva’, la gran parte della quale è correlata all’adattamento sia biologico che culturale, ha prodotto sia conoscenza utile a livello biologico (in relazione alla sopravvivenza) sia ¹¹ conoscenza sofisticata a livello medico. Per esempio, lo sviluppo della tecnologia del vestiario tra i popoli dell’area polare o circumpolare deve essere considerata come una parte importante dell’adattamento umano. Anche l’uso di piante medicinali per proteggersi dallo scorbuto, l’evitare certe sostanze nocive dei cibi (e.g. il fegato dell’orso polare), il controllo dei parassiti, il tabù dell’incesto e altre tecniche di adattamento utili a livello biologico possono essere considerati come aventi una componente empirica.¹² Altre pratiche mediche tradizionali molto diffuse comprendono il digiuno, il salasso, il massaggio, l’isolamento del paziente o della donna incinta, l’aborto e l’infanticidio, gli appropriati esercizi per aumentare la forza, la destrezza e la resistenza.¹³ Pratiche mediche che richiedono sia conoscenza anatomica che capacità tecniche sono la trapanazione, il taglio cesareo, l’ostetricia, l’agopuntura, la composizione delle fratture ossee, il legamento (es. di arti per morsi di serpente o per ferite), la cauterizzazione, l’amputazione, la laparotomia, l’ugulectomia, l’asportazione delle ovaie, l’inoculazione, l’inalazione, l’enteroclisma, l’uso degli unguenti e l’uso di molti preparati ‘erbalistici’.¹⁴

Si ritrova anche un’altrettanto ampia gamma di trattamenti fisici che includono, nell’ambito della psicoterapia tradizionale, l’elettroshock (gli Abissini dell’Etiopia usavano l’elettricità del pesce gatto), i bagni di sudore e le tecniche di massaggio.¹⁵

La farmacopea della medicina tradizionale è copiosa.¹⁶ Tra le molte medicine impiegate dagli operatori tradizionali si annoverano: il chinino, l’oppio, la coca, la

⁹ W. Laughlin, “Primitive theory of medicine: empirical knowledge”, in I. Galdston (ed.) *Men’s Image in Medicine and Ethnology*, New York, International University Press, 1963, p. 116.

¹⁰ Ibid., p. 118.

¹¹ Ibid., p. 119.

¹² Ibid.

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid. Vedi anche E. H. Ackernecht, *Medicine and Ethnology, Selected Essays*, Baltimore, The John Hopkins University Press, 1971.

¹⁵ Il lettore che vuole approfondire l’argomento relativo alla diagnosi e al trattamento propri della psichiatria tradizionale è rinviato a J. Kennedy, “Cultural Psychiatry”, in J. Honigmann (ed.) *Handbook of social and Cultural Anthropology*, Chicago, Rand Mc Nally College Publishing Company, 1974, pp. 1119-98; A. Kiev, *Magic, Faith and Healing*, New York, The Free Press, 1964; E. Fuller Torrey, *The Mind of Game*, New York, Bantman Books, 1972.

¹⁶ R. Lieban, “Medical Anthropology”, in Honigmann, op. cit, pp. 1031-72. Questo capitolo costituisce un’eccellente panoramica del campo dell’ Antropologia Medica.

cincona (china), la copaive, il curaro, l'olio di caulmugra, l'efedrina e la *rauwolfia*.¹⁷ In un'appendice rimarchevole ad un suo lavoro, Vogel identifica approssimativamente 170 droghe, che sono state o rimangono ufficialmente nel *National Formulary* o nella *Pharmacopoeia of the United States of America*, le quali erano usate come medicinali dai popoli nativi nordamericani del Messico del nord, e circa altre cinquanta erano usate dagli abitanti delle Indie Occidentali, del Messico, dell'America Centrale e dell'America Meridionale.¹⁸ Ci possono essere pochi dubbi sul fatto che la medicina tradizionale possieda una complessa *materia medica*, come attestano sia questa breve panoramica che i saggi presentati in questo volume. E' anche sicuro che alcuni elementi di status scientifico debbano essere riconosciuti insieme alla pletora di credenze e pratiche magico-religiose che si trovano nell'ambito delle culture tradizionali. Così, mentre i chirurghi erbalisti in Etiopia mescolano misticismo (i nomi delle piante medicinali non deve essere pronunciato ad alta voce) con aspetti più pragmatici della cura, questa, nel suo complesso, contiene elementi empirici che sono stati sperimentati nel corso del tempo.¹⁹

Per migliorare la nostra comprensione delle credenze e delle pratiche mediche tradizionali è essenziale capire i loro significati fenomenologici e sociali. Questi possono essere compresi “*secondo il punto di vista delle aspettative degli attori, della costruzione del carattere narrativo delle eziologie della malattie, e della natura processuale delle cure*”.²⁰ Inoltre, ciò significa che l'analisi deve essere focalizzata su ciò che la gente spera e si aspetta dal sistema medico, nonché su ciò che la gente stessa definisce come etiologicamente significativo e efficace a livello terapeutico.²¹

I saggi inclusi nel presente volume sono orientati all'esplorazione di alcune di queste connessioni e del loro significato sociale. Desideriamo introdurre queste analisi sostanziali con alcune considerazioni sulla concettualizzazione dominante delle pratiche mediche extraoccidentali che prevalgono nei racconti degli storici della medicina e degli antropologi. Siccome molta attenzione è stata posta specialmente sulla spiegazione soprannaturalistica della malattia, in particolare in termini di stregoneria, è su questo che noi focalizzeremo l'attenzione.

La medicina allopatrica occidentale, come istituzione sociale, ha raggiunto una posizione dominante nell'erogazione della cura della salute. Il complesso della conoscenza empirica del medico occidentale - conosciuta come la *materia medica* e sviluppata, in particolare, nell'ambito della rivoluzione scientifica - è emersa come *sine qua non* della pratica medica 'legittimata'.

Attraverso la storia della medicina occidentale, fatte poche eccezioni, si riscontra la tendenza a considerare il sistema medico e le credenze tradizionali dal punto di vista favorevole per la scienza medica occidentale contemporanea, giudicandoli non solo 'primitivi', ma anche arcaici e largamente irrilevanti sia per la medicina scientifica che

¹⁷ Ibid., p. 10045

¹⁸ V. Vogel, *American Indian Medicine*, New York, Ballantine Books, 1970 (vedi in special modo pp. 253-401).

¹⁹ Lieban, op. cit., p. 1045.

²⁰ A. Young, “Some implication of medical beliefs and practices for Social Anthropology”, *American Anthropologist*, Vol. 78., No. 1, Marzo 1976.

²¹ Ibid., p. 20.

per la salute delle popolazioni umane. L'enfasi è stata posta sui pittoreschi, ma bizzarri, usi e costumi del 'selvaggio'. I medici, gli storici della medicina e i primi antropologi, imbevuti dell'idea di progresso, considerarono la medicina 'primitiva' come uno stadio iniziale dell'evoluzione. La medicina tradizionale, anche se tuttora praticata in molte società extraoccidentali, è stata considerata come un semplice prodromo della complessa medicina scientifica moderna.²²

La scienza positivista, così come viene popolarmente percepita in virtù delle conquiste tecnologiche, nel mondo scientifico occidentale ha conquistato una posizione dominante come unica legittimata interprete della natura. *«Mentre le alternative al nostro attuale ordine sociale sono in genere considerate minacciose e pericolose, la fiducia ingenerata dalle nostre concezioni di ordine naturale fa sì che le alternative ad esse siano trattate semplicemente come strane o anche divertenti. Non esiste alcun gruppo sociale o società, anche se potenti, con una visione diversa del mondo naturale, che possa riuscire a scuotere la nostra fede nelle nostre concezioni. Cosmologie antiche tra di noi, così come la 'fisica' medica antropomorfa delle società primitive, ci disturbano il più delle volte quanto l'esistenza di quelli che credono in esse. Così, come noi amiamo pensare che i nostri valori siano i migliori in assoluto, altrettanto noi pensiamo che la nostra visione della natura sia la sola giusta».*²³

Che i fenomeni incompatibili con i paradigmi scientifici prevalenti siano spesso bollati come 'non scientifici', 'prescientifici' o 'prelogici' è ben documentato. In questo ambito riveste particolare importanza il lavoro di Lévy-Bruhl. Le sue riflessioni sulla natura prelogica e mistica dei sistemi di credenze dei primitivi esercitò una influenza considerevole sulle prime (e per alcuni aspetti anche sulle successive) spiegazioni antropologiche del 'pensiero selvaggio'.

Lévy-Bruhl affermò che esistevano differenze fondamentali tra la mentalità prelogica, animistica e antisperimentale dell'uomo primitivo e quella caratteristica del 'pensiero scientifico'.²⁴ Egli contrappose l'“*aspetto mistico della mentalità primitiva*” all'aspetto razionale della 'società scientifica'.²⁵ Il pieno sviluppo della sua tesi lo ritroviamo nel seguente brano in cui afferma che «... *la realtà nella quale i primitivi si muovono è essa stessa mistica. Non c'è alcun essere, alcun oggetto, alcun fenomeno naturale che, nella loro rappresentazione collettiva, appaia nella stessa maniera nella quale appare a noi. Quasi tutto ciò che noi vediamo sfugge loro ed è ad essi indifferente. D'altra parte, essi vedono molte cose delle quali noi siamo inconsapevoli*».²⁶

²² Vedi S. E. Akerknecht, op. cit.; H. Sigerist, *Primitive and Archaic Medicine*, New York, Oxford University Press, 1967.

²³ B. Barnes, *Scientific Knowledge and Sociological Theory*, London, Routledge & Kegan Paul, 1974, p. 2.

²⁴ S. Lukes, *Some problems about rationality*, in B. Wilson (ed.) *Rationality*, Oxford, Basil Blackwell, 1970, p. 201.

²⁵ Ibid.

²⁶ L. Lévy-Bruhl, *Les Fonctions Mentales dans les Sociétés Inférieures*, Paris, 1910, p. 20, (in S. Lukes, op. cit., p. 201).

In sostanza, egli afferma, il pensiero dell'uomo primitivo è prelogico. Ciò significa che *«non è costretto, come il nostro, ad evitare le contraddizioni. Nel suo caso non sono sempre presenti le nostre stesse esigenze logiche; a volte, egli afferma senza alcuna difficoltà ciò che ai nostri occhi è impossibile o assurdo»*.²⁷

È comunque un peccato che Lévy-Bruhl scelse il termine 'prelogica' per descrivere la mentalità primitiva, perché egli non volle sicuramente significare che il pensiero primitivo fosse illogico, quanto piuttosto che non fosse consona con la logica "razionalistica" del pensiero occidentale. Inoltre, il pensiero primitivo segue la "legge della partecipazione". Per tale ragione *«nelle rappresentazioni collettive della mentalità primitiva gli oggetti, gli esseri e i fenomeni, in maniera incomprensibile per noi, possono essere al tempo stesso se stessi e altro da se stessi»*.²⁸

Inoltre, possono essere uniti da connessioni che non hanno nulla in comune con la logica della tradizione occidentale del razionalismo filosofico e scientifico.²⁹ Il pensiero prelogico dei primitivi è indifferente a simile logica e fa a meno dei principi di contraddizione e di causalità. In conclusione, aspetti della realtà "logicamente" separati si fondono in una singola unità mistica. Di conseguenza non è difficile desumere dalle considerazioni di Lévy-Bruhl la nozione che il pensiero primitivo è essenzialmente inferiore al pensiero occidentale.

In disaccordo con Lévy-Bruhl, Evans-Pritchard ha messo in discussione la nozione di mentalità prelogica. Criticando in particolare questa teoria, egli afferma che la visione del mondo scientifico è una funzione della cultura, così come la prospettiva magica del 'selvaggio' è una funzione della cultura 'primitiva'.³⁰ Evans-Pritchard chiarifica così il suo pensiero: *«Il fatto che noi attribuiamo la pioggia soltanto a cause meteorologiche, mentre i selvaggi credono che gli Dei, gli spiriti o la magia possano influenzare l'avvento della pioggia, non costituisce alcuna prova che i nostri cervelli funzionino in modo differente dai loro. Non dimostra che noi pensiamo in modo più logico dei selvaggi; almeno non se questa espressione insinua che vi sia una specie di superiorità psichica ereditaria. Non costituisce alcun segno di superiorità da parte mia il fatto che io attribuisca la pioggia a cause fisiche. Io non sono pervenuto a questa conclusione attraverso l'osservazione e la deduzione; infatti io ho una conoscenza minima del processo meteorologico che porta alla pioggia. Accetto semplicemente ciò che nella mia società tutti accettano, ossia che la pioggia è dovuta a cause naturali. Questa idea particolare fa parte della mia cultura da molto tempo prima che io nascessi e, eccettuata una sufficiente abilità linguistica, mi è stato necessario molto poco per apprenderla. Allo stesso modo, un selvaggio che crede che, sotto certe favorevoli condizioni naturali e rituali, la caduta della pioggia possa essere influenzata da una magia appropriata, non può essere considerato, a causa di*

²⁷ Idem, *La Mentalité Primitive*, Oxford, 1931, p. 21, (in S. Lukes, op. cit., p. 201) .

²⁸ Idem, in J. Cazeneuve, *Lucien Lévy-Bruhl: Sa Vie, Son Oeuvre avec un Exposé de sa Philosophie*, Paris, Collections Philosophes, 1965, p. 80. Vedi anche l'articolo di D. Goddard , in *Social Research*, June, 1967, pp. 384-7.

²⁹ D. Goddard, op. cit. p. 385.

³⁰ Cf. P. Winch, "Understanding a primitive society", in B. Wilson, op. cit., p. 79; M. Richter, *Science as a Cultural Process*, London, Frederick Miller, 1973, specialmente le pp. 43-52; B. Barnes, op. cit., passim.

*questa credenza, di intelligenza inferiore. Egli non ha costruito questa credenza attraverso le sue proprie osservazioni e deduzioni, ma l'ha adottata esattamente come ha adottato il resto del suo retaggio culturale, semplicemente perché in esso è nato. Sia lui che io pensiamo attraverso i modelli di pensiero fornitici dalle società nelle quali viviamo. Sarebbe assurdo sostenere che il selvaggio pensa alla caduta della pioggia in modo mistico e noi, invece, in modo scientifico. In ambo i casi sono coinvolti processi mentali simili e, per di più, il contenuto del pensiero è dedotto in modo analogo. Ma noi possiamo affermare che il contenuto sociale del nostro pensiero sulla caduta della pioggia è scientifico, è conforme a fatti oggettivi, mentre il contenuto sociale di quello del selvaggio sulla caduta della pioggia non è scientifico, perché non è basato sulla realtà e può essere certamente definito mistico dato che presuppone l'esistenza di forze sovrasensibili».*³¹

Evans-Pritchard ha qui distinto il pensiero ‘come processo’ dal ‘contenuto sociale’ di esso. Secondo Evans-Pritchard, le spiegazioni dell’ordine naturale delle cose, così come presentato dai sistemi di pensiero primitivi, anche se spesso erranee, sono fondate sull’osservazione; ma, mentre le tassonomie dei fenomeni sono sviluppate attraverso la sistemazione delle loro analogie (come nella scienza empirica), il “mago” si differenzia dallo scienziato per il fatto che inferisce che, dato che le cose sono simili in uno o più aspetti, esse hanno tra loro un legame mistico, mentre in realtà il legame non è un legame reale, ma una connessione ideale nella mente del “mago”.³²

L’esempio della stregoneria africana, che costituisce l’essenza del contributo di Evans-Pritchard al dibattito filosofico corrente sul problema della razionalità, serve ad illustrare l’estensione dell’osservazione e della logica inerente ai sistemi tradizionali di credenze mediche.

Come Evans-Pritchard e altri hanno dimostrato, la stregoneria può essere considerata come un sistema di conoscenze culturali con una sua interna coerenza e plausibilità.³³

In questo senso, si è argomentato che la magia è «*relativamente a certe caratteristiche strutturali generali, del tutto simile ai sistemi culturali di conoscenza della scienza moderna. ...*»³⁴ Esse sono simili “*in quanto possiedono degli ‘eleganti’ modelli organizzativi interni e per il loro superbo effettivo adattamento a qualsiasi realtà fattuale che può essere individuata in un contesto dato*». ³⁵ Chiaramente esistono differenze tra queste due cosmologie; ma, in ambedue i casi, esse sono fermamente radicate nei loro specifici contesti socio-culturali.³⁶

³¹ E. Evans-Pritchard, “Lévy-Bruhl’s theory of primitive mentality”, *Bullettin of Faculty of Arts*, University of Egypt, 1934, (in Winch, op. cit., pp. 79-80).

³² Idem, in Lukes, op. cit., pp. 198-9.

³³ Vedi M. Richter, op. cit., pp. 43-52. I sistemi di conoscenza culturali, come definiti da Richter, si riferiscono a “qualsiasi insieme di idee, prevalente in una data cultura o sub-cultura, che fornisce una via per organizzare le informazioni sul mondo o su qualsiasi aspetto di esso” (op. cit., p. 43).

³⁴ Ibidem, p. 46.

³⁵ Ibid.

³⁶ Noi ci riferiamo qui alla tesi “della “costruzione sociale della realtà” avanzata da P. Berger e T. Luckman in *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, New York, Doubleday, 1966.

Un sistema di idee scientifiche combina due caratteristiche essenziali, 'astrattezza' e 'verificabilità'. La prima 'riguarda l'organizzazione interna del sistema delle idee, mentre la seconda *'riguarda la relazione del sistema con i fatti esterni'*.³⁷ Inoltre: «*'Astrattezza' significa che gli aspetti logici dell'organizzazione interna del sistema sono differenziati dai contenuti del sistema stesso: che le relazioni logiche tra le proposizioni che lo compongono sono chiarite e che le più generali proposizioni del sistema sono conformi ai principi o alle leggi che debbono essere applicati in circostanze ipotetiche, piuttosto che a concrete situazioni fattuali. 'Verificabilità' significa che il sistema fornisce una base per risultati prevedibili e osservabili e, perciò, che è soggetto a valutazione in termini di accuratezza delle sue previsioni*». ³⁸

Richter prosegue avvertendoci che: «*Sia l' 'astrattezza' che la 'verificabilità' possono essere presenti l'una senza l'altra ... Infatti, l' 'astrattezza' e la 'verificabilità' sono di difficile combinazione, perché 'astrattezza' significa che il sistema, se deve essere verificabile, può essere verificato solo in particolari condizioni che debbono essere costruite artificialmente. In particolare, combinare l' 'astrattezza' e la 'verificabilità, (combinazione che rivela un sistema come 'scientifico') significa fare una operazione nella quale il sistema prevede certi risultati osservabili piuttosto che altri, non in condizioni ordinarie o naturali, ma in condizioni ideali di controllo osservazionale o sperimentale ...*». ³⁹

Una definizione di sistema scientifico così ampia non mette a fuoco il *contesto* del sistema stesso le sue caratteristiche ideazionali: piuttosto, l'enfasi è sulle caratteristiche *strutturali*, considerate come *elementi distintivi* della scientificità di un sistema di pensiero. Richter ci fornisce una serie di proposizioni che illustrano lo status "scientifico" dei sistemi di credenza magica e dell'eziologia della malattia.

I suoi ipotetici popoli credono che:

- a) *la stregoneria provoca la malattia nella gente;*
- b) *la malattia è provocata esclusivamente dalla stregoneria;*
- c. *le difese magiche dalla stregoneria proteggono le vittime potenziali dalle malattie indotte dalla stregoneria stessa;*
- d. *la malattia può essere bloccata soltanto dall'intervento magico.*⁴⁰

Questo sistema astratto di credenze, conclude Richter, ci dice che cosa accadrà sotto «*certe condizioni di perfetto controllo sperimentale: le vittime della stregoneria che non sono protette dalla magia cadono ammalate*». ⁴¹ Sono chiaramente verificabili le leggi generali sulle quali il sistema si fonda: «*Noi possiamo provare a far ammalare*

³⁷ Richter, op. cit., p. 47.

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid., pp. 47-8.

⁴⁰ Ibid., p. 48.

⁴¹ Ibid.

*qualcuno attraverso la stregoneria, impedire l'attivazione della difesa magica e vedere se si ammala, così come il sistema predice date queste condizioni».*⁴²

Allora, un sistema fondato sulla stregoneria, trasferito nel mondo reale, come differisce da tale ipotetico costruito concettuale? In quale modo un sistema di credenze magiche può definirsi 'non scientifico'? Primo, tutti i sistemi magici sono usualmente definiti in termini di eventi palesi (*in situ*), ossia quando sono visibili e non prodotti in segreto, noi possiamo constatare che X ha invocato la stregoneria per produrre la malattia in Y. Il fattore causale è descrivibile ad un livello di significato non astratto. Comunque, la proposizione "*se X ... poi Y*" è raramente formulata:⁴³ «*Se la stregoneria e non la magia difensiva, allora la malattia' normalmente non sono formulate da coloro che credono in tale sistema. Anche se l'osservatore esterno appartenente ad una cultura scientificamente avanzata può riconoscere tali idee come implicitamente sottostanti le affermazioni concrete e il comportamento di coloro che ci credono*». ⁴⁴

Troviamo anche una seconda caratteristica distintiva. Il sistema fondato sulla credenza nella stregoneria è anche improbabile che possa essere verificato nel mondo 'reale' di colui che ci crede. Ancora una volta, sembra che il problema sia correlato all'esistenza di non chiari criteri atti a determinare se la stregoneria sia stata o non sia stata in concreto la 'causa' della malattia dell'individuo.⁴⁵ Come per altri sistemi di credenze, l'efficacia del sistema della stregoneria è difficile da contestare o da confutare. Infatti, i suoi fallimenti possono essere attribuiti all'esistenza di una potente magia difensiva contraria attuata segretamente, o ad errori commessi nell'espletamento degli aspetti pratici e nel procedimento del rituale magico.⁴⁶ Inoltre, le spiegazioni magiche sono raramente, se non mai, considerate come *in toto* spiegazioni in termini di sfortuna. Infatti, queste spesso sono considerate come necessarie, ma non sufficienti spiegazioni causali degli eventi. In ogni caso di sfortuna o di malessere ci sono due domande alle quali è necessario rispondere: "*come ?*" e "*perché?*".⁴⁷ Come osserva Gluckman, l'africano, come noi, «*distingue chiaramente il perché dal come degli eventi sfortunati*». ⁴⁸ Questo argomento verrà di nuovo preso in considerazione più oltre in questo capitolo.

Coloro che credono nella causalità magica non sono soddisfatti da spiegazioni che non vanno oltre l'informarli del *come* certe sfortune o malattie sopraggiungono. Perciò, quando un contadino imputa all'azione di una strega il fallimento della sua produzione agricola, o un cacciatore viene ucciso da un elefante, o quando gli uomini siedono su un granaio infestato dalle termiti e muoiono nel crollo della struttura, si sviluppa una ricerca del *significato* di tali eventi. Questa indagine porta coloro che ci credono verso il sistema della stregoneria, che fornisce la risposta alla domanda del

⁴² Ibid., p. 46.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ M. Gluckman, "Social beliefs in individual thinking in tribal society", in R. Manners e D. Kaplan (eds.), *Theory in Anthropology: A Source-book*, Chicago, Aldine Publishing Company, 1968, p. 455.

⁴⁸ Ibid.

“perché?”. Altre domande poste sono: “*Perché questo granaio?*”, “*Perché questo cacciatore?*”, “*Perché proprio adesso?*”. E, come commenta Gluckman: «*La stregoneria diviene così una teoria di causalità, ma costituisce una teoria che spiega le relazioni causali che gli scienziati moderni non cercano e non possono spiegare. Alcune persone ascrivono le particolarità dei fenomeni agli spiriti degli antenati, alla Provvidenza, al Fato, al volere o alla punizione di Dio; lo scettico scienziato può solo affermare che è un caso, una coincidenza di due catene di eventi nello spazio e nel tempo*».⁴⁹ Ancora: «*La credenza nella stregoneria in tal modo fornisce spiegazioni sulle particolarità degli eventi sfortunati. Per l'africano non fornisce la completa spiegazione della sfortuna. La credenza nella stregoneria non esclude l'osservazione empirica e la conoscenza scientifica. La strega deve causare la sfortuna attraverso la malattia, attraverso le termiti che mangiano il legno, gli elefanti o il danneggiamento del raccolto. Tutte queste cose esistono di per se stesse e hanno i loro effetti sulla vita degli uomini*».⁵⁰

Gli Azande, perciò, non vedono alcuna contraddizione nella loro nozione di causalità. C'è sempre una spiegazione pronta per giustificare una contraddizione o una previsione fallita dell'oracolo. Evans-Pritchard parla della “*elaborazione secondaria della credenza*”⁵¹, per mezzo di essa gli Azande spiegano il fallimento dell'oracolo in sette differenti modi. Tali spiegazioni, tra le altre, consistono nelle ipotesi seguenti: è stato usato un veleno sbagliato, è stato violato un tabù, oppure il veleno era rovinato, e così via. Gli Azande, afferma Evans-Pritchard, sono saldi nelle loro credenze: «*Essi ragionano in modo eccellente nell'idioma delle loro credenze, ma non riescono a ragionare al di fuori, o contro, le loro credenze perché essi non hanno altro idioma nel quale esprimere i loro pensieri*».⁵²

Questa posizione estrema è stata recentemente enfatizzata da Robin Horton, il quale relega il pensatore tradizionale completamente e inestricabilmente nell'*idioma* della sua cultura: «*Nelle culture tradizionali non c'è sviluppata consapevolezza dell'esistenza di alternative al corpus consolidato dei principi teorici...*».⁵³

Secondo Horton, perciò, al contrario delle culture scientificamente orientate, i sistemi di pensiero tradizionali non offrono principi teorici alternativi per spiegare i fenomeni: «*In queste culture tradizionali, il mettere in dubbio le credenze sulle quali si fonda la divinazione e il vagliare criticamente i successi sulle malattie non sono vie che il pensiero può percorrere. Costituiscono sentieri chiusi perché i pensatori coinvolti sono vittime di categorie chiuse. Per essi le credenze consolidate hanno validità assoluta ed ogni attacco a tali credenze costituisce uno spaventoso attacco da parte del caos*».⁵⁴ Certamente alcune persone possiedono un atteggiamento acritico verso i sistemi concettuali consolidati. Tale lealtà concettuale esiste ma, ragiona Gellner, «*le implicazioni dell'accettare ciò vanno considerate come criterio generale*

⁴⁹ Ibid., p. 456.

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ E. Evans-Pritchard, *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande*, Oxford, Clarendon Press, 1937, p. 330.

⁵² Ibid., p. 338.

⁵³ R. Horton, “African traditional thought and western science”, in B. Wilson, op. cit., pp. 131-71.

⁵⁴ Ibid., p. 53.

della mentalità tradizionale ... Ciò significa che all'interno di essa non può esistere sincretismo, non può esistere il pluralismo dottrinale, non profondo tradimento, non drammatiche conversioni o oscillazioni dottrinali, non l'avere sistemi di credenze alternativi di riserva, pronti per il momento opportuno per tradire».⁵⁵

La posizione di Horton è assolutistica e in definitiva si fonda su una filosofia dell'individualismo.⁵⁶ L'“autocoscienza delle alternative” sembra essere accreditata solo agli individui.⁵⁷ Perciò Horton, ragionando in modo psicologista, permette l'opzione di realtà alternative soltanto all'individuo deviante. La sua posizione, che è sull'argomento molto influente, è che i sistemi tradizionali di pensiero sono, usando la terminologia di Popper, ‘chiusi’ e non permettono spiegazioni alternative a quelle derivanti dal corpus costituito dei principi teorici, che dà forma alla configurazione (*eidos*) culturale di un dato popolo. Tuttavia, senza alcun dubbio, esistono molte culture nelle quali si ritrova una pluralità di sistemi di credenze sia generali sia, in particolare, mediche. Come afferma Daryll Forde: «Non bisogna credere che le visioni e le attitudini di un popolo, concernenti i doveri delle persone tra di loro e le loro relazioni con l'universo, siano necessariamente tutte di un pezzo. Gli studi antropologici di molte culture hanno dimostrato che anche in piccole e relativamente isolate società, nelle quali differenze di ricchezza, di rango e di potere sono minime, non necessariamente esiste una completa integrazione di credo e di dottrina e, ancora meno, esiste il dominio di un singolo sistema di credenze o di idee basilari sulla condotta delle persone in tutti gli ambiti dell'esistenza. Questo perché sia le fonti storiche della conoscenza e delle credenze, che i contesti di attività nei quali questi sono evocati, sono probabilmente diversi anche in mondi circoscritti. D'altra parte, esistono ragioni per credere che vi sia una stretta relazione tra le attitudini dominanti verso le relazioni sociali e l'uso appropriato delle risorse e delle credenze costituite concernenti la natura della società umana e del suo posto in un più ampio universo di forze cosmiche. Tra tali credenze e le loro opportunità di azione, sembra che esista un processo continuo di reciproco adeguamento».⁵⁸ Così, mentre l'osservazione di Horton (ossia che i sistemi di credenze sono vincolati alla specifica cultura e che la loro logica e razionalità debbono essere esaminate all'interno di tale contesto) richiede di essere presa in seria considerazione. Una considerevole evidenza ci suggerisce di mettere criticamente in discussione la sua nozione di ‘mondo senza opzioni’, che sarebbe proprio del pensatore tradizionale, prigioniero del suo sistema di pensiero ‘chiuso’.

Il maggiore contributo di Horton alla comprensione dei sistemi tradizionali di credenze consiste nella sua elaborazione della ‘logica situazionale’ di Popper, così come si applica al pensiero umano e al suo sviluppo concettuale. Nel caso dei sistemi di credenze mediche, egli ipotizza che la validità delle teorie della malattia, sia occidentali che africane, è *sempre* relativa alle condizioni nelle quali questa si verifica.

⁵⁵ E. Gellner, *Legitimation of Belief*, London, Cambridge University Press, 1974, p. 156.

⁵⁶ Ibid., p. 157.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ D. Forde (ed.), *African Worlds: Studies in the Cosmological and Social Values of African Peoples*, London, Oxford University Press, 1968, p. vii.

Egli postula che le teorie tradizionali delle cause della malattia portano il pensatore al di là del livello di ragionamento basato sul buon senso e producono una molto più ampia cosmologia delle categorie della malattia.

Sia il pensatore tradizionale che lo scienziato occidentale utilizzano la teoria *‘per trascendere la visione limitata della cause naturali fornita dal buon senso’*. Così, afferma Horton, quando un divinatore diagnostica l’azione dell’influenza della stregoneria come causa della malattia del suo cliente, aggiungere qualcosa riguardante le gelosie, le malefatte, o malevoli relazioni umane *costituisce una parte centrale del suo modus operandi*. Similmente, se il divinatore indicasse che il suo cliente è incorso nella collera dei suoi antenati, egli aggiungerà l’osservazione che c’è stata una violazione delle regole morali nella sua parentela e che da tale offesa dipende il malessere del cliente. Il parallelo tra il divinatore e lo scienziato, a livello di *‘logica situazionale’*, viene ulteriormente sviluppato da Horton: *«La situazione non è molto diversa da quella nella quale un perplesso profano cittadino americano, vedendo una grande nuvola a fungo all’orizzonte, consulta un amico che per caso è un fisico. Da una parte, il fisico può indirizzarlo verso elementi teorici. “Perché quella nuvola?, perché una massiccia fusione di nuclei di idrogeno è appena avvenuta”. Spinto più oltre, comunque, il fisico è verosimile che farà riferimento al lancio di una bomba contenente sostanze particolari. Se si sostituisce la “malattia” al ‘fungo atomico’ e la ‘collera degli spiriti’ alla ‘massiccia fusione di nuclei di idrogeno’, in ambedue i casi il riferimento a elementi teorici è utilizzato per collegare gli eventi al mondo visibile, tangibile (effetti naturali) e agli antecedenti (o antenati) nello stesso mondo (cause naturali)»*.⁵⁹

Nell’ambito del sistema di credenze della stregoneria, l’enfasi è posta sulle cattive relazioni personali. E, come sottolinea Horton, la medicina moderna occidentale, accecata dal successo della ‘teoria dei germi’ che spiega la malattia, ha ignorato per lungo tempo la relazione esistente tra il disordine sociale e la malattia individuale. Ovviamente, la medicina allopatrica moderna è ora più pienamente consapevole del nesso esistente tra il malessere sociale e la malattia, e questo crescente interesse si riflette nello sviluppo della medicina psicosomatica. Certamente, quando viene giustapposta alla nozione di medicina psicosomatica e ad altre dimensioni del pensiero post-cartesiano, la teoria di causalità della malattia *‘antenati-spiriti/stregoneria’*, che enfatizza le relazioni sociali del paziente, non appare così fatua come sembra a prima vista. Anche a livello della malattia causata da microorganismi infettivi *«cattive relazioni sociali possono senz’altro far pendere la bilancia dall’una o dall’altra parte»*.⁶⁰

Per esempio, quando esaminiamo un paziente dal punto di vista della medicina allopatrica occidentale, noi sappiamo che egli è malato perché le nostre sofisticate tecniche di laboratorio ci rivelano che ha un’infezione da *clostridium tetani* e che il suo malessere dipende da una profonda ferita che ha permesso ai batteri anaerobici di

⁵⁹ Horton, op. cit., p. 136 .

⁶⁰ M. G. Marwick, ‘Witchcraft and the epistemology of science’, *Presidential Address to Section N of the British Association for Advancement of Science*, Stirling, Scotland, 1974, p. 10.

entrare nella sua circolazione sanguigna. Per coloro che aderiscono alle teorie di causalità soprannaturale tale processo rimane sconosciuto. Nell'ambito del contesto del soprannaturale possono essere rilevati come agenti 'patogeni' la stregoneria, il malocchio o il 'malo vento'; mentre per coloro che accettano le teorie di causalità 'non soprannaturale', la responsabilità è posta sulle infezioni da batteri, virus, germi, ecc.. In quest'ultima categoria, il moderno uomo industrializzato generalmente si rivolge a teorie eziologiche empiriche, anche se questa non è l'unica via seguita in tali società per la diagnosi e la terapia. Pur tuttavia, mentre se l'uomo industrializzato può essere bene informato dell'esistenza di fattori patogeni, quali i batteri, i germi o i virus, è poco probabile che molti individui siano così ben informati da comprendere la struttura, le funzioni e gli effetti fisiologici generali di tali organismi patogeni. Raramente le conoscenze 'esoteriche' della medicina e della scienza occidentali fluiscono in basso fino a raggiungere il livello del buon senso della realtà sociale senza una concomitante diluizione dei contenuti concreti e l'incorporazione di un certo grado di misticismo e di 'magia'. Così, il fatto che il moderno uomo industrializzato si affidi alla *materia medica*, scientificamente fondata, del medico allopatico, non significa necessariamente che egli comprenda le conoscenze sulle quali si basa la pratica medica e la sua nosologia, o che comprenda la complessità della terapia che gli viene prescritta dal medico. In sostanza, il paziente allopatico è, come il paziente Zande, partecipante di un sistema di credenze. Forse la differenza essenziale sta nel fatto che gli Azande sono più coinvolti nel processo e meno confusi dal sistema stesso di credenze e dal linguaggio diagnostico dei propri operatori sanitari, di quanto lo siano i pazienti nel contesto medico allopatico occidentale.

La 'medicina', nel senso etnomedico, deve essere considerata qualcosa di più del '*fiat*' (ingiunzioni senza spiegazioni) del paradigma medico occidentale.⁶¹

Il vero *sine qua non* della medicina, sia nelle società tradizionali che in quelle industrializzate moderne, è il suo essere fenomeno sociale e che solo come tale può essere completamente compresa. Nelle società tradizionali la conoscenza medica è molto più strettamente integrata con le istituzioni e con l'omnicomprensiva cosmologia della società nel suo complesso che non nelle società industrializzate che sono più parcellizzate.⁶²

⁶¹ A. Young, op. cit., p. 6.

⁶² Ibid., vedi anche H. Fabrega, "Some features of Zinacantan medical knowledge", in *Ethnology*, Vol. 10, 1971, pp. 25-43; idem, "The study of medical problems in preliterate settings", in *Yale Journal of Biology and Medicine*, Vol. 43, 1971, pp. 385-407.

Capitolo Secondo

Problemi socio-culturali della salute

Medicina Positivistica e Medicina Vitalistica: Due Approcci Complementari al Problema della Salute

(Domenico Volpini)

La medicina e la cultura

La medicina costituisce uno dei settori più problematici del complesso culturale unitario di ogni popolo. La sua stretta relazione con i concetti fondamentali dell'esistenza, quali la vita e la morte, la lega direttamente al livello filosofico-religioso prima ancora che a quello tecnico-empirico scientifico.

Se questo è vero nell'ambito culturale occidentale moderno⁶³ caratterizzato, anche se non completamente dominato, dal positivismo scientifico, ancora di più lo è in quello delle società 'tradizionali' extra-occidentali⁶⁴. In esse, in modo particolare, la medicina è intimamente connessa con la cosmogonia e la religione, con la visione unitaria della vita che unisce inscindibilmente i viventi e gli antenati ('morti viventi' considerati come membri della società) alle forze positive e negative del cosmo e alla divinità, intesa essenzialmente come fonte della forza vitale, e perciò al sistema socio-culturale globale. L'esempio dei Saklalin Ainu, viventi nell'isola di Hokkaido, può ben illustrare questa realtà. L'unità più significativa della loro organizzazione sociale è la società dell'universo, piuttosto che la società ainu soltanto. Questo universo fornisce il modello basilare per la classificazione dei vari sottodomini dell'universo ainu. In esso, che consiste di divinità e di uomini, la struttura simbolica basilare è diadica. Il principio classificatorio è costituito dalla fondamentale opposizione binaria tra sacro e profano. Contro l'universo ordinato degli Ainu i dèmoni costituiscono un'anomalia

⁶³ Si pensi ai conflitti socio-culturali e politici sollevati dall'approvazione della legge sull'aborto in Italia e dal relativo referendum abrogativo. O, ancora, si pensi all'impressione prodotta sull'opinione pubblica italiana dal caso dei due genitori sardi testimoni di Geova i quali, in nome dei loro principi religiosi, hanno impedito che fosse praticata alla figlioletta la trasfusione di sangue, e che poi sono stati condannati per la morte di lei. O, infine, si pensi al drammatico dibattito sulla liceità dell'eutanasia.

⁶⁴ Il termine 'tradizionale' applicato alle società, ai popoli, alle culture, o a settori culturali, viene utilizzato soltanto per indicare un diverso livello di modernizzazione e non l'inesistente staticità socio-culturale.

permanente o temporanea che minaccia la stessa base diadica. Questa anomalia concettuale è considerata come il fattore causale fondamentale della malattia, la quale, così come è percepita dagli Ainu, coinvolge, come agenti patogeni oppure come sorgenti di potere curativo, sia esseri spirituali (dèmoni, deità, anime dei trapassati) sia la condotta umana immorale. Le malattie più gravi, quali le epidemie e la pazzia violenta, si ritiene che siano causate soltanto dai dèmoni. Le altre malattie sono indice di disarticolazione nella rete delle relazioni sociali tra gli stessi Ainu, oppure tra gli Ainu e gli esseri dell'universo. Questa frattura ha luogo soltanto quando un Ainu viola il codice morale e sociale.⁶⁵

L'esempio degli Ainu, *mutatis mutandis*, vale per quasi tutti gli altri popoli tradizionali extra-occidentali, per i quali, appunto, la salute e la malattia sono da ritenersi strettamente interconnesse con il sistema socio-culturale globale. La nostra stessa realtà storico-culturale non si discosta completamente da esso. Come scrive F. Tugnoli: *'La maggior parte delle tradizioni extra-occidentali, e la nostra stessa tradizione, hanno certi elementi in comune. In esse il concetto di persona supera in genere i confini di una stretta individualità, e l'uomo è considerato inscindibile dal suo ambiente cosmico, ereditario, sociale e familiare: egli è dunque immerso in un continuum spazio-temporale. ... Sappiamo che Pitagora credeva, nel samsara, che la terminologia 'peccato originale', che qui ho usato, è occidentale; che l'idea di malattia-punizione ha serpeggiato da noi per millenni'*.⁶⁶

Da ciò consegue che soltanto la comprensione di questa realtà culturale più vasta può permetterci di situare al suo giusto posto il settore parziale preso in considerazione, nel nostro caso quello medico-sanitario, e rendercelo comprensibile⁶⁷.

La relatività culturale del sub-sistema medico-sanitario

La stretta interconnessione del sub-sistema medico-sanitario con il complesso unitario del sistema culturale globale dà al primo il suo reale e profondo significato e, al tempo stesso, fonda la relatività sostanziale della medicina. Di conseguenza, nel panorama etno-antropologico ci troviamo di fronte non alla medicina, ma alle 'medicine', sostanzialmente diverse e tanto più differenti tra di loro quanto più lo sono i sistemi culturali globali dei quali sono parti integranti. Le innumerevoli ricerche etno-antropologiche sul campo ci hanno dimostrato quanto siano diversi tra di loro i presupposti metafisici e teorici sui quali i vari popoli fondano la loro specifica elaborazione dei concetti di salute, malattia, diagnosi, terapia, guarigione, vita, morte, e, di conseguenza, anche l'organizzazione del comportamento in ordine alla identificazione, alla rimozione, all'arresto, all'alleviamento o alla prevenzione dei sintomi della malattia. Tutto in questo campo si presenta culturalmente relativo.

⁶⁵ E. Ohnuki-Tierney, 1980, pp. 137, 148.

⁶⁶ F. Tugnoli, 1986, pp. 117-118.

⁶⁷ M. Augé, 1976, p. 128.

L'ostacolo maggiore alla comprensione dei vari sistemi medico-sanitari è rappresentato dall'etnocentrismo culturale acritico, dalla assolutizzazione e dalla sopravvalutazione acritica del proprio approccio conoscitivo e dalla svalutazione acritica di quello degli altri. Per esempio, può essere vero, - come prima Rivers⁶⁸ e poi Ackerchnect⁶⁹ sostengono - che i 'primitivi' fondono magia, religione e medicina in un'unica sfera e non distinguono il naturale dal soprannaturale, ma non per irrazionalità, come essi affermano, ma per diversità nella concezione del cosmo, per diverso approccio metodologico conoscitivo.

L'affermazione di Ackerchnect, secondo la quale la magia non si fonda sull'esperienza, ma è soltanto un prodotto della rappresentazione collettiva della società⁷⁰, o quella di Harley⁷¹, secondo la quale i pochi elementi razionali e il germe di metodo contenuti nella pazzia del *medicin-man* dei Mano della Liberia sono costituiti dalle poche somiglianze con la nostra farmacopea e pratica medica, derivano dalla assolutizzazione del metodo galileiano come via alla conoscenza, dalla identificazione tout-court della conoscenza con la scienza empirica, della esperienza ragionata dei fenomeni, produttrice di 'vera' conoscenza, con la riproduzione empirico-sperimentale degli stessi, produttrice di scienza empirico-positivistica. Questi antropologi non si accorgono che la prospettiva teorico-metodologica, da loro assunta per criticare la medicina dei popoli 'altri' da loro studiati, colpisce non soltanto la validità conoscitiva della medicina dei 'primitivi', ma anche quella dell'apparato conoscitivo della stessa disciplina da loro praticata, dal quale viene ad essere assente il metodo empirico-sperimentale.

L'esecuzione di un rito magico di guarigione può essere altrettanto razionale o irrazionale quanto l'attuazione delle pratiche terapeutiche della medicina scientifica. La sua razionalità va analizzata in rapporto al quadro teorico generale del sub-sistema medico-sanitario e a quello filosofico generale del sistema culturale globale specifico, e non in rapporto a quello sul quale si fonda la scienza empirico-positivista, o viceversa. Anziché considerare irrazionale e illogico ciò che non rientra nei nostri schemi razionali e logici, ciò che, come efficacemente afferma Geertz⁷², '*scompiglia il mondo, smuove i tappeti e rovescia i tavolini del tè*' disorientandoci, è più corretto riconoscere con A. Young⁷³ e con N. Sindzingre⁷⁴ che il paradigma occidentale non risulta universalmente applicabile, come non può esserlo alcun altro mutuato da singoli sistemi. Allo stadio attuale delle conoscenze, non sembra possibile elaborare alcuna teoria generale la cui applicazione permetta l'analisi, la comparazione e la comprensione dei vari sistemi medico-sanitari. La medicina, perciò, pur essendo come altri aspetti fondamentali della cultura (religione, economia, politica, educazione,

⁶⁸ W. H. R. Rivers, 1924.

⁶⁹ Ackerchnect 1945 e 1971.

⁷⁰ Ackerchnect, 1971, p. 131.

⁷¹ Harley, 1970, p. VII.

⁷² Cl. Geertz, 1984, p. 275.

⁷³ A. Young, 1976, p. 6.

⁷⁴ . N. Sindzingre, 1986, p. 33.

ecc.), un fenomeno universale - perché tutti i popoli per dare delle risposte alle situazioni patologiche e per migliorare, preservare o recuperare la salute, hanno elaborato un sistema medico-sanitario - è da considerarsi anche vario. E' vero che ovunque il fine ultimo della medicina è quello di migliorare e prolungare la vita dell'individuo e della società attraverso la conservazione, il recupero e il potenziamento della salute ma, al di là e dietro l'universalità del nucleo fondamentale della deontologia medica, vi è la molteplicità di significati dovuta, come si detto, sia all'alterità dei sistemi culturali globali sia alla diversità dei significati dei singoli concetti fondamentali coinvolti: vita, morte, salute, malattia, individuo, corpo, società, ecc.

La medicina è costituita da un complesso di teorie, metodologie, pratiche e tecniche, con scopi essenzialmente applicativi. Il concetto fondamentale che sta alla base di tutti i processi terapeutici più o meno complessi, che essa elabora e attua, è quello di salute. La sua razionalità risiede nella corrispondenza che detti processi hanno con tale concetto e con il quadro logico formale del quale esso è elemento costitutivo; la sua efficacia viene verificata dai risultati: ossia dall'avvenuto o meno recupero o potenziamento della salute, culturalmente determinata. Ad esempio, è razionale e logico che un cattolico praticante, che avendo acquisito una malattia venerea a causa di un rapporto sessuale extra-matrimoniale, vada dal dottore e si curi per riacquistare la salute fisica, e vada a confessarsi dal sacerdote per riacquistare la salute spirituale, in quanto il concetto di salute integrale al quale egli fa riferimento comprende le due dimensioni: fisica e spirituale; sarebbe, invece, illogico e irrazionale che ricorresse al sacerdote il materialista storico ateo, in quanto tale processo 'terapeutico' contrasta con il quadro generale filosofico, teorico ed ideologico del materialismo storico, al quale il suo concetto integrale di salute fa riferimento.

I sistemi medico-sanitari e la relatività dei concetti di persona, di corpo e di società

La persona e la società

L'alterità culturale emerge sempre più se si prendono in considerazione e si approfondiscono due concetti fondamentali nell'analisi del fenomeno medico-sanitario: quello di 'persona' e quello di 'corpo'.

La malattia, come la cultura, esiste, al di là dell'astrazione, soltanto nelle persone che ne sono portatrici. Sono le persone ad essere malate e perciò sono esse che vanno curate. Ma sui concetti di 'persona', 'individuo' e 'società' la cultura occidentale ufficiale scientifica e quelle tradizionali, sia occidentali che extra-occidentali si differenziano profondamente.

La medicina scientifica occidentale ha sempre più orientato il suo approccio all'individualizzazione della malattia; anzi, è andata molto oltre fino a prendere in

considerazione, più che l'individuo, le parti malate del suo organismo perdendo di vista il paziente come persona, come essere vivente considerato nella sua globalità, fino ad affermare, con R. Virchow, che *'l'essenza della malattia è... una parte modificata dell'organismo oppure una cellula modificata o un modificato aggregato di cellule (tessuto od organo)'*⁷⁵.

Per la maggior parte delle culture tradizionali, sia occidentali che extra-occidentali, il concetto di persona supera i confini della stretta individualità per diffondersi ed espandersi in quello di gruppo sociale (struttura di parentela, classe d'età, società iniziatica, casta, villaggio, ecc.). Per tale motivo quando l'individuo è malato viene preso in considerazione non solo lui nella sua globalità individuale, ma anche la società che lo circonda e di cui è ritenuto parte integrante. La malattia dell'individuo diviene così malattia della società, ed è all'interno di quest'ultima che essa viene analizzata e le sue cause ricercate. Come scrive Bernardi: *'Sono le relazioni sociali tra i viventi che vengono considerate essenziali per il benessere dei singoli e dei gruppi'*.⁷⁶

L'individuo che si ammala viene considerato come la punta emergente dell'iceberg: la spia di una patologia sociale. E' per questo che i curatori tradizionali, siano essi sciamani, maghi-erbalisti, esorcisti, medium, profeti, ecc., hanno tutti l'inchiesta sociale come parte integrante e fondamentale delle loro metodologie cliniche. Innumerevoli sono gli esempi etnografici che si possono citare in proposito. Bruce Kapferer, analizzando i rituali dell' 'esorcismo maggiore' in Sri Lanka, mette in evidenza come le cause principali della malattia vengano ricercate ed individuate nei cattivi rapporti sociali interni o esterni, e come tutta la parentela e il vicinato siano coinvolti attivamente nel processo terapeutico. Presentando il primo caso (*The Bashful Fiancée*) egli scrive: *'La persistenza della malattia di Ranjanie convinse i membri della sua famiglia e altri parenti ad esaminare più a fondo la natura delle loro relazioni sociali nel tentativo di trovare una spiegazione alla causa della malattia... La malattia, perciò, al tempo stesso produceva e sempre più rifletteva un ampio set di problemi relativi alla organizzazione sociale della famiglia e all'articolazione di questa nella più ampia comunità'*. La stessa ottica emerge dal secondo caso (*The Girl Who Heard Voices*). *'I parenti e i vicini - scrive Kapferer - allora dettero il loro generale consenso affinché venisse celebrato un esorcismo maggiore. Molti cominciarono ad esaminare la natura della loro esperienza sociale in relazione alla malattia di Asoka. ... La malattia di Asoka andò sempre di più simboleggiando una quantità di problemi che, a quel tempo, travagliavano i membri della sua famiglia e altre persone strettamente ad essi interrelate. ... L'esorcismo non fu celebrato nella casa della madre della ragazza, ma nella grande casa della famiglia (Maha-gedera, La grande casa). Questa rappresentava il centro simbolico di un ampio gruppo di parenti uniti da legami di discendenza con l'antenato che l'aveva costruita'*.⁷⁷

⁷⁵ Citato in, Castiglioni, 1963, p. 600.

⁷⁶ B. Bernardi, 1984, p. 8.

⁷⁷ B. Kapferer, 1979, pp. 112-113.

La stessa prospettiva teorico-metodologica viene rilevata da Lanternari tra gli Nzima del Ghana: *‘Ci sarà sempre - egli scrive - di fronte ad un malato o ad un morto, un ninsili o un komenle che, interpellato dai familiari, saprà dire se la persona stessa o un suo familiare ha commesso una mancanza verso un membro della comunità Non per nulla una malattia seria, o una morte, diventano occasioni di vere ‘inchieste’ etico-giudiziarie presso un esperto’*.⁷⁸

Janet F. Kang-Wang, nel suo articolo *‘Midwife in Taiwan: an Alternative Model for Maternity Care’*, mette in rilievo la stessa compenetrazione tra individuo e società scrivendo: *‘Si può spesso vedere una giovane gestante accompagnata da molte donne più anziane andare a chiedere prestazioni e consigli ad un ambulatorio di maternità retto da una levatrice. In tali circostanze, il più importante elemento per il successo della levatrice è costituito dalla sua abilità nell’interagire con il gruppo di donne nella sua globalità’*.⁷⁹

Nella concezione delle società tradizionali extra-occidentali l’individuo e la società si compenetrano, il concetto di persona si espande in quello di società travalicando i confini entro i quali le concezioni culturali occidentali li definiscono contrapponendoli. La conoscenza e la valutazione di questa realtà è essenziale per la comprensione dei vari aspetti della cultura: religioso, morale, giuridico, sanitario, ecc..

Volendo fare un paragone, potremmo dire che nei sistemi medico-sanitari di questi popoli la ‘medicina sociale’ occupa il posto che nel nostro occupano la chirurgia, la farmacologia chimica, la diagnostica di laboratorio, e i vari apporti delle scienze sperimentali sussidiarie; mentre le pratiche terapeutiche ‘fisiche’ sono al livello di considerazione nel quale, nel nostro sistema, si trova la medicina sociale.

Il corpo

Una delle pratiche didattiche più correnti nell’attuazione di progetti di educazione sanitaria eterogestita tra i popoli del Terzo Mondo è quella di organizzare delle lezioni di anatomia e di fisiologia umana con l’ausilio di cartelloni o di diapositive, che rappresentano la struttura anatomica del corpo umano e il suo funzionamento. Vari volontari rientrati in patria - che erano stati impegnati in tale attività e con i quali ho avuto modo di parlare durante i corsi di formazione presso alcuni Organismi italiani - affermano che spesso gli adulti illetterati, alzandosi dopo la conferenza, scuotevano la testa dicendo: *‘Sono cose dei Bianchi’*. Tale espressione efficacemente relativizza le acquisizioni scientifiche occidentali da noi ritenute oggettive e universalmente valide. Anche Evans-Pritchard⁸⁰ e Janzen⁸¹ mettono in

⁷⁸ V. Lanternari, 1972, p. 99.

⁷⁹ J. F. Kang-Wang, 1980, p. 73.

⁸⁰ E. E. Evans-Pritchard, 1976, pp. 595-596.

⁸¹ J. M. Janzen, 1978.

rilievo l'atteggiamento di incomprensione e di diffidenza degli anziani africani nei confronti delle operazioni chirurgiche, in quanto risultano loro completamente estranei e incomprensibili i criteri propri della nostra anatomo-patologia: ossia, della nostra concezione del corpo, sia sano che malato.

Una esemplificazione dei concetti di salute in relazione alla concezione del corpo in diverse culture può aiutare a comprendere meglio la varietà delle posizioni filosofiche, ideologiche e teoriche sulle quali si fonda la loro formulazione e che li rende culturalmente relativi.

La Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come *‘uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente assenza di malattia o infermità’*. Per la medicina occidentale scientifica la salute è, invece, essenzialmente uno stato ideale di assenza di malattie o di infermità. Il suo universo si restringe al corpo umano considerato come complesso meccanico assimilabile, nello stato ottimale, alla macchina perfetta, le cui parti e i cui processi sono misurabili e quantificabili. Il medico procede perciò dalla conoscenza astratta della normalità strutturale e funzionale di un organismo umano tipo: da criteri di normalità statistici e ideali. I suoi giudizi di adeguatezza si fondano sull'analisi dell'apporto distinto delle differenti parti all'omeostasi del complesso organico unitario per il raggiungimento di un'integrazione e di un equilibrio ideali. In pratica, però, il medico non ha indicazioni positive attendibili per sapere quando l'equilibrio ideale è raggiunto; considera sana la persona che è libera da qualsiasi indizio di malattia o di infermità.⁸² La medicina occidentale definisce, perciò, la salute, a livello ideale, come uno stato di perfetta omeostasi dell'organismo individuale considerato meccanicisticamente e astrattamente come sistema interagente di diverse parti e, a livello pratico, come assenza evidente di disfunzioni positivamente rilevabili: una visione astratta e che tiene in poco o alcun conto l'influenza ambientale, il sociale e lo psicologico. Questa visione dell'uomo, del corpo e della salute - legittima, pur se riduttiva e deficitaria, perfettamente consona alla concezione organicistica e positivista sulla quale si fonda la scienza medica occidentale dominante - non è né universale né facilmente comprensibile da altri popoli aventi concezioni prettamente vitalistiche e spiritualistiche. Nell'Occidente stesso la moderna medicina omeopatica si discosta sostanzialmente da tale visione. Per essa l'uomo - come scrive A. Negro⁸³ - è *‘energia equilibrata’*, *‘dinamismo che si rifiuta di essere inquadrato in schemi statici’*, *‘forza vitale’*. *‘L'uomo sano è, nella teoria omeopatica, il concreto essere umano più che un tipo astratto; il malato diventa il principio ed il termine dello studio fisiologico, e si fa dato reale di ricerca su cui è lecito fondare una visione sistematica. Di fronte al concetto di uomo sano, costruito per assemblaggio di dati medi statistici e quindi essenzialmente astrazione (lo diremo universale astratto), e di fronte all'uso pericoloso che di esso si può fare, come base di estrapolazioni terapeutiche, noi cerchiamo, volta per volta, l'‘uomo sano’ che, in fatto e non in concetto, emerge da una*

⁸² G. Lewis, 1976, pp. 94-95.

⁸³ Il Professor Antonio Negro è Presidente dell'Associazione per la Libera Università Internazionale di Medicina Omeopatica ‘Samuele Hahnemann’ (L.U.I.M.O.) e Direttore del Centro di Medicina Omeopatica ‘Tommaso Cigliano’ (Ce.M.O.N.) con sede a Napoli in via A. Gramsci, 18.

progressiva liberazione dai suoi limiti costituzionali. L'uomo sano riposa nel fondo di ogni uomo e noi lo individuiamo via via che riusciamo a liberarlo dall'effetto dei miasmi, cioè delle diatesi croniche che ne offuscano la presenza ed operatività. La sua nozione coincide dunque con la realtà e diventa il termine finale e concreto del processo terapeutico. E non già il paradigma astratto su cui misurare lo sforzo terapeutico. Quest'uomo sarà concretamente colui che si bilancia, al meglio, in se stesso e con il suo ambiente sicché gode di esistere per sé e nel suo habitat'.⁸⁴

La medicina omeopatica moderna con il suo concetto di uomo considerato quale campo di forze in equilibrio in rapporto con il cosmo, con la sua nozione terapeutica di recupero e riequilibrio della forza vitale - visioni che le derivano dalla cultura tradizionale orientale - si pone tra le medicine vitalistiche, anche se i suoi metodi di ricerca, fondati sulla sperimentazione e sul principio ippocrateo di similitudine, la legano alla cultura occidentale della quale costituisce un peculiare fenomeno acculturativo.

Bruce Kapferer, nel già citato saggio sui Singalesi buddisti della città di Galle, ci offre un esempio di come un popolo extra-occidentale concepisca in modo completamente diverso da quello della medicina scientifica dominante, sia l'ideale della salute sia la visione del corpo umano e dei suoi rapporti con l'universo fisico, sociale e mistico, in ordine alla perdita e al recupero della salute. *«Una persona in stato di salute - egli scrive - dai Singalesi è considerata contemplante l'ordine soprannaturale dominato dal Buddha. Al di sotto del Buddha vi è una miriade di deità, le più potenti delle quali sono i Quattro Dei Guardiani (Saman, Nata, Vishnu e Kataragama). Subordinate a queste deità vi è una schiera di dèmoni seguiti dagli spiriti. Dèmoni e spiriti sono soggetti al controllo delle deità e anche al controllo degli esseri umani che coltivano le virtù buddiste e che esercitano il loro controllo con l'assistenza di specifiche deità, le quali si crede che esercitino la loro autorità direttamente su certi dèmoni. Le deità e i dèmoni sono concettualizzati come abitanti i loro distinti e separati 'mondi' (loka). Quando i dèmoni attaccano, i processi fisiologici e mentali del paziente sono sconvolti.*

Gli esorcisti applicano la teoria umorale di causalità della malattia. Gli umori basilari del corpo sono sangue e bile (pita), flemma (sema) e vento (vata). Nel corpo umano sano gli umori sono concepiti in stato di equilibrio. Dèmoni specifici attaccano alcuni umori causando uno squilibrio umorale generale, che è manifestato da particolari sintomi fisici. Così Mahasoma causa uno squilibrio nell'umore del vento, mentre Riri Yakka, il dèmone del sangue, causa uno squilibrio nell'umore della bile. I pazienti afflitti da Mahasoma manifestano sintomi tipici quali vertigini, mal di testa, dissenteria e vomito. Tutte le volte che i pazienti hanno febbre alta, polso rapido, sangue nelle feci, nelle urine o nel vomito, questi sono indicati come affetti da Riri Yakka. I dèmoni delle malattie infettive (sanni) attaccano principalmente l'umore della

⁸⁴ A. Negro, 1984, pp. 2, 3.

*flemma, ma alcuni di essi attaccano altri umori. I dèmoni che attaccano l'umore della flemma sono indicati da sintomi quali foruncoli purulenti bianchi, raffreddore di testa, congestione bronchiale, e così via».*⁸⁵ Come si nota i criteri fisici e biologici propri della medicina occidentale ufficiale sono sostituiti da altri eminentemente vitalistici, spiritualistici e sociali.

La stessa difformità dal concetto occidentale ufficiale di salute e di corpo la possiamo rilevare da un altro esempio tratto da un contesto etnologico diverso: un villaggio egiziano. Soheir A. Morsy, in un suo studio sul concetto di corpo in rapporto alla salute in un villaggio egiziano, così si esprime: *‘Prendendo in considerazione le credenze riguardanti il corpo in relazione alla malattia, è evidente che per la popolazione di FatiHa il funzionamento regolare e appropriato del corpo non è indipendente dall'ambiente. La causa della malattia, che riceve più enfasi nella diagnosi, è definita in termini di interazioni del corpo con l'ambiente. Il corpo è concepito come un complesso, misterioso serbatoio (reservoir) che percepisce gli effetti dell'ambiente naturale, soprannaturale e sociale che circonda l'individuo, ed è ad essi soggetto. I sintomi di una malattia e la sua gravità sono importanti come manifestazioni dell'azione dei fattori causali. Di minima importanza, come indici diagnostici associati alla malattia, sono i processi fisiologico-anatomici. La patologia è l'aspetto meno elaborato della diagnosi medica del villaggio... Esaminando le concezioni circa il corpo e la loro relazione con la malattia presso la gente di FatiHa, risulta evidente che la logica che sottostà a tali concezioni è in contraddizione con quella del modello biomedico sul quale è basato il trattamento medico cosmopolitano’.*⁸⁶

Una più ampia esemplificazione etnografica non farebbe che confermare ulteriormente la varietà delle concezioni culturali circa il corpo in relazione alla malattia e all'organizzazione sia della società sia dell'universo. Per avere un altro esempio di tali correlazioni basta leggere *Dio d'acqua* di Griaule e osservare la *‘Tavola delle corrispondenze’*, che sintetizza l'universo culturale dogon, e vedere come le voci sesso, corpo, membra, organi, sessi, forme dei due sessi, dita, siano interconnesse da relazioni simboliche, analogiche, mistiche all'intero cosmo.⁸⁷ Il medico occidentale può non essere scientificamente d'accordo con tale visione, ma una cosa è certa: se non le conosce e non le prende in considerazione non potrà mai stabilire un dialogo costruttivo con il popolo extra-occidentale in mezzo al quale svolge il suo lavoro, specialmente in campo educativo-sanitario.

⁸⁵ B. Kapferer, 1979, pp. 114-115.

⁸⁶ S. A. Morsy, 1980, pp. 93-95.

⁸⁷ M. Griaule, 1968, pp. 260-61.

Organicismo positivistico e vitalismo mistico-religioso: due approcci diversi e complementari alla conoscenza dell'uomo e del cosmo

L'alterità sostanziale dei vari sistemi medico-sanitari, lo si è già detto, viene generata, ancor più che dalla diversità dei singoli concetti, dalla varietà dei quadri teorici generali, metafisici e logici, nei quali tali sistemi si inquadrano e dai quali detti concetti traggono significato.

Nella società occidentale la medicina ufficiale ha come quadro di riferimento quello scientifico-sperimentale positivistico. *‘Nata con Ippocrate e Galeno - scrive Tugnoli - sviluppatasi in un milieu culturale correlato con la logica greca, fondata sul metodo anatomo-clinico, alleata delle scienze sperimentali,... sostenuta da un metodo scientifico rigoroso e immutabile... nasce dallo studio diretto e indiretto della realtà sensibile; usa un linguaggio rigoroso che non si presta ad equivoci o doppi sensi, tendendo a tradurre i fenomeni in linguaggio matematico’*.⁸⁸

Nonostante il sorgere in Occidente di medicine sincretiche, o l'affermarsi progressivo della medicina sociale e di quella psico-somatica, la medicina ufficiale permane essenzialmente organicistica e diviene sempre più frammentaria e specialistica. Considera l'uomo come sistema organico di elementi chimici, biologici e fisiologici strutturati a livelli sempre più complessi (elementi chimici, cellule, organi, apparati e sistemi) in relazione funzionale tra di loro e in lotta con l'ambiente esterno, più o meno sfavorevole, e in particolar modo con gli agenti patogeni, quali: disfunzioni genetiche, microrganismi (virus, batteri, funghi, ecc.) oppure macrorganismi (vermi, insetti, ecc.). Lo squilibrio e la morte sono provocati dallo squilibrio di elementi chimici e dalla perdita di funzionalità o di funzionamento di alcuni elementi del sistema, che il medico deve riuscire, attraverso l'intervento tecnico-terapeutico, a ricondurre all'omeostasi. In questo processo, come già detto, il centro focale dell'attenzione diviene l'organo malato sul quale intervenire a livello puramente tecnico, sia fisico che chimico. Di qui l'enorme sviluppo delle specializzazioni, da una parte, e della chimica farmacologica e della fisica applicata, dall'altra.

In questi ambiti i traguardi della medicina scientifica sembrano non avere più limiti. Giornalmente assistiamo ai miracoli della terapia, della chirurgia e della tecnologia applicata. Ma dietro i suoi trionfi essa cela le sue miserie: È aggressiva, lesiva e disumana⁸⁹ e, soprattutto, sta diventando sempre più un enorme sistema di produzione del profitto, nel quale tutto è mercificato; la sopravvivenza stessa è posta sul mercato regolato dalla legge della domanda e dell'offerta e gestito dai 'signori della vita'.

⁸⁸ F. Tugnoli, 1981, pp. 104, 106.

⁸⁹ F. Tugnoli, 1981, p. 107. Questa affermazione del Prof. Tugnoli acquista particolare rilievo se si tiene conto della sua pluriennale esperienza di Primario del Centro di Rianimazione dell' Ospedale S. Spirito di Roma e, prima ancora, di anestesista.

Ma allora è possibile un dialogo tra le medicine tradizionali extra-occidentali e quella scientifica? e su quale base?

In un suo saggio pregevole sulle cause della malattia nella medicina tradizionale africana, David Nyamwaya tenta di individuare un terreno comune di dialogo tra medicina occidentale e medicina tradizionale africana nel piano fisio-chimico, che sarebbe comune ad ambedue. Egli afferma che *‘sia nella medicina tradizionale africana sia in quella occidentale la causa della malattia è percepita in primo luogo e principalmente come patologia fisiologica (eccetto, ovviamente, per alcuni problemi psicologici). La medicina tradizionale africana - egli scrive - va oltre la patologia fisiologica e abbraccia altri ambiti del sistema’*.⁹⁰ Seguendo G. Lewis,⁹¹ egli distingue il concetto di *‘disease’* da quello di *‘illness’* specificando che la *‘illness’* è determinata dalle concezioni particolari di individui e culture, ed è perciò di natura sociale e psicologica, mentre la *‘disease’* può essere vista come una condizione universale, una anormalità patologica rilevata da un set di sintomi e definita da criteri di natura biologica. Dopo di ciò, egli passa a distinguere nella *‘illness’*, che è il concetto con il quale meglio si definisce la malattia nella medicina africana, tre possibili categorie di cause o tre livelli di causalità. I tre livelli, ad ognuno dei quali la causalità acquista diverso significato, sono: quello *‘fisio-chimico’* (considerato come naturale), che può includere anche fattori psicologici; quello *‘interpersonale’* e quello *‘spirituale’*.

Seguendo Evans-Pritchard⁹² e Gluckman,⁹³ egli distingue nella ricerca della spiegazione il livello del *‘come’* da quello del *‘perché’* e indica il primo livello di causalità (quello fisio-chimico) come livello del *‘come’* e gli altri due come livelli del *‘perché’*. Infine individua un terreno comune di dialogo e di comprensione reciproca tra la medicina africana e quella occidentale nella categoria di cause del primo livello.

Pur sottolineando la pregevolezza del saggio di Nyamwaya, non ci si può esimere dall'esaminare criticamente queste sue affermazioni, in quanto il loro approfondimento critico può aiutarci a rilevare meglio l'estensione e la significatività dell'alterità derivante, per la medicina, dai diversi quadri culturali generali e dal diverso approccio conoscitivo scientifico-positivistico o vitalistico.

Considerati in relazione allo specifico contesto culturale africano, che solo può esplicitarne il significato, i termini utilizzati da Nyamwaya per descrivere il primo livello - *‘physio-chemical (usually referred to as natural) which may include psychological factors’*⁹⁴ o i *‘criteria of a biological nature’*⁹⁵ - risultano essere molto equivoci. Infatti, partendo dal termine più generale, quello di *‘natura’*, si può

⁹⁰ D. Nyamwaya, 1984, p. 3.

⁹¹ G. Lewis, 1976, p. 90.

⁹² E. E. Evans-Pritchard, 1973, pp. 72-73.

⁹³ M. Gluckman, 1960, pp. 83, 90.

⁹⁴ D. Nyamwaya, 1984, p. 6.

⁹⁵ G. Lewis, 1976, p. 90.

facilmente rilevare come la natura sia concepita in modo sostanzialmente diverso da culture diverse. Per G. Lewis la frase *‘criteri di natura biologica’* significa *‘i criteri propri della scienza biologica’* e perciò totalmente assenti nella cultura dei Gnau della Nuova Guinea che egli analizza; infatti, è proprio con significato di distinzione che egli utilizza tali criteri, ritenendoli oggettivi, per distinguere il concetto di *‘disease’*, proprio della medicina scientifica, da quello di *‘illness’*, che invece sarebbe pregno di soggettività psicologica e culturale, e che può essere applicato anche all'analisi delle medicine non scientifiche extra-occidentali. Un'analisi più attenta dei termini *‘biologico’* e *‘chimico’* mette bene in rilievo la relatività e l'equivocità del loro significato se utilizzati in un contesto culturale a loro estraneo. I criteri biologici della scienza sperimentale occidentale - lo si è già ripetutamente affermato - sono del tutto estranei alle culture tradizionali sia africane che di altre aree del Terzo Mondo. Esse, infatti, non contemplanò un mondo organico con esseri viventi formati da elementi chimici organizzati in cellule, attaccate da microrganismi (agenti patogeni esterni). Non concepiscono l'uomo come sistema anatomo-fisiologico formato da una interrelazione funzionale di cellule, organi, apparati e sistemi. La stessa cosa si può affermare della natura chimica delle cause della malattia. Non ci risulta che tra le culture africane ve ne sia alcuna che legga ed interpreti la natura (corpo umano compreso) nei termini chimici propri della patologia e della farmacologia occidentali.

David Nyamwaya - quando, per dimostrare che sia la medicina occidentale sia quella africana hanno una base minima empirica fisio-chimica comune, scrive che *“l'evidenza etnografica suggerisce che le società africane riconoscono il fatto che un disturbo delle parti del corpo da parte di sostanze o di organismi nocivi può causare la malattia”*),⁹⁶ o che i membri delle quattro società africane (Zulu, Nyakyusa, Gusii, Mandari) da lui prese in considerazione, *“tentano, come primo passo, un'osservazione empirica del paziente e del suo ambiente fisico per cercare di attribuire la malattia a qualche fattore a loro familiare”* - non tiene conto del fatto che i termini *‘parti’*, *‘corpo’*, *‘sostanze’*, *‘organismo’*, *‘ambiente fisico’* hanno significato (contenuto semantico) del tutto diverso nella scienza occidentale e nella conoscenza tradizionale africana. Non si tratta di livelli diversi di approfondimento scientifico del *‘piano empirico’*, ma piuttosto di una diversa lettura della realtà. Ci si trova di fronte a due approcci differenti, a nostro avviso complementari: l'uno empirico-positivistico sperimentale, l'altro vitalistico, magico, mistico e religioso, che punta il suo obiettivo sulle energie positive e negative che circolano nell'universo, del quale l'uomo è parte integrante, e che costituiscono per le culture tradizionali extra-occidentali la quint'essenza della natura’.⁹⁷ Quando ad un africano viene il mal di stomaco perché ha mangiato un cibo avariato, e sa che l'averlo fatto è dipeso da imprudenza personale, è vero che non mette l'evento patologico in relazione con la stregoneria o con una punizione degli antenati e ne dà una spiegazione *‘naturale’*, ma è proprio nella concezione della *‘natura’* che si discosta dalla medicina occidentale. Egli non ragiona certo in termini di tossine che provocano reazioni biochimiche e biofisiche nel suo

⁹⁶ D. Nyamwaya, 1984, p. 6.

⁹⁷ Per quanto riguarda il dibattito su positivismo scientifico e vitalismo metafisico nella cultura occidentale si rimanda il lettore a due brevi ma interessanti saggi di E. Borlone (Cfr. bibliografia).

sistema organico. Quella alla quale egli fa riferimento è una natura concepita in modo sostanzialmente diverso e che perciò rende *‘altro’* il suo concetto di malattia. A mio avviso, un comune terreno di incontro e di dialogo, che permetta di raggiungere un arricchimento culturale reciproco, va ricercato, più che su di un equivoco livello fisiologico comune, sulla complementarità dei differenti approcci e sulla possibilità di interazione delle acquisizioni che i diversi processi conoscitivi, che da tali approcci sono scaturiti, hanno raggiunto.

Energia e materia: due vie d'accesso al ‘viaggio’ della conoscenza.

Quello organico-positivistico e quello vitalistico sono due approcci diversi e complementari alla conoscenza dell'uomo e del cosmo. La nostra scienza sperimentale ha rilevato che l'universo è una realtà che ci si presenta sotto due stati: quello di materia e quello di energia, quello della struttura e quello delle forze dinamiche. Le scienze sperimentali occidentali - tra le quali la medicina scientifica si colloca - hanno intrapreso il viaggio della conoscenza entrando dalla *‘porta’* della materia e della sua struttura, dividendone gli elementi fino alla individuazione di particelle sub-atomiche sempre più piccole, dalla divisione delle quali si sprigiona energia sempre più potente. In tal modo, partendo dalla materia, sono giunte all'energia.

La conoscenza mistico-magica delle culture tradizionali extra-occidentali parte, invece, direttamente dall' *‘energia’* in atto. Tenta di individuare nelle persone, negli animali, nelle piante e nelle cose le *‘energie’* positive e negative, la *‘forza vitale’*, e attraverso diversi complessi teorici, metodologici e tecnici ne tenta il controllo. L'uomo e l'universo vengono concepiti come un campo di forze, di energie, che deve essere in equilibrio.

Lo yogin, per fare un esempio, non conosce l'anatomia, la fisiologia o la biologia molecolare, né ha conoscenze di chimica o di fisica atomica, tuttavia riesce a controllare le funzioni del proprio organismo e a liberare energie e *‘forza vitale’* come nessuno scienziato occidentale è mai sinora riuscito a fare. Il seguente brano, tratto dalla già citata opera del Prof. Tugnoli, rende molto bene la difficoltà di spiegare in un linguaggio scientifico occidentale fenomeni realizzati attraverso l'approccio vitalistico, anche se minuziosamente controllati per mezzo degli strumenti tecnologici più sofisticati della nostra scienza.

”Vi sono - scrive Tugnoli - tecniche e traguardi, che non fanno parte dell'iter consueto dello yogin, particolarmente rivolti al sistema cardiovascolare, ma che testimoniano della potenza del pranayama. Qui ci riferiamo all'arresto volontario del cuore e allo stato di vita controllata che permette l'inumazione per periodi più o meno

lunghi... Quanto all'arresto del cuore, Brosse⁹⁸ precisa in cosa consiste la speciale modalità yogica: scompare ogni polso periferico, la pressione arteriosa non è più rilevabile, non si ascoltano più i toni cardiaci né si palpano più le pulsazioni del cuore, ma il cuore è sempre attivo ai controlli radiologici ed elettrocardiografici. Dopo una sequenza di tecniche del Pranayama (Ujjayi, KI, Uddīyanabandha ... insieme alle opportune forme di concentrazione mentale), lo yogin arresta clinicamente il cuore. L'elettrocardiogramma mostra certe anomalie che Brosse scruta cercando di agganciarle, ma con scarso risultato, a una qualche nosologia. Tra gli elementi invocati per spiegare il fenomeno è classico il prioritario riferimento al meccanismo posto in atto dalla inspirazione forzata (manovra Valsalva) che ostacola il circolo di ritorno. Passiamo allo stato di vita controllata che permette l'interramento. Dopo una sequenza del Pranayama (KE, KI, e Uddīyanabandha in serie) lo yogin, che in questo caso è sotto controllo arteriografico, elettrocardiografico e pneumografico (cosicché si registrano l'onda pulsatile, le correnti elettriche del cuore, e i movimenti respiratori, contemporaneamente), realizza tale stato fisiologico. Questo però non corrisponde affatto, come ci si potrebbe aspettare, a quello dell'ibernazione: non ci sono testimonianze del tipico rallentamento biologico che comporterebbe innanzi tutto una bradicardia associata alle note modificazioni elettrocardiografiche. C'è solo un ritmo normale tachicardico con scomparsa temporanea dell'onda P. Che spiegazione dare? Leggendo quelle dell'autrice [Brosse] ci sembra di rivivere la stessa vaga perplessità con cui noi stessi (di mentalità cartesiana come lei) abbiamo espresso le precedenti interpretazioni fanta-fisiologiche.⁹⁹

Dopo decenni di osservazioni e di registrazioni strumentali..., immaginiamo la pervicace studiosa, con le mani ricolme di tracciati vettocardiografici, balistocardiografici, ed altri di ogni sorta, a cui vorrebbe finalmente strappare una verità che essi, più pervicaci, non concedono... inclinarsi infine ad esprimersi con linguaggio e concetti che nessuna documentazione grafica può avallare. Non si tratta di vita rallentata, ella dice, piuttosto lo yogin traspone le sue condizioni di omeostasi dal piano laterale degli scambi con l'ambiente esterno, a un piano di interiorità verticale tale da suscitare relazioni organismiche nuove che si servono di energie gerarchizzate abitualmente silenti; una sorta di respirazione a circuito chiuso di tipo embrionario (secondo la terminologia degli antichi taoisti). Del resto nessun tracciato elettroencefalografico ricorda mai stati di sonno, o di sonnolenza, o di ibernazione, né mostra reazioni a stimoli esterni, quasi che l'attenzione dello yogin si sposti dal livello fenomenale (corticale) a quello dell'attenzione indeterminata in relazione con un meccanismo sottocorticale profondo (nucleo o sistema centroencefalico di integrazione di Pinfield) che mobiliterebbe forme nuove di prànà associate a nuovi stati di coscienza, e, in assenza di apporto energetico cosmico, un'altra energia, prima

⁹⁸ La Dr.ssa T. Brosse ha condotto per molti anni un'indagine scientifica con lo scopo di verificare strumentalmente le tecniche yoga. I risultati della sua ricerca sono pubblicati nella sua opera *Etudes instrumentales des techniques du Yoga*. Ecole Française d'Extrême-Orient. Paris, 1976.

⁹⁹ Per una più estesa trattazione si rimanda al Cap. 18 'Confronto tra stati: Ipnotico, Sofronico, Autoipnotico, Autogeno' dell'Op. cit. del Prof. Tugnoli.

dormiente, si libera in situ. E' il risveglio di Kundalinī. Lo stato che consegue a questa risalita e riorganizzazione energetica, è il Samādhi fisiologico".¹⁰⁰

Le conclusioni sono eloquenti e mi sembra che confermino la nostra tesi: la conoscenza yogica, a differenza di quella scientifica occidentale, punta direttamente (con concetti suoi propri) alla comprensione e al dominio dell' *'energia'* (*prāṇā*) e raggiunge risultati culturali di altissimo livello senza bisogno di passare attraverso lo studio della materia e del suo strutturarsi. Essa, nella sua evoluzione, intraprendendo il *'viaggio'* conoscitivo dalla *'porta'* dell'*'energia'*, non passa per la conoscenza positivista (chimica e biofisiologica) dell'organismo umano, ma va direttamente all'individuazione della *'forza vitale'* e del suo esplicarsi e circolare nel cosmo e nell'uomo e, attraverso metodi e tecniche sempre più raffinate, ne persegue la massima utilizzazione.

Le stesse considerazioni possono farsi per le concezioni teoriche e le realizzazioni tecniche pratiche (la più conosciuta in Occidente è l'agopuntura) proprie della medicina cinese. In essa il bioritmo, legato alla perenne alternanza dei principi Inn e Yang e l'uomo, è concepito come campo percorso da energie. La salute è, a sua volta, legata all'equilibrio del microcosmo interiore in seno ad un cosmo in perenne evoluzione ciclica.

Analoga conoscenza e dominio di forze *'extra-scientifiche'* mostra il mago-erbalista tharaka quando riuscirebbe, così come racconta nel seguente brano di intervista Jacinta Mburu, studentessa tharaka, a dar vita a fenomeni di telecinesi facendo danzare, senza toccarli, i corni che fanno parte del suo apparato tecnico davanti al paziente: *"Nell'aprile del 1970 - riferisce la Mburu - ero gravemente malata e mi dettero una mistura di radici e foglie di un certo albero e guarii. Era molto cattiva di sapore. Murugori [il mago-erbalista] aveva dei corni che danzavano. Era veramente un fatto che stupiva il vedere un corno che danzava"*.¹⁰¹ Sia che venga concettualizzata come *Prāṇā* dagli Indu, come *Ch'i*, *Inn* o *Yang* dai Cinesi, come *Mana* dai Polinesiani, *Nommo* dai Dogon dell'Africa occidentale, o come spiriti o dèmoni da altri popoli, è sempre l' *'energia'*, quello *spiritus* di cui, secondo Ippocrate, *'quod enim coelum et terram interiacet... plenum est. ...neque enim natantia animantia sine spiritu vivere possent'*.¹⁰²

Con i suoi limiti e le sue carenze, quello vitalistico costituisce un approccio diverso ma non meno importante di quello empirico-positivistico che, da parte sua, solleva non meno perplessità ed interrogativi.

È da tener presente che dall'approccio vitalistico sono scaturite conoscenze e pratiche mediche tutt'altro che semplici. A tal riguardo basta pensare alla complessità filosofico-teorico-concettuale e tecnica della medicina cinese o di quella indù. Ma non solo di esse. J. C. Young¹⁰³ mette in rilievo la complessità, la coerenza e la peculiarità

¹⁰⁰ F. Tugnoli, 1981, pp. 309-311

¹⁰¹ D. Volpini, 1984, p. 78.

¹⁰² Anutio Fesio, 1596, p. 274.

¹⁰³ J. C. Young, 1978, pp. 81-87.

della medicina tradizionale di un centro messicano attraverso l'analisi dei *clusters*¹⁰⁴ e le tecniche dello *hierarchical clustering*,¹⁰⁵ individuando i raggruppamenti ideali e logici dei termini indicanti le malattie e gli attributi che le definiscono nella cultura tradizionale.

C. O. Frake,¹⁰⁶ descrivendo la classificazione clinica delle malattie secondo la cultura medica dei Subanum delle Filippine, fornisce 186 nomi di malattie umane, e ben 724 ricette alternative per preparare medicinali e medicamenti erbalistici. La formazione di un mago-erbalista tharaka contempla non meno di nove anni di apprendistato, durante i quali l'allievo, che deve essere già uomo di mezza età (della prima sezione d'età della classe degli anziani), apprende dai maestri la conoscenza della eziologia tharaka e impara a formulare la diagnosi attraverso la propria esperienza e perspicacia e per mezzo delle tecniche della divinazione; deve imparare anche a riconoscere decine e decine di piante, radici, elementi naturali (quali polveri, grassi, olii, ecc.) con i quali preparare i farmaci (*mithiga e ndawa*), nonché tutti i complessi riti per divinare e curare.¹⁰⁷

Dialogo e problema del linguaggio.

A nostro avviso, proprio dalle caratteristiche di alterità e di complementarità, da una parte, e dai pregi e difetti di ciascuno dei due approcci - vitalistico e positivistico - dall'altra, può derivare la spinta al dialogo e la possibilità di effettuarlo. La comprensione culturale reciproca può effettuarsi, comunque, soltanto se ogni approccio viene preso in considerazione e penetrato con il suo statuto 'scientifico'. Il lungo brano citato, riguardante gli alti traguardi raggiunti dallo Yoga Pranayama, ci mostra la Brosse piegarsi ed esprimersi con linguaggio e concetti propri della terminologia degli antichi taoisti. In una sua conferenza all'Istituto Superiore della Sanità, il Prof. A. Negro esprime molto chiaramente la sua critica nei confronti della pretesa della scienza occidentale dominante di voler ridurre tutto ai propri concetti e schemi conoscitivi: *“Vorrò rilevare - egli dice - solamente che, quando ad esempio si offre al terapeuta occidentale, formatosi in una concezione biochimica dell'uomo, una diversa lettura che considera invece l'essere umano primariamente come equilibrio energetico - mi riferisco all'agopuntura - istintivamente questi cercherà di comprendere il fatto nelle categorie che gli sono familiari e di fagocitarlo. Esigenza comprensibilissima, ma non tale da giustificare il rifiuto della teoria su cui quei risultati si fondavano. Ed infatti se, in base a quello statuto epistemologico, è stato costruito un sistema di lettura, di effetti e di regole per ottenerli, non è lecito alla scienza dominante sorridere di quel sistema e di pretendere che esso si esponga nei*

¹⁰⁴ Per un approfondimento dei clusters vedi M. R. Anderberg, 1973, p. XI.

¹⁰⁵ S. C. Johnson, 1967; R. G. D'Andrade et al., 1972.

¹⁰⁶ C. O. Frake, 1961, p. 31.

¹⁰⁷ D. Volpini, 1978, pp. 55-60.

*termini della cultura corrente... La difficoltà per l'omeopatia di dialogare con la medicina allopatrica consiste proprio in ciò: rendere conto di sé in una lingua che non le è propria, in un sistema che non le appartiene”.*¹⁰⁸

La difficoltà linguistico-concettuale del medico omeopatico è la stessa nella quale viene a trovarsi qualsiasi esponente di sistemi conoscitivi diversi da quello scientifico occidentale ogni volta che instaura un dialogo con i rappresentanti di quest'ultimo. Questo accade principalmente perché la dominante scienza occidentale pretende di imporre il proprio linguaggio come medium universale di intercomunicazione presentandolo, tra l'altro, come l'unico oggettivo, adeguato e non mistificante.

La comunicazione è stata finora fortemente ostacolata da tale posizione monocentrica egemonica. Una conoscenza reciproca, culturalmente costruttiva, richiede di necessità il suo superamento, con il riconoscimento ad ognuno di esprimersi con il proprio linguaggio secondo i concetti del proprio approccio teorico, senza inutili confusioni e nel rispetto reciproco.

Nella ‘ricerca-azione partecipata’ applicata al progetto di autosviluppo tra i Tharaka del Kenya¹⁰⁹, il superamento delle difficoltà poste dal diverso linguaggio (magico-erbalistico e medico-scientifico) è stato il banco di prova fondamentale sia per gli operatori medico-sanitari tradizionali sia per il personale medico e paramedico coinvolti. Molta attenzione è stata rivolta alla soluzione del problema.

Scontro-incontro: l'Occidente acculturato.

Nonostante le difficoltà linguistico-concettuali le medicine ‘altre’ stanno conquistando l'Occidente e mettendo in crisi la medicina scientifica ufficiale, facendo scricchiolare le porte del sistema ‘chiuso’ nel quale si è arroccata sicura.

Irwin Press, nel suo saggio ‘*Urban folk medicine*’,¹¹⁰ presenta i vari sistemi medico-popolari come ‘*aperti*’, ossia, strettamente interrelati agli aspetti economico, familiare, rituale, morale, ecc., mentre - citando Manning e Fabrega¹¹¹ - considera la medicina scientifica occidentale come sistema ‘*chiuso*’, basato su conoscenze, tecniche e procedure accuratamente definite, che lo isolano dal contesto socio-culturale specifico.

Mi sembra che la realtà odierna non corrisponda più a questa netta contrapposizione. Certo, come si è già detto, la medicina occidentale si fonda su di un

¹⁰⁸ A. Negro, 1984, pp. 1-2.

¹⁰⁹ Cfr. D. Volpini, *Antropologia e Sviluppo*, 1992.

¹¹⁰ I. Press, 1978.

¹¹¹ P. K. Manning e H. H. Jr. Fabrega, 1973, p. 290.

approccio positivistico-sperimentale considerato universalmente valido e non influenzabile molto da variabili socio-psichiche e culturali. Attualmente, però, la visione organicistica di base è incrinata dallo sviluppo della medicina sociale e psicosomatica, nonché dal crescente interesse dimostrato da masse sempre più consistenti di utenti - che, frustrati dagli insuccessi e spaventati dall'aggressività e dalla disumanizzazione della medicina scientifica nonché dalla lesività derivante dagli effetti secondari dei farmaci chimici - si rivolgono alle medicine alternative. Il fenomeno investe l'Occidente nella sua globalità creando una vera e propria controcultura medico-sanitaria.

Craig A. Molgaard, Elizabeth L. Byerly e Charles T. Snow in un loro saggio affermano che la controcultura è oggi fundamentalmente interessata alla medicina e alle terapie olistiche, come è evidenziato dalla molteplicità dei centri di cura e dalle scuole negli Stati Uniti e nel Canada (la maggior parte dei quali sorge negli Stati costieri del Pacifico e nel Colorado) che sponsorizzano *workshops*, riunioni curative e pubblicazioni. Gli autori, che hanno svolto una ricerca sul campo in uno di questi *New Age Healing Center*, situato nell'area centrosettentrionale dello Stato di Washington, e che essi chiamano con lo pseudonimo di Agni Circle, ci informano che vi si tengono lezioni di massaggio, *hatha yoga*, anatomia, astrologia e anche *workshops* partecipate, chiamate 'curando noi stessi' (*healing ourselves*). Il Centro organizza anche convegni curativi. All'ultimo di quelli che hanno avuto luogo prima della pubblicazione del saggio, hanno preso parte più di duemila persone. Il carattere di intercompenetrazione culturale del *Centro* viene messo bene in rilievo dagli autori quando ci informano che gli elementi medico-filosofici sui quali fonda le sue attività includono aspetti di medicina ayurvedica, cinese, nativo-americana, chiropratica, naturopatica, omeopatica e in più la *Bach Flowers Remedies*, medicina basata sul valore terapeutico dei fiori sviluppata da Edward Bach nel 1920 e 1930.¹¹²

La situazione degli Stati Uniti ha riscontri anche in Italia. I risultati di un'indagine sulla medicina alternativa in Bologna, realizzata nel 1985 dalla 'Sezione di Antropologia Socio-Culturale e Problemi dello Sviluppo' del Dipartimento di Sociologia dell'Università di Bologna, mostrano che non soltanto il capoluogo emiliano, ma l'Italia tutta è disseminata di centri di diffusione e di terapia di medicine alternative sorte dal processo di scontro-incontro della medicina scientifica con quelle extra-occidentale. La seguente tabella, relativa alla città di Bologna, ci dà un'idea della consistenza del fenomeno.¹¹³

¹¹² C. A. Molgaard, E. L. Byerly e C. T. Snow, 1979.

¹¹³ Cfr. Quaderno di Antropologia e Sviluppo, 1986, n. 2, pag. 145.

Yoga Palestra o Club	Arti arziali	Terapia medica tradizionale	Cucina tradizionale etnica	Danze afro
Accad. Discipl. Cinesi		x		
Alan Dance Studio	x			x
Ass. naturista bologn.	x	x	x	
Athlon palestra	x	x		
Ayknei	x	x	x	
Bushido y.c.				
Fumakoshi k.	x	x		
Ce. Sp. S. Mammolo	x	x		x
Chorea	x			x
Musokan Club	x	x		x
Funakoshi Club Pales.	x	x		
Dimensione Donna	x			
Efeso Club	x			x
Meeting Point	x	x		
Ksenya Club	x	x		x
Kodokan Ass. Sport.	x	x	x	
Centro del Dharma	x	x		
Farnesina Club	x			
Jama Doyo	x	x		
Judo Karate Club Bol.		x		
Kawaishi Circolo	x	x		
Koizumi Club	x	x		
Kung Fu Wu Shu Cent		x		
Kung Fu Club		x		
Le Onde	x			x
Maraton Club	x	x		
Nemea				x
Fantasy Club				x
Palestra Solaris				x
Shotokan Club	x	x	x	
Squash Center	x	x		
Super Refran Club				x
Koizumi	x	x		
Centro Studio Discipl.	x	x		
Centro Internazionale	x			x
Quasi tutte le palestre	x			

L'entità del processo acculturativo viene meglio compresa se si pensa, per esempio, che l'Associazione Naturista Bolognese - centro di interrelazioni culturali extra-occidentali indiane, cinesi, giapponesi e perfino amazzoniche - conta circa tremila soci iscritti e molte centinaia di simpatizzanti non iscritti che, accompagnati dai soci, visitano il ristorante e lo spaccio. I centri più importanti invitano spesso Guru e Lama di fama mondiale a presiedere convegni, ai quali intervengono centinaia di partecipanti. Ad uno di questi, tenuto nell'estate 1985 nella villa Guastavillani sono intervenuti più di 300 persone ed è durato 3 giorni. Il 'medico' giapponese Naboru Muramoto, autore del manuale pratico di medicina orientale *Il medico di se stesso*, ha parlato di vari problemi medico-sanitari (compreso l'AIDS e il cancro), ne ha illustrato le cause e le possibili terapie secondo l'approccio prevalentemente macrobiotico, citando direttamente George Ohsawa (*Nyoti Sakurazaura*), del quale si dichiara seguace. In città, sempre nello stesso periodo dell'indagine, operavano anche medici antroposofi e medici omeopatici. Oltre un certo numero di pranoterapisti e guaritori, vi era anche un medico (laureato in medicina) che era mago-guaritore. Nel resto delle regioni italiane la situazione è analoga, ma con intensità (per quanto riguarda influssi extra-occidentali) direttamente proporzionale allo sviluppo economico-industriale: si hanno molti più centri al Nord e nelle grandi città che non al Sud e nelle piccole città.

Da una *Guida al Vivere Sani in Italia* (1982), a cura del Centro di Eubiotica, edita da A. Mondadori, si possono estrarre alcuni dati che danno l'idea indicativa del fenomeno globale a livello nazionale.¹¹⁴

In Italia, già all'epoca, si contano 140 centri *Yoga*, nei quali si pratica anche la meditazione;¹¹⁵ 12 centri di *Tai Chi Chuan*;¹¹⁶ 19 centri di *Do-in*;¹¹⁷ 36 centri di *Shiatzu*;¹¹⁸ 13 centri nei quali si tengono corsi di agopuntura per medici e 29 centri di terapia; l'*Associazione Vegetariana Italiana* ha, oltre alla sede centrale, 11 sezioni dislocate nel territorio nazionale; la medicina ayurvedica è presente con l'*International Association Ayurveda & Naturopaty*; la medicina tibetana ha 2 centri d'informazione; in varie parti d'Italia si insegnano tecniche di meditazione *yoga, tao, mandala, zen, sannyasi*. Nella *Libera Università Internazionale degli Studi G. Galilei* di Conegliano Veneto (TV) e nel *Centro Internazionale degli Studi della Nuova Medicina* di Bologna

¹¹⁴ I dati forniti non sono esaustivi della realtà attuale in quanto essa è in continua espansione e dal 1982 ad oggi sia i centri che gli operatori si sono moltiplicati.

¹¹⁵ È da tener presente che quasi tutti i centri sportivi e le grosse palestre esistenti in Italia hanno nei loro programmi corsi di *Yoga*.

¹¹⁶ *Tai Chi Chuan*: disciplina cinese psico-fisica risalente al VI sec. a.C.. Essa riproduce nei suoi movimenti la perenne alternanza dei due principi *yin* e *yang*, che secondo il pensiero cinese dominano la vita dell'universo e scaturiscono dal principio supremo *Tai Chi*.

¹¹⁷ *Do-In*: tecnica di origine orientale, il *Do-In* ha lo scopo di riportare il corpo e lo spirito in sintonia con il movimento dell'universo. Attraverso una serie di frizioni, percussioni e palpazioni, chi pratica il *Do-In* impara a captare le vibrazioni del cosmo attraverso i numerosi punti di pressione del corpo.

¹¹⁸ *Shiatzu*: la parola *shiatzu*, giapponese, significa letteralmente pressione digitale. Esso è un tipo di massaggio usato in Oriente da secoli che viene praticato sul corpo seguendo dei sentieri meridiani e punti pressori chiamati *tsubo*, molto spesso coincidenti coi punti agopuntori. Lo *shiatzu* come l'agopuntura, infatti, ha l'obiettivo di stimolare il flusso di energia '*ki*' o '*chi*', dal quale dipende il miglioramento della salute. (La spiegazione dei termini illustrati nelle note 115, 116 e 117, è stata desunta dalla *Guida al Vivere Sani in Italia*).

si tengono corsi per medici di agopuntura, auricolomedicina, agopressione, aromaterapia, cromoterapia, e di altre 'medicine dolci'.

Delle medicine occidentali nate da sintesi acculturative le più antiche e attualmente in auge sono quella antroposofica e quella omeopatica. Della prima la guida registra 3 centri nei quali si tengono corsi post lauream per medici nonché 25 medici antroposofi che operano sul territorio nazionale. La seconda ha una espansione maggiore, con 14 centri per corsi di formazione post lauream per medici che la praticano e circa 450 farmacie che vendono prodotti omeopatici.

Il crescere della domanda di medicine alternative da parte dei pazienti, l'interesse che spinge alcuni medici a dedicarvisi, il sempre più consistente numero di medici, paramedici e operatori sanitari occidentali che, lavorando nel Terzo Mondo, vengono a contatto diretto con le medicine 'altre' e, bene o male, debbono fare i conti con esse, gli studi e le ricerche congiunte di antropologi e medici¹¹⁹ hanno, come si è detto, incrinato la ermetica 'chiusura' della cittadella del sistema medico scientifico anche a livello istituzionale. In molte facoltà universitarie di medicina occidentale, specialmente negli U.S.A., è stato introdotto l'insegnamento dell'Antropologia Culturale Medica (*Medical Anthropology*). Illustri clinici, sia accademici che ospedalieri, rivolgono in modo critico ma positivo la loro attenzione allo studio del fenomeno, invitando antropologi culturali ed etnologi a convegni che, fino a pochi anni or sono, erano aperti soltanto ai medici.¹²⁰ Tecniche terapeutiche e concetti provenienti da medicine extra-occidentali vengono ufficialmente acquisite. Si pensi all'entrata dell'agopuntura in vari ospedali italiani; all'attenzione rivolta da molti medici, specialmente sportivi, alla teoria dei bioritmi, o alle ricerche avviate da valenti clinici, sia negli ospedali che nelle università, sulle facoltà di alcuni guaritori o pranoterapisti.

La ricchezza, la vivacità e la dinamicità del fenomeno acculturativo medico-sanitario, fin qui illustrato, produce ovviamente i suoi effetti anche sull'attività bibliografica. Accanto a pubblicazioni di carattere strettamente scientifico se ne ha una infinità a carattere divulgativo. Mentre nelle prime si tenta di impostare un rapporto interculturale creativo, ma critico, nelle seconde, in genere, domina l'entusiasmo e l'acriticità del 'neofita'. Da una parte viene collocato il 'male', il nocivo per la salute, ossia la medicina scientifica e la scienza sperimentale occidentale in generale, e dall'altra il 'bene', il 'buono', tutto ciò che è 'altro', ritenuto naturale, non artefatto, antico, riportando, in parte, alla vecchia contrapposizione teorica tra natura e cultura di rousseauiana memoria. Scorrendo i titoli delle editrici specializzate (es. Edizione Mediterranee, Hermes Edizioni) si vede come questo 'altro' comprenda tutto il non 'scientifico', energia vitale, alchimia, astrologia, eubiotica, omeopatia, erboristeria, medicine orientali, libri di denuncia contro l'inquinamento, il nucleare, ecc..

¹¹⁹ Da tali studi è sorta una nuova branca degli studi etno-antropologici, la *Medical Anthropology*, particolarmente sviluppata negli U.S.A.

¹²⁰ L' 'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria', per la prima volta nella sua storia, ha accolto come membro effettivo un antropologo culturale: il Prof. Domenico Volpini dell'Università di Bologna.

Senza voler entrare nel merito della validità o meno delle singole ‘discipline’ presentate, è il modo in cui vengono accomunate che è indicativo dell'acriticità e della emotività che caratterizza in buona parte il fenomeno.

Il processo acculturativo anche in campo medico-sanitario, sia in Occidente che nel Terzo Mondo, ci si presenta come una inondazione che trasporta fango e oggetti preziosi. L'opera dello studioso serio deve tendere a separare gli uni dall'altro senza lasciarsi trasportare dall'emotività o ingannare dalle apparenze. Non dobbiamo dimenticare, però, nemmeno che gran parte del mondo scientifico ufficiale ancora è dominato dal pregiudizio nei confronti delle elaborazioni culturali extra-occidentali, ritenute primitive, selvagge, errate. A tale riguardo, ritornando alla metafora dell'inondazione, dobbiamo tener presente che molti oggetti preziosi possono essere resi irriconoscibili dal ‘fango’¹²¹ del diverso linguaggio e statuto ‘scientifico’ e della incomprendibilità derivante dalla loro estrapolazione dal contesto culturale globale del quale sono elementi costitutivi.

Soltanto attraverso il superamento del pregiudizio reciproco e della acritica accettazione dei modelli e degli elementi culturali alieni, sia da parte delle società occidentali che di quelle extra-occidentali, si potrà avviare il processo di selezione e di integrazione che potrà portare al reale arricchimento reciproco e allo sviluppo dei vari sistemi medico-sanitari, da considerarsi, a mio avviso espressioni diverse di un'unica ‘scienza’, di un'unica impresa umana: quella di preservare, ricuperare e potenziare la salute e la vita.

¹²¹ ‘Fango’, ovviamente, per chi, caratterizzato da rigidità e monocentrismo culturali, lo giudica tale.

Capitolo Terzo

Il Concetto di Malattia tra i Tharaka

(Domenico Volpini)

Introduzione

Il ‘livello conoscitivo’ della ‘ricerca-azione partecipata’ applicata al progetto sperimentale di autosviluppo medico-sanitario tra i Tharaka non aveva solo scopi conoscitivi, ma anche il fine di stimolare, attraverso i suoi effetti collaterali, il processo di autotrasformazione. L'indagine ha dovuto, perciò, soddisfare anche gli interessi clinici e culturali dei medici e le aspettative psicologiche e culturali della comunità e dei gruppi sociali tharaka. A tal fine nella formulazione dei fondamenti teorici della ricerca e dell'analisi dei dati raccolti si è dovuto tener presente che la medicina è sia una scienza bio-fisica quanto un sub-sistema culturale, una realtà complessa e dinamica non soltanto a livello clinico ma anche, e specialmente, a livello culturale.

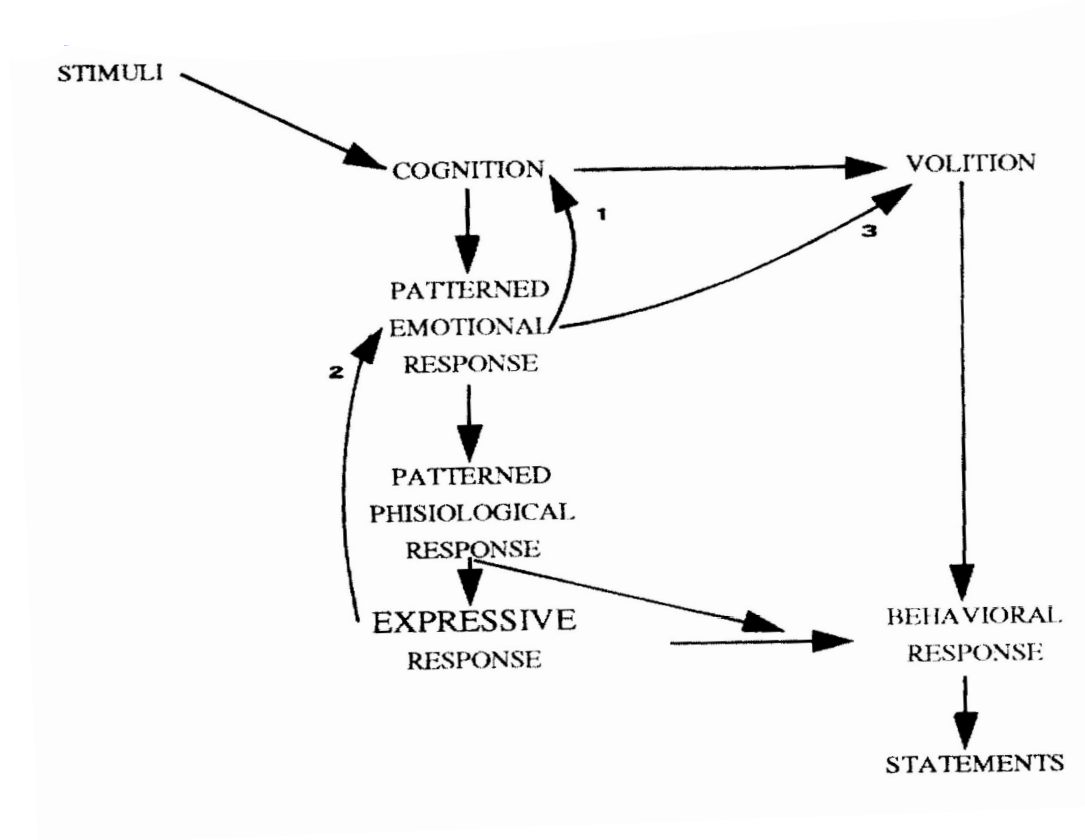
Seguendo l'approccio antropologico, si è orientata la ricerca al rilevamento delle influenze che hanno sull'esperienza della malattia la particolare concezione culturale del popolo che viene preso in considerazione e la percezione psicologica che gli individui hanno della malattia stessa. Come scrive Kleinman, infatti, *“la medicina, da un punto di vista storico e 'inter-culturale' (cross-cultural), si costituisce come sistema culturale in cui i significati simbolici hanno una parte attiva nella generazione della patologia (disease), nella classificazione e gestione cognitiva della malattia (illness) e nella terapia”*.¹²² *“La malattia - afferma lo stesso autore - è inseparabile dalla rete di significati all'interno dei quali ne viene fatta esperienza e viene trattata. Spesso assorbe, ed è saturata da, un tessuto di credenze, norme e interessi che costituiscono il mondo quotidiano della persona malata nella sua situazione sociale particolare”*.¹²³

Nell'impostazione, nell'analisi e nella valutazione delle interviste etnografiche si è ritenuto necessario, perciò, prendere in considerazione i fenomeni di salute e malattia in tutta la loro complessità. Le affermazioni degli informatori derivano, infatti, dalla interazione che ha luogo a livello sia fisico che psicologico, culturale e comportamentale.

Il modello seguente, costruito da A. Young per l'elaborazione delle schede etnografiche e per la conduzione delle interviste, ci aiuta a comprendere la relazione esistente tra questi livelli e come essi interagiscano influenzando le dichiarazioni dello stesso paziente.

¹²² A. Kleinman, 1973, p. 206.

¹²³ A. Kleinman, 1981, p. 373



Lo schema mostra come con l'interrelazione esplicita: stimoli (*stimuli*) ---> percezione cognitiva (*cognition*) ----> volontà (*volition*) ----> risposta comportamentale (*behavioural response*) ----> e dichiarazioni esplicite (*statements*) del paziente, vada ad interferire, influenzandola, quella parallela: stimoli ----> reazione emotiva strutturata (*patterned emotional response*) ----> reazione fisiologica strutturata (*patterned physiological response*) ----> risposta espressiva (*expressive response*) ----> risposta comportamentale (*behavioural response*) ----> dichiarazioni (*statements*). La reazione emotiva strutturata produce dei *feed back* sulla percezione cognitiva e influenza la volontà; attraverso la mediazione della reazione fisiologica strutturata influenza la risposta espressiva, che a sua volta produce dei *feed back* diretti su di essa. L'altra interazione interessante è costituita dall'influsso della reazione fisiologica strutturata sia sulla risposta espressiva che su quella comportamentale, che a sua volta va ad influenzare quella espressiva e infine le dichiarazioni.

Il modello proposto da A. Young ci dà anche un'idea della complessità delle interrelazioni dinamiche che vanno a costruire la percezione psicologico-culturale della malattia da parte del paziente, ossia della '*illness*'.

¹²⁴ A. Young, 1981, p. 321.

L'antropologia della 'sickness'

I concetti di 'illness', 'sickness' e 'disease'

Per condurre le prime analisi dei materiali che provenivano dalla ricerca sul campo si è ritenuto utile prendere quale base teorica di partenza il seguente quadro concettuale di Kleinman, relativo ai concetti di *'disease'*, *'illness'* e *'sickness'*.

Secondo Kleinman:

- *'disease'* si riferisce alle anormalità nella struttura e/o funzione degli organi e dei sistemi di organi; agli stati patologici che siano o non siano culturalmente riconosciuti; all'ambito del modello biomedico;
- *'illness'* si riferisce alla percezione e alle esperienze dell'individuo o a certi stati individuali, non valutati socialmente, che includono la malattia, ma non si limitano ad essa;
- *'sickness'* è un termine neutro per indicare eventi che riguardano sia la *'disease'* che la *'illness'*.

Secondo questo quadro, Kleinman distingue il concetto di *'curare'* (*curing*), parallelo alla *'disease'*, da quello di *'guarire'* (*healing*), parallelo alla *'illness'*.¹²⁵

Il quadro concettuale o *'Modello Esplicativo della malattia'* (*Explanatory Model of illness - EM*) di Kleinman, pur avendo costituito una sufficiente base di partenza, si è mostrato inadeguato nel proseguimento della *'ricerca-azione partecipata'*. Questo perché, subito dopo l'avvio, la ricerca è entrata direttamente nelle dinamiche socio-culturali conflittuali proprie dell'attuale processo di mutamento culturale, nel quale il sistema sanitario locale tharaka si va integrando con i contributi esogeni della medicina scientifica occidentale, incontrandosi e scontrandosi con essa. Dal processo di modernizzazione in corso stanno sorgendo problemi socio-politici ed economici nuovi: quella dei Tharaka da società dell'uguaglianza si sta gradualmente trasformando in società di classe, con conflitti del tutto nuovi che hanno importanti riflessi anche nel campo della salute. Di fronte ad una realtà così complessa e conflittuale, con forti valenze economico-sociali che incidono sempre più sull'accesso alle strutture sanitarie e al mantenimento e recupero della salute, il quadro teorico dell'*EM* è andato sempre più mostrando la sua lacuna fondamentale: l'impossibilità di spiegare gli aspetti socio-economici del fenomeno medico-sanitario. Si è ritenuto, così, di sostituire l'approccio *EM* di Kleinman con quello elaborato da R. Frankenberg e A. Young, che, appunto, lo integrano dando un valore diverso al termine-concetto *'sickness'*.

¹²⁵A. Kleinamn, 1978, 1980, p. 1981.

Secondo il quadro concettuale dei due autori:

- il termine-concetto '*disease*' mantiene il suo significato originario (patologia e anormalità organica);
- quello di '*illness*' ha essenzialmente lo stesso significato datogli da Kleinman, riferendosi a come la '*disease*' e la '*sickness*' vengono percepite dalla coscienza dell'individuo;
- quello di '*sickness*', invece, non è più utilizzato quale termine neutro per indicare genericamente sia la '*disease*' che la '*illness*'. Il concetto di '*sickness*', per i due autori, va ad indicare il processo attraverso il quale i sintomi biologici e i segni di un comportamento preoccupante - in modo particolare quelli che hanno origine nella '*disease*' - assumono il loro senso socio-economico, i loro significati socialmente riconoscibili; cioè, il processo attraverso il quale li si trasforma in sintomi e in esiti socialmente significativi: un processo di socializzazione della '*disease*' e della '*illness*'.¹²⁶

La stessa patologia fisio-biologica ('*disease*') può dare esito ad una '*illness*' del tutto diversa e condurre a cure diverse secondo la posizione socio-economica del malato. È la '*sickness*', piuttosto che la '*disease*' o la '*illness*' a determinare, spesso, la scelta del medico e le modalità di molti interventi clinici e, di conseguenza, la vita o la morte del paziente. Un'appendicite, una polmonite, una leucemia, una cardiopatia, ad esempio, pur essendo le stesse patologie ('*diseases*') sia per il bambino tharaka, che per il baraccato romano o per il miliardario americano, vengono percepite da ognuno di essi come malattie ('*illnesses*') diverse, e verranno combattute da medici diversi, con farmaci, interventi clinici e/o chirurgici più o meno adeguati, in strutture e con assistenza del tutto differenti, dando origine, così, a '*sicknesses*' del tutto diverse.

I concetti di 'produttività' ('productivity') ed 'efficacia' ('efficacy')

L'applicazione dell'antropologia della '*sickness*' al progetto sperimentale di autosviluppo medico-sanitario tharaka ha permesso di affrontare la malattia nel suo complesso unitario di valenze fisio-biologiche, psicologico-culturali e socio-economiche. Si è tenuto conto, così, dei problemi scaturenti dalle relazioni sociali. Tale approccio ha obbligato ad arricchire il quadro teorico con il concetto di 'produttività', onde bilanciare quello di 'efficacia' sul quale si fonda l'approccio EM.

Certo, non si può che concordare con Kleinman,¹²⁷ Eisemberg¹²⁸ e Fabrega Jr.¹²⁹ quando affermano che lo scopo fondamentale dell'antropologo in campo medico-

¹²⁶ A. Young, 1982, p. 270.

¹²⁷ A. Kleinman, 1978, 1980, 1981.

¹²⁸ L. Eisemberg, 1977.

sanitario deve essere quello di aiutare i medici e i pazienti ad ottenere i migliori risultati clinici possibili, favorendo un aumento di 'efficacia' del loro processo terapeutico. Tuttavia, quando si applica l'antropologia medica ai progetti di sviluppo sanitario nel Terzo Mondo, oppure in zone svantaggiate dell'Occidente, si è costretti a porre l' 'efficacia' in relazione con la 'produttività', con le risorse socio-economiche disponibili: si impone una scelta politica e morale. Si useranno gli stanziamenti per abbassare i livelli di morbidità e mortalità della popolazione nel suo complesso, oppure, li si impiegheranno per migliorare il livello di 'efficacia' delle strutture ospedaliere, tramite l'acquisto di attrezzature di alta tecnologia e l'impiego di specialisti di alto livello, restringendo in tal modo la 'produttività' del programma sanitario ad un più piccolo segmento della popolazione?

Naturalmente sottolineando la rilevanza della 'produttività' non si è inteso sottovalutare l'importanza dell' 'efficacia'; infatti, come puntualizza A. Young, "*il grado di 'produttività' di un sistema medico-sanitario dipende dall' 'efficacia' del suo armamentario e dal sapere e capacità tecnica dei suoi professionisti*".¹³⁰ Quello che si è voluto sottolineare è che l' 'efficacia' deve fornire un contributo socialmente determinato (a beneficio della società globale) alla 'produttività', e che la qualità delle strutture ospedaliere e del personale deve operare in funzione dell' 'efficacia' e della 'produttività' del programma di *Primary Health Care*, di cui l'ospedale va considerato l'indispensabile polo medico tecnico. Gli investimenti, secondo l'antropologia della 'sickness', devono essere impiegati primariamente in funzione dell'elevazione del livello di salute della società nel suo complesso, più che non ad operare 'miracoli' medico-tecnologici per pochi fortunati.

Il Concetto di Salute e di Malattia tra i Tharaka

Il rilevamento e la descrizione dei concetti di salute e di malattia era un obiettivo fondamentale del 'livello conoscitivo' della 'ricerca-azione partecipata'.

Dall'analisi dei materiali si è rilevato che il concetto di salute dei Tharaka si avvicina molto a quello proposto dall' O.M.S.: "... *uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia e infermità*". Per comprendere meglio tale concetto¹³¹ è stato essenziale chiarire il significato che per i Tharaka hanno i termini-concetto 'benessere', 'fisico', 'mentale', 'sociale'. A tal fine è stato necessario prendere in considerazione - secondo l'approccio di M. Augé - "la

¹²⁹ . H. Jr., Fabrega, 1974.

¹³⁰ A. Young, 1982, p. 278.

¹³¹ È importante tener presente che le nostre analisi forniranno, più che il concetto tharaka di salute e di malattia, la nostra interpretazione dell'interpretazione che i Tharaka danno dello stato di salute, del suo potenziamento, della sua perdita e del suo recupero; questo perché, le nostre conclusioni non si fondano sull'analisi di concetti formali elaborati dai Tharaka, ma piuttosto sulle affermazioni, sulle riflessioni, sulle risposte ottenute attraverso interviste strutturate e colloqui informali, su indicazioni contenute in storie di vita degli operatori sanitari tradizionali o estrapolate dall'analisi dei riti.

dimensione sociale della malattia così come questa si mostra non solamente nell'apparato istituzionale e nel funzionamento rituale della società, ma anche nei modelli intellettuali di interpretazione del reale di cui questo apparato e questo funzionamento rappresentano allo stesso tempo il supporto e una delle espressioni".¹³² Se, da una parte, è impossibile osservare e comprendere appieno la vita sociale di un popolo senza prendere in considerazione il suo sistema nosologico così come questo si esprime nell'elaborazione diagnostica e nella prescrizione terapeutica, nelle istituzioni che le mettono in opera e nei differenti agenti di questa messa in opera, dall'altra risulta impossibile comprendere la concezione che tale popolo ha della malattia e della salute senza prendere in considerazione il suo sistema socio-culturale globale a livello sia funzionale sia logico-razionale che linguistico-concettuale.

Per comprendere il concetto di salute dei Tharaka è risultato, perciò, indispensabile riuscire a intendere il concetto tharaka di 'ordine socio-cosmico'. Tale ordine costituisce, infatti, il fine primario e il fondamento stesso sia dell'apparato istituzionale sia della salute dell'individuo e di quella della comunità. La sua comprensione può essere raggiunta partendo dall'analisi dei simboli e delle azioni simboliche dei riti dell'iniziazione tribale e di quelli di guarigione; di essi sono, infatti, obiettivi primari sia la conservazione e il rafforzamento dell'ordine socio-cosmico, sia il suo riequilibrio dopo crisi indotte dall'azione antisociale degli individui, sia la sua rifondazione nei processi di mutamento.¹³³

Armonia socio-cosmica e salute.

Lo 'stato di completo benessere fisico, mentale e sociale', corrisponde alla condizione di armonia della persona con la 'natura', con la 'società' e con se stessa (parte integrante del tutto). Perciò, come abbiamo detto, per comprendere la concezione che della salute e della malattia hanno i Tharaka, si è dovuto per prima cosa cercare di comprendere come essi concepiscono la 'natura' e la 'società'.

La natura

Criticando le affermazioni di D. Nyamwaya, si è già rilevato il carattere di alterità sostanziale del valore semantico del termine-concetto 'natura' nelle culture africane e nel linguaggio scientifico occidentale. Come in tutte le culture africane anche in quella tharaka la concezione della natura è essenzialmente vitalistica. Non fa

¹³² M. Augé, 1986, p. 8.

¹³³ Un esempio di mutamento nell'ordine del sistema culturale attuato attraverso i riti iniziatici ci viene offerto dall'iniziazione njuri tra i Tharaka (Volpini, 1978, 185-209). Per un approfondimento del valore strutturale e antistrutturale dei riti vedere Turner 1972 (1969).

alcun riferimento ai criteri fisici, chimici e biologici delle scienze sperimentali; differisce, perciò, profondamente dalla concezione occidentale.

I Tharaka considerano la natura come ‘vivente’: gli uomini, le piante, gli animali e le cose sono permeate da ‘forze’ (*inya*) positive o negative in costante conflitto tra di loro. Tali ‘forze’ o ‘energie’ possono circolare, essere trasmesse in vari modi e per vari motivi, essere potenziate, convogliate o stornate per fini di bene dai maghi-erbalisti (*agao*), per obiettivi antisociali dagli stregoni-fattucchieri (*arogi*). Il prevalere delle une sulle altre determina lo stato di salute o di malattia. La cultura e la vita dei Tharaka sono dominate dalla lotta tra di esse e, di conseguenza, da quella tra i maghi-erbalisti e gli stregoni-fattucchieri.

I Tharaka hanno una grande conoscenza della ‘natura’, del loro ecosistema. I maghi-erbalisti - attraverso le loro ricerche, fondate sull'indagine e sull'esperienza - hanno accumulato un grande bagaglio di conoscenze riguardanti le proprietà tossiche o terapeutiche delle erbe e di altri elementi naturali, organizzandole secondo il loro sistema di pensiero. Costituirebbe un grave errore il confondere semplicisticamente l'erbalistica tharaka con l'erboristeria occidentale. Per il mago-erbalista tharaka una pianta, una foglia, una radice o un altro elemento tratto da un animale (sangue, pelle, succhi gastrici e ruminanti, ecc.) o da una pietra, dalla terra, ecc., non traggono la loro ‘efficacia’ dai vari elementi chimici che contengono, ma dall’ ‘energia’, dalla ‘forza’ positiva o negativa che li permea. Il mago-erbalista e lo stregone-fattucchiere, attraverso le tecniche rituali della magia buona (*ugao*) o della stregoneria-fattucchiera (*urogi*), possono potenziare tali ‘forze’ combinandole in ‘ricette’ e caricandole ritualmente con ulteriore ‘energia’ tratta dall’ ‘universo’ e polarizzata nelle ‘medicine’ (*mithege* e *bioria*) o nei ‘veleni’ (*urogi*) che preparano, o anche trasmessa direttamente ad essi tramite l'azione rituale.¹³⁴

La società

Secondo i Tharaka la società è costituita dai viventi,¹³⁵ dagli antenati (*aciari*) e dalla Divinità (*Murungu*).¹³⁶ Concettualmente al di fuori della società, individui antisociali per eccellenza, sono poste le persone morte in stato di asocialità; essi agiscono come ‘spiriti guida’ degli stregoni-fattucchieri.¹³⁷ I viventi e gli antenati sono uniti gli uni agli altri e alla Divinità, sorgente della forza vitale, dell’ ‘energia’ positiva che pervade e vivifica l'universo. Il mediatore e il simbolo vivente della bontà divina tra gli uomini è il Mugwe, dignitario religioso e profeta (in senso antropologico) dei

¹³⁴ Proprio per distinguere l'approccio vitalistico da quello positivistico vengono utilizzati rispettivamente i termini ‘erbalistica’ per il primo e ‘erboristeria’ per il secondo.

¹³⁵ I viventi sono divisi secondo i principi strutturali dell'età, della parentela e del sesso; al gradino più alto stanno gli appartenenti alla classe d'età degli anziani (*akuru ba kiama* e *ajuju*).

¹³⁶ La Divinità viene anche chiamata con il nome masai Ngai.

¹³⁷ D. Volpini, 1978, p. 49.

Tharaka.¹³⁸ La benedizione del *Mugwe* produce salute, benessere, fertilità, pioggia. M'Rwanda, l'ultimo Mugwe dei Tharaka, in una intervista afferma: “*Tutto quello che noi abbiamo di buono ci viene da Murungu attraverso il Mugwe*”.¹³⁹ In un'altra occasione, lo stesso M'Rwanda dichiara che l'arte magico-erbalistica (*ugao*) proviene da *Murungu* attraverso il *Mugwe*: “*Kethenthe, primo Mugwe, ricevette da Murungu la conoscenza delle ‘piante amare’ (miti omiruru) usate per confezionare potenti medicine. Lui e Kirura, suo figlio, hanno insegnato ai maghi-erbalisti tale conoscenza, che hanno tramandato sino a noi*”.¹⁴⁰

La società tharaka è strutturata dai due principi dell'età e della parentela. Questi due principi sono fondamentali anche per la comprensione del processo vitale generato e potenziato dalla ‘forza vitale’. La struttura di parentela ci rivela il carattere totemico dei clan tharaka. Il totem clanico nella cultura tharaka esprime la ‘forza vitale’ specifica dell'antenato clanico¹⁴¹ e, perciò, dell'intero clan.

Se prendiamo in considerazione le classi d'età come sistema di trasmissione della ‘forza vitale’ risulta evidente che questa discende verso le classi più giovani provenendo dalla classe d'età degli anziani, in quanto questa è la più vicina agli antenati e alla Divinità. Il rapporto tra gli individui e il loro totem clanico, considerato come espressione e veicolo della ‘forza vitale’, è ambivalente: se non funziona il totem può essere cambiato,¹⁴² la relazione tra le classi d'età rimane, invece, stabile.

Dalle interviste e dalle analisi dei materiali raccolti si è potuto comprendere perciò che per i Tharaka il ‘completo stato di benessere’ corrisponde al perfetto stato di armonia esistente tra i viventi, tra questi e gli antenati e la Divinità. Su tale stato di armonia si fonda l'ordine socio-cosmico e trae vitalità l'intero ecosistema. La salute degli individui e della comunità è, perciò, strettamente connessa con tale stato di ordine e di armonia, mentre la malattia è legata, ovviamente, con il disordine e la devianza sociale. Per tale ragione il compito fondamentale del divinatore (*muringia*) e l'obiettivo pedagogico della drammatizzazione rituale della cura sono quelli di condurre il paziente e il gruppo sociale di cui è membro dalla percezione della malattia alla coscienza del male.

Per poter recuperare la salute del singolo (in caso di malattia) o della comunità (in caso di pestilenze, epidemie, siccità o catastrofi) è necessario superare il male in tutta la sua estensione morale di corruzione dell'ordine socio-cosmico. La malattia viene così a rappresentare un momento di crisi globale. L'affermazione di M. Augé “*la malattia funziona come un significante sociale: essa costituisce l'oggetto dei discorsi che coinvolgono sempre l'ambiente nel senso più ampio*”¹⁴³ è pertinente anche al caso dei Tharaka. La malattia, lo ripetiamo, attraverso la cura, diviene sempre un momento

¹³⁸ B. Bernardi, 1959; R. Needham, 1960; D. Volpini, 1977 e 1978.

¹³⁹ D. Volpini, 1978, p. 276.

¹⁴⁰ D. Volpini, 1977, p. 61.

¹⁴¹ D. Volpini, 1978, pp. 51-54.

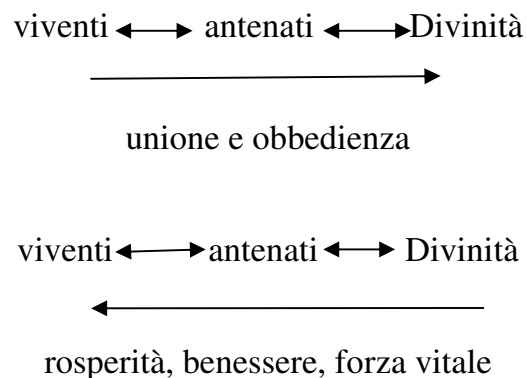
¹⁴² D. Volpini, 1978, p. 53.

¹⁴³ M. Augé, 1986, p. 8.

di crisi, partendo dal quale - attraverso il linguaggio simbolico dei riti di guarigione, l'inchiesta sociale e le esortazioni dei divinatori e dei maghi-erbalisti - inizia il processo di rigenerazione dell'ordine sociale e la riaffermazione delle norme sulle quali l'armonia del 'cosmo' si fonda.

Secondo M. Fortes la salute e la malattia sono, a livello euristico, concetti globali soddisfacentemente adeguati per l'individuazione delle determinanti più critiche dell'esistenza umana, e sono anche i più pertinenti perché, mentre identificano l'esperienza individuale, essi invariabilmente mettono in evidenza anche la regolamentazione sociale e la valutazione culturale delle circostanze e della situazione individuali.¹⁴⁴ Ovviamente, il richiamo al ristabilimento dell'ordine diviene tanto più forte quanto più la natura sociale della malattia o della sfortuna mina lo stato di benessere o mette in pericolo la sopravvivenza della società globale, come nel caso della siccità o della sterilità: questi effetti patologici o disastrosi costituiscono, per coloro che a qualunque titolo ne sono vittime, il più spettacolare richiamo all'ordine.¹⁴⁵

L'idea dominante del sistema socio-culturale tharaka, sulla quale si fonda la morale e il 'completo stato di benessere' individuale e comunitario, può essere così sintetizzata: La prosperità, il benessere, la salute, la felicità delle singole persone e del popolo derivano dall'armoniosa interrelazione dei Tharaka tra di loro, con gli antenati e con la Divinità. Essa può anche essere espressa nel seguente processo transazionale:



L'interruzione di questo processo provoca l'affievolimento o la perdita della forza vitale e, di conseguenza, la malattia, la morte, la povertà, le pestilenze e le carestie: il male e la sfortuna.

¹⁴⁴ M. Fortes, 1976, p. XI.

¹⁴⁵ F. Héritier, 1986.

L'iniziazione tribale: costruzione e potenziamento del 'completo stato di benessere'

Nella vita dei Tharaka il 'completo stato di benessere', sia degli individui che della collettività, È messo costantemente in pericolo dalle 'forze' negative della devianza: la spinta individuale alla trasgressione e la stregoneria-fattucchieria. Contro tali 'forze' negative agisce l'azione positiva condotta dal Mugwe, dagli anziani e dalle anziane, dai maghi-erbalisti, dai divinatori, dai profeti, dalle levatrici tradizionali e dall'iniziazione tribale.

Per comprendere a fondo il concetto di salute dei Tharaka si è reso, perciò, necessario prendere in considerazione e analizzare le formule rituali, i simboli e le azioni simboliche dell'iniziazione tribale. Tale istituzione, infatti, attua il processo di inculturazione formale, che dura per tutto l'arco della vita dell'individuo, e costituisce la spina dorsale del sistema educativo tharaka. Per tale motivo essa è anche il fondamento della socializzazione e, di conseguenza, dello stato di benessere e della salute individuale e collettivo.

I Tharaka sono convinti che più l'individuo cresce e, attraverso i successivi stadi dell'iniziazione, avanza nelle classi d'età e si integra nella comunità, e più diviene resistente alle malattie e all'irrompere del negativo nell'esistenza.¹⁴⁶ La funzione di protezione della salute emerge fin dal primo rito iniziatico di conferma: il *Kagita*. Chabari Ntherema, anziano tharaka, afferma: “*Questa kiama, di nome kagita, ..., era uno stadio dell'iniziazione riguardante la premunizione contro la stregoneria (urogi) per le donne e i bambini. Era una specie di immunizzazione fatta per prevenire le malattie, come lo è la vaccinazione per i moderni*”. La formula del *Kagita*, “*Che tu non sia affetto da alcuna malattia infettiva, kagita, perché sei stato confermato con queste specie [di elementi]*”,¹⁴⁷ esprime chiaramente la funzione protettiva del rito.

La stessa funzione viene attribuita dagli anziani tharaka al successivo rito di conferma: il *Gatang'a*. M'akanya M'Kwenga, a tale proposito, afferma: “*...Aveva lo scopo di prevenire ogni malanno durante la futura operazione iniziatica della circoncisione. Chiunque abbia ricevuto la kiama gatang'a ha una sorta di vaccinazione*”. M'Mugwongo M' Baicomo ribadisce tale funzione affermando: “*L'importanza della kiama gatang'a era quella di preservare i bambini dalle malattie infettive (kugitara wa twana). Questa prevenzione comprendeva il migiro [impurità rituale] e lo ncai [nome generico di alcune malattie infettive] e ogni sorta di affezioni provocate da contatti con la gente*”.¹⁴⁸

La funzione di protezione e di potenziamento dello 'stato di benessere' svolta dall'iniziazione tribale viene maggiormente evidenziata dall'analisi dei simboli rituali,

¹⁴⁶ D. Volpini, 1978, p. 182.

¹⁴⁷ D. Volpini, 1978, p. 83.

¹⁴⁸ D. Volpini, 1978, 87, p. 88.

che sono anche in parte comuni anche ai riti di guarigione. È stata condotta perciò un'accurata analisi di essi.¹⁴⁹ Qui di seguito se ne presenta una sintesi.

I più importanti simboli sono i seguenti:

- 1) la polvere bianca di caolino (*iraa*),
- 2) la polvere rossa (*ndondo*),
- 3) l'idromele (*uuki*),
- 4) la capra sacrificale (*mburi*),
- 5) il padre e la madre iniziatici (*baguo, mugwatani, ng'ina wa ntane, ecc.*)
- 6) la liana *rukunyi* (*rukunyi*),
- 7) i 'bastoncini antichi' (*miti mikuru*),
- 8) il frutto dello nthungu (*nthungu*),
- 9) la liana *mukunjankuu* (*mukunjankuu*),
- 10) il ciuffo d'erba secca (*nkindaiji*).

I primi sette sono simboli di benedizione e di vita, in quanto esprimono il processo vitale transazionale positivo. Gli ultimi tre, invece, sono simboli di maledizione e di morte, in quanto esprimono il processo transazionale negativo o l'interruzione di quello positivo. È importante evidenziare i simboli 7) e 10). Essi costituiscono i due simboli dominanti antitetici più complessi, estremamente ricchi sia di contenuto ideologico che emozionale.

Prendiamo in considerazione singolarmente i dieci simboli indicando quelli di valore opposto. Per ognuno di essi diamo una spiegazione sintetica.

1) La polvere bianca di caolino (*iraa*)

La polvere bianca (*iraa*) simbolizza la forza vitale illuminante della Divinità.¹⁵⁰ Indica e rende attuale la presenza della Divinità nel rito. Esprime il bene e la luce in opposizione al male, all'attività nascosta e antisociale, fomentata dall'invidia e dalla gelosia, propria degli stregoni-fattucchieri: l'amore e l'altruismo in opposizione all'odio e all'egoismo.

¹⁴⁹ L'analisi più dettagliata di essi la si può trovare nel volume *Il Seme del Ricino* (Volpini, 1978) e nel saggio della Todisco 'Analysis of the Healing Rites' (Todisco, 1990).

¹⁵⁰ La forza vitale illuminante della Divinità viene espressa anche dai totem professionali dei maghi-erbalisti: *Njeru* (il Sole) e *Nyaga* (la Luna) (Volpini, 1978, 55-59).

2) La polvere rossa (*ndondo*)

Lo *ndondo* è un simbolo ambivalente: sia di vita che di morte. È simbolo della saggezza che proviene dalla Divinità e della quale sono depositari gli anziani. Il termine *Murungu*, uno dei due nomi con i quali i Tharaka indicano la Divinità, etimologicamente significa l' *Anziano*.¹⁵¹ Il rosso è il colore del cielo al tramonto, quando il sole cala dietro il Monte Kenya.¹⁵² Lo *ndondo*, perciò, esprime, come l'*iraa*, la presenza della Divinità nel rito, accentuando il valore della saggezza e del ruolo degli anziani nella comunità. Nei riti di guarigione il rosso è un simbolo ambivalente in quanto rappresenta il potere della magia (*ugao*) che distrugge la stregoneria-fattucchieria (*urugi*)¹⁵³: perciò vivificante per i buoni, che sono uniti nel processo transazionale positivo, e letale per i cattivi, gli asociali, che interrompendo tale processo hanno interrotto il fluire stesso della forza vitale.

3) L'idromele (*uuki*)

L'idromele è un altro simbolo strettamente connesso con la divinità. Insieme al 'bastone di Kithenthei' (*Muragi wa Kithenthei*), chiamato anche 'quell'Anziano' (*Mukuru orea*), costituisce le insegne e lo strumento essenziale dell'*Ugwe*: il *Kiragu*.¹⁵⁴ Il *Mugwe* lo usa per benedire la gente spruzzandolo con la bocca sulle persone che si recano da lui. Nella tradizione tharaka l'idromele è la bevanda degli anziani e delle anziane ed è elemento essenziale dei riti di iniziazione degli stessi. E' simbolo di abbondanza, prosperità, fertilità, salute e benessere. Per la sua proprietà alcolica, che induce l'ebbrezza, in passato era considerato carico di tale 'forza' da danneggiare i non anziani che, non avendo ancora terminato l'iter iniziatico, non erano ritenuti avere 'forza' sufficiente per entrarci in contatto. Per tale motivo tutte le bevande fermentate erano proibite alle altre classi d'età. L'idromele è prodotto con miele fermentato.

Il miele e le api nel mito delle origini dei Tharaka sono posti in rapporto diretto con il *Mugwe* e con la Divinità. M' Rwanda, l'ultimo *Mugwe* dei Tharaka, racconta che quando i Tharaka attraversavano il deserto "*Murungu per sfamarli aveva rivelato al Mugwe il segreto del miele*" e quando il terzo *Mugwe*, Nyaga, figlio di Kirura figlio di Kithenthei, abbandonò il Tharaka, si ritirò "*a Kirimani tra gli Mbere, sulla 'montagna'. Ancora oggi essa è chiamata 'la montagna del Mugwe' ed è protetta dalle api, che impediscono a chiunque di raggiungere la cima*".¹⁵⁵ Non bisogna poi dimenticare che presso vari popoli lo stato di ebbrezza dell'anziano, culturalmente ammesso e cerimonialmente circoscritto, viene ritenuto uno stato mistico di vicinanza alla Divinità, quasi una situazione di gioiosa trance.

¹⁵¹ *Murungu* è una contrazione di *murunkuru* o *mulunkulu*; l'anziano, il vecchio; nkuru significa vecchio.

¹⁵² La parola *kenya* è una contrazione di *kirinyaga*, a sua volta contrazione della frase *kirima wa nyaga*, che significa la montagna della luminosità.

¹⁵³ A. Todisco, 1990.

¹⁵⁴ B. Bernardi, 1959, pp. 94-95; D. Volpini, 1978, pp. 48, 275.

¹⁵⁵ D. Volpini, 1978, pp. 276-277.

4) La capra sacrificale (*mburi*)

Come per molti altri popoli africani, per i Tharaka la capra costituisce l'animale sacrificale per eccellenza. Essa è sempre sacrificata alla Divinità. Anche quando si dice che il sacrificio ha la funzione di placare la collera degli antenati adirati a causa della violazione di particolari norme o proibizioni da parte di individui o di gruppi sociali.

Infatti, in tali casi ciò che placa gli antenati non è l'offerta sacrificale in quanto a loro rivolta, ma piuttosto ciò che il sacrificio offerto alla divinità significa: il riconoscimento della deviazione, il pentimento come volontà di rifondare l'ordine e l'armonia squilibrati dalla trasgressione, il riconoscimento della saggezza e della indispensabilità delle norme provenienti dalla divinità, trasmesse dagli antenati agli anziani e da questi alle classi d'età più giovani.

Secondo la concezione Tharaka la Divinità, buona, non punisce, benedice soltanto. Le malattie e la morte (non 'naturale'), le pestilenze e le catastrofi derivano dalla punizione degli antenati in collera per la violazione delle norme sociali da essi trasmesse. L'offerta sacrificale alla Divinità ristabilisce l'ordine socio-cosmico e, di conseguenza, placa gli antenati. La capra sacrificale è perciò simbolo del legame mistico che unisce alla Divinità. La sua carne, mangiata quale elemento del giuramento rituale, simbolizza l'amore e l'unità tra i figli del Tharaka, che attraverso il rito vengono rinvigoriti dalla forza vitale, che sgorga dalla Divinità, la cui presenza è impetrata e espressa dal sacrificio stesso.

5) Il padre e la madre iniziatici (*baguo, mugwatani, ng'ina wa ntane, ecc.*)

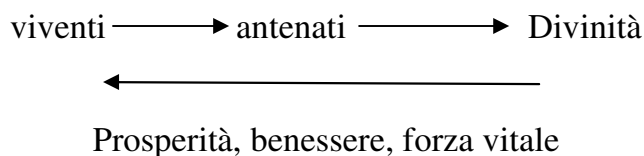
In ogni stadio dell'iniziazione Tharaka sono presenti un padre e/o una madre iniziatici. Essi, a livello simbolico, nel rito rappresentano gli anziani che a nome dell'intero popolo Tharaka accettano il nuovo iniziato e ne sanciscono il passaggio di status. Il loro compito primario è quello d'insegnare ai 'figli' le norme e i comportamenti specifici della classe d'età nella quale lo specifico stadio iniziatico li immette.

Norme e comportamenti che caratterizzano uno stadio superiore di coscienza e integrazione sociale e che assegnano, perciò, all'individuo un ruolo più incisivo nella costruzione dell'ordine e dell'armonia sociale. Le varie madri e i vari padri iniziatici sono, pertanto, al tempo stesso simbolo e fondamento dell'amore, dell'ordine e dell'armonia sui quali si fonda, secondo il pensiero Tharaka, il 'completo stato di benessere fisico, mentale e sociale'.

6) La liana *rukunyi* (*rukunyi*)

La liana *rukunyi* è simbolo di benedizione e di vita. Essa rappresenta il legame vitale con gli antenati. Come la linfa succhiata dalle radici raggiunge le foglie attraverso il lungo tralcio della liana, così la forza vitale proveniente dalla Divinità

raggiunge i figli del popolo tharaka attraverso gli antenati. Essa perciò esprime, a livello simbolico, il rapporto vitale positivo fondamentale, già descritto in precedenza:



L'opposto della liana *rukunyi*, espresso dalla liana *mukunjankuu*.

7) I bastoncini antichi (*miti mikuru*)

I *miti mikuru* sono costituiti da un fascetto di bastoncini della lunghezza di circa cm 20 con al centro una zampa di capra e un pene di babuino essiccati. Il tutto è legato insieme da uno spago (fatto con il tendine della capra sacrificata per il rito: il rituale di preparazione dei *miti mikuru* viene, infatti, introdotto dal sacrificio di una capra offerta alla Divinità) e avvolti da una striscia di pelle della stessa capra. Prima dell'uso essi vengono sempre segnati con la polvere bianca (*iraa*).

I *miti mikuru* costituiscono il simbolo fondamentale del ricco e complesso rituale Tharaka. Essi trasmettono il nucleo centrale dell'ideologia dominante del sistema culturale Tharaka. I bastoncini rappresentano i figli del popolo tharaka; il fascetto tenuto insieme dallo spago di tendine e dalla striscia di pelle rappresenta il popolo tharaka; il pene di babuino la fertilità; la zampa di capra la ricchezza; il tendine il legame con gli antenati; la striscia di pelle di capra l'unità nella Divinità. Il significato complessivo dei *miti mikuru* può essere così riassunto: il popolo tharaka e i suoi singoli figli se saranno uniti nel legame con gli antenati e nell'amore della Divinità avranno fertilità e ricchezza. La fertilità e la ricchezza sono per i Tharaka, come per gli altri popoli africani, gli indicatori principali del 'completo stato di benessere fisico, mentale e sociale' sia dei singoli individui sia del popolo nel suo complesso. I Tharaka pensano che il loro pieno stato di benessere si fondi, infatti, su due pilastri: abbondanza di cibo (che deriva dalla fertilità dei campi e degli armenti) e piena realizzazione sociale e personale dell'individuo attraverso la generazione della prole (che deriva dalla fertilità degli uomini e delle donne).

8) Il frutto dello *nthungu* (*nthungu*)

Quello dello *nthungu* è un frutto giallo poco più grande di un uovo di piccione. In alcuni riti (come, per esempio, nel *waathi*) simbolizza l'uovo. Quando viene schiacciato, esplode e schizza all'intorno i semi che contiene.¹⁵⁶ È simbolo di maledizione e di morte. Esprime la fine che faranno coloro che trasgrediscono le norme tramandate dagli antenati e apprese nel rito.

¹⁵⁶ D. Volpini, 1978, p. 151.

9) La liana *mukunjankuu* (*mukunjankuu*)

La liana *mukunjankuu* è simbolo antitetico a quello della liana *rukunyi*. Essa è una pianta pericolosa, carica di ‘forza’ negativa. Nei riti è sempre simbolo di maledizione e di morte. Rappresenta la ‘linfa’ velenosa che può portare la morte ai figli del Tharaka se essi affonderanno le loro radici al di fuori dell’humus vitale della tradizione, ossia al di fuori del rapporto transazionale positivo:

viventi ↔ antenati ↔ divinità

10) Il ciuffo di erba secca (*nkindaiji*)

Il ciuffo di erba secca è simbolo dal significato opposto a quello dei *miti mikuru*. Lo *nkindaiji* viene preparato legando strettamente insieme con una liana di *rukunyi* (avvolta a spirale dal basso verso l’alto) gli steli di un alto ciuffo di erba secca della savana germogliati da radici comuni. In genere viene ‘piantato’ nel terreno, ma può anche essere appeso ad un bastone.¹⁵⁷ Durante il giuramento rituale viene stretto tra le mani, a seconda dei riti, dall’iniziando e/o dal padre iniziatico.¹⁵⁸ I singoli steli d’erba rappresentano i figli del Tharaka; il ciuffo d’erba il popolo tharaka nel suo complesso; la liana di *rukunji* il vincolo con gli antenati e con la Divinità.

Il suo significato complessivo è il seguente: se figli del Tharaka violeranno le norme apprese nel rito iniziatico e, perciò, si sradicheranno dalla tradizione, moriranno così come si secca e muore il ciuffo d’erba sradicato dal terreno sul quale è nato e dal quale trae nutrimento e vita. La forza vitale può provenire soltanto dalla Divinità attraverso gli antenati (il *rukunyi*). Nel simbolismo iniziatico tharaka il processo di appassimento, essiccazione e morte del ciuffo d’erba sta a significare la malattia, le calamità, le disgrazie e la morte che possono colpire sia gli individui sia l’intera comunità’.¹⁵⁹

La logica interna della medicina locale Tharaka

Per raggiungere una più adeguata comprensione del concetto di salute e di malattia dei Tharaka, è stato necessario prendere in considerazione anche la logica generale delle etnomedicine. Si è reso indispensabile approfondire le nozioni di ‘razionalità’ ed ‘efficacia’ proprie dell’ambito magico-mistico al quale esse fanno riferimento.

¹⁵⁷ D. Volpini, 1978, pp. 94, 116, 138, 191.

¹⁵⁸ D. Volpini, 1978, pp. 94, 116, 141, 195.

¹⁵⁹ Le condizioni dell’erba sono direttamente connesse con la siccità, mentre la salute, la vita e la morte sono strettamente legate alle condizioni dell’erba (e della vegetazione in generale).

Parlando delle pratiche mediche dei popoli del Pacifico, Rivers scrive che la loro 'arte medica è, per alcuni versi, più razionale della nostra, in quanto le sue modalità di diagnosi e di cura sono più direttamente fondate sull'idea di causalità della malattia',¹⁶⁰ «*benché - come afferma Fortes - queste siano ritenute errate dal punto di vista 'civilizzato'.*»¹⁶¹

La concezione olistica propria della medicina tharaka si fonda sullo stesso tipo di razionalità. La logica interna della diagnosi tharaka non tende a individuare e descrivere le varie patologie, ma piuttosto a ricercare le cause dello squilibrio dell'armonia vitale. L'attenzione si focalizza sul malato e sul suo gruppo sociale di riferimento; è la trasgressività e la devianza dei quali sono causa del disordine morale (male) che provoca la malattia. Per tale ragione, per raggiungere la comprensione dell'evento patologico, è importante chiedersi con Fortes: «*Chi, in una data struttura familiare, in una famiglia estesa (household) o in una comunità è identificato come malato? da quali segni? quando e per quali supposte ragioni? Piuttosto che non porsi domande quali: quali sono i tipi di malattie che vengono riconosciuti in una determinata struttura sociale?*».¹⁶² Le domande che i Tharaka si pongono tendono alla comprensione del perché la persona sofferente si senta male o provi dolore, piuttosto che non a raggiungere una risposta di tipo nosologico. Termini quali *kibitana*, *mero*, *nkaro*, ecc, più che malattie specifiche indicano le cause del male che affligge l'individuo. Come gli Azande, i Tharaka cercano di dare una risposta alle domande: «*Perché lui e non un altro? Perché in questa occasione e non in un'altra?*»,¹⁶³ Perché a me? perché adesso? È colpa mia o opera della magia cattiva di qualcuno?.

Questo tipo di razionalità, come detto, ha come obiettivo quello di partire dalla percezione della malattia per raggiungere la comprensione del male e delle sue cause fondamentali.

Il quadro eziologico generale della medicina tharaka

Dall'analisi condotta è stato possibile individuare il quadro eziologico tharaka. Nella concezione tharaka della malattia,¹⁶⁴ a livello causale, si sono potute identificare due classi (suddivise in cinque categorie): classe A: malattie 'naturali', classe B: malattie relazionali.

A differenza di quanto afferma Evans-Pritchard per gli Azande - ossia che la causalità delle malattie è verticale, nel senso che le malattie meno gravi hanno fattori naturali, mentre le malattie più gravi implicano la stregoneria e la fattucchieria¹⁶⁵ - fra i

¹⁶⁰ W. H. R. Rivers, 1924, p. 52.

¹⁶¹ M. Fortes, 1976, p. XIII.

¹⁶² M. Fortes, 1976, p. XVI.

¹⁶³ E. E. Evans-Pritchard, 1968 (1937), p. 69.

¹⁶⁴ Il termine malattia va inteso non nell'accezione di patologia propria della nosologia medica occidentale, ma in quella di stato di male di 'non completo stato di benessere fisico, mentale e sociale' secondo la concezione vitalistica tharaka. Con identica accezione utilizzeremo indifferentemente anche la frase stato patologico.

¹⁶⁵ E. E. Evans-Pritchard, 1968 (1937).

Tharaka la causalità è considerata in modo orizzontale, per il fatto che la gravità della malattia non determina la classificazione della malattia come naturale o derivante da stregoneria e fattucchieria. Le malattie gravi possono rientrare in entrambe le due classi (sia A che B), all'interno di qualsiasi categoria delle due classi.

Dalla elaborazione e descrizione, pur se sintetica, del quadro classificatorio, è emersa una concezione della malattia coerente con il concetto di salute già descritto.

La classificazione delle cause della malattia

Classe A: malattie 'naturali'

A questa classe appartengono quelle malattie che non coinvolgono direttamente, a livello causale, l'ambito mistico-religioso. Questa classe è divisa nelle categorie seguenti, distinte in base a variabili storiche:

Categoria A1: malattie conosciute prima della venuta dei Bianchi, cioè quelle considerate indigene.

Categoria A2: malattie che si ritiene siano state portate dagli Europei.

Classe B: malattie relazionali

Sono quelle malattie che coinvolgono direttamente l'ambito mistico-religioso. Questa classe è divisa nelle tre categorie seguenti:

Categoria B1: malattie ritenute provocate dalla stregoneria e fattucchieria.¹⁶⁶

Categoria B2: malattie derivanti da punizione mistica inflitta dagli antenati per la violazione di norme sociali fondamentali.

Categoria B3: malattie derivanti da incontri accidentali con eventi straordinari (*monstra naturae*).

I Tharaka pensano che la medicina occidentale sia più efficace per le malattie della classe A; mentre per le malattie della classe B ritengono efficace la medicina magico-erbalistica indigena, in quanto quella occidentale, pur riuscendo a volte a curarne alcuni aspetti, non è in grado di affrontarne il livello socio-mistico e, perciò, di condurre alla reintegrazione dell'ordine socio-cosmico attraverso la presa di coscienza del male e il suo conseguente superamento.

¹⁶⁶ Ciò che spinge a ricorrere alla stregoneria e alla fattucchieria si pensa siano principalmente la gelosia e l'invidia.

Le liste seguenti danno un'idea di tale classificazione e forniscono alcuni esempi e nomi.

Classe A: malattie ‘naturali’

Categoria A1: malattie riconosciute prima dell'arrivo degli Europei, cioè quelle considerate indigene:

Le principali sono:

1. Ulcere tropicali
2. Malattie che colpiscono il polpaccio
3. Malattie della pelle
4. Lebbra
5. Ferite
6. Morsi di serpente
7. Scabbia
8. Malattie degli occhi
9. Malattie connesse alla gravidanza e al parto, come:
 - mal di testa
 - gonfiore alle gambe
 - perdite ematiche e leucorrea

Tutte le malattie sopra elencate, a seconda dei casi, possono anche essere attribuite a cause mistico-religiose. Quando ciò accade, vengono classificate nella classe B. Può accadere anche che malattie un tempo considerate proprie della classe B oggi siano ritenute naturali. Ad esempio, la malaria anticamente era nella classe B, mentre ora, per effetto del processo acculturativo in corso, viene considerata appartenente alla classe A.

Categoria A2: malattie che si ritiene siano state portate dagli Europei

Le principali sono:

1. Tubercolosi (*timbi, beeba*)
2. Morbillo (*kithuku*)
3. Gonorrea (*gichonono*)
4. Sifilide (*gatebo*)

I Tharaka dichiarano di non conoscere le cause di tali malattie. Alcuni guaritori tradizionali, in risposta alle domande poste dal ricercatore, hanno fatto alcune ipotesi.

Classe B: malattie relazionali

Categoria B1: malattie ritenute provocate dalla stregoneria e fattucchieria.

Questa categoria comprende alcuni stati patologici che si pensa siano provocati intenzionalmente dall'intervento dell'uomo. Tale intervento può essere esclusivamente magico-mistico, oppure avvalersi del veleno (*materia medica*). L'*urogi*, tuttavia, è principalmente fattucchieria. Alcune 'medicine cattive' vengono confezionate con materiale vegetale e/o animale molto tossico. Generalmente presentano una sintomatologia molto varia. Qui di seguito diamo un elenco quasi esaustivo delle cause di tali stati patologici.

1. *Mpingo*

È una 'chiusura', in genere, della gola che impedisce di inghiottire cibo. È provocata con veleno che viene fatto inghiottire o scavalcare. Il veleno inghiottito è di solito *materia medica*. Quello scavalcato è di carattere mistico, per il fatto che non ha bisogno di essere toccato per aver effetto. Lo *mpingo* può essere usato dai maghi-erbalisti per fini sociali, per esempio per difendere la proprietà contro i ladri, o per proteggere i candidati all'iniziazione dagli stregoni-fattucchieri¹⁶⁷, in questo caso si tratta di quello scavalcato; oppure può essere anche usato dagli stregoni-fattucchieri a scopi antisociali.

Lo *mpingo* produce i seguenti effetti: quando viene inghiottito, provoca infiammazione della lingua e delle mucose, impedendo pertanto di parlare, mangiare e, infine, di respirare, portando alla morte. Quando viene scavalcato provoca pazzia e/o sterilità.

2. *Rurigi*

Si tratta di uno 'spago' che, se posto sul sentiero di accesso alla casa, oppure intorno ad un campo o al recinto del bestiame, si ritiene che sia in grado di impedire l'accesso ai ladri. Lo 'spago' può colpire il ladro o qualsiasi altra persona che inavvertitamente venga a contatto con esso. Non ha effetti letali, ma causa pazzia, sterilità e alcuni sintomi patologici minori. Ha funzione di controllo sociale.

3. *Mero*

È un veleno letale fatto ingerire (*meria* = inghiottire) attraverso il cibo e le bevande. Viene usato soltanto per scopi antisociali.

¹⁶⁷ . Cfr. D. Volpini, 1978, pp. 100-103.

4. *Nkaar*

È un potente veleno vegetale, sotto forma di polvere. Viene posto sullo sgabello o su qualsiasi altro sedile utilizzato dalla persona che si vuole danneggiare. Procura il gonfiore agli organi genitali, con purulenza. Se non interviene il mago-erbalista, il malato muore.

5. *Kioo*

È una fattura complessa costituita da sette piccoli pacchetti che vengono nascosti dal fattucchiere in posti diversi. Viene usata a scopi antisociali e provoca sterilità.

6. *Kugugwa*

È un tipo di fattura che provoca pazzia, ma è diversa dalla malattia mentale chiamata *nkoma* (violenta forza vitale negativa che si impossessa della persona). Chi viene colpito dalla *kugugwa* va in giro nudo, si gratta, ha mal di stomaco e si sente disturbato da oggetti o animali magici che ritiene di avere nello stomaco. Va notato che questi veleni sono a lento decorso. La vittima ha abbastanza tempo per consultare un mago-erbalista ed essere curata. Per tale motivo la gente pensa che i maghi-erbalisti a volte possano utilizzarli per affermare o rafforzare la loro autorità sulle persone che mancano loro di rispetto. L'avvelenamento rituale viene anche utilizzato dai maghi-erbalisti per dimostrare la loro potenza e la superiorità della loro conoscenza nei confronti dei loro colleghi¹⁶⁸ o degli apprendisti.¹⁶⁹

Categoria B2: malattie derivanti da punizione mistica inflitta dagli antenati per la violazione di norme sociali fondamentali

Questi stati patologici sono causati dalla violazione di norme sociali relative a:

- il rispetto per gli anziani,
- il sesso,
- la morte.

Esempi delle cause di queste malattie sono:

1. *Kirumi* (maledizione; *-ruma* = maledire, imprecare)

¹⁶⁸ D. Volpini, 1988, p. 155.

¹⁶⁹ L'apprendistato del mago-erbalista è lungo e richiede impegno e applicazione. Dura in media circa nove anni (Volpini, 1978, 56). Durante questo periodo, secondo le molteplici affermazioni fattemi da vari maghi-erbalisti, l'apprendista viene ripetutamente avvelenato dai maghi-erbalisti ed è così obbligato a rivolgersi al proprio maestro per essere curato. Se costui non conosce l'antidoto, la vittima è obbligata a rivolgersi al mago-erbalista che lo ha avvelenato e, per essere curato, gli deve portare in dono un caprone. L'apprendista, secondo i miei informatori, verrà riconosciuto un professionista a tutti gli effetti quando riuscirà ad avvelenare colui che va ad avvelenarlo utilizzando un veleno che costui non conosce e ad obbligarlo, così, a rivolgersi a lui per la cura portandogli in dono il caprone. Questa istituzione mette in rilievo lo spirito di costante ricerca di nuove erbe e nuove ricette che deve animare il mago-erbalista, il quale non deve essere soltanto un ripetitore di conoscenze standardizzate tramandate, ma un ricercatore ed un elaboratore di conoscenze. Le storie di vita, raccolte nella ricerca sul campo e pubblicate in D. Volpini e A. Dal lago (a cura di), 1990, testimoniano questa caratteristica culturale.

È una maledizione lanciata contro una persona più giovane da una anziana (genitori, nonni, anziani in generale) perché, la prima ha mancato loro di rispetto o non ha prestato loro la dovuta assistenza, violando così norme sociali fondamentali. La maledizione avrà effetto dopo la morte della persona che l'ha lanciata. I *kirumi* costituiscono un'arma mistico-sociale molto potente. Di particolare potere vengono ritenute le maledizioni lanciate dalle nonne e dalle donne anziane. I *kirumi* possono provocare disturbi di vario genere.

2. *Mugiru*

È un tipo di impurità o contaminazione rituale che colpisce la coppia che ha rapporti sessuali durante il periodo mestruale o nel corso di altre perdite ematiche vaginali della donna. Il *mugiru* provoca sterilità e aborto. Il termine *mugiru* può anche essere usato con il significato generico di impurità, che si definisce attraverso un'altra parola ad essa associata, ad esempio *mugiru gia kubitana* (impurità della *kubitana*), *mugiru gia gendaga* (impurità della *gendaga*), ecc.

3. *Kubitana*

Questa è un'impurità che colpisce un individuo coinvolto in relazioni sessuali illecite, specialmente di carattere extraconiugale. È causa di impotenza sessuale e sterilità; disturba il concepimento e provoca l'aborto; può anche causare gracilità e debolezza nei bambini della famiglia.

4. *Gukuruthura twana* (danneggiare i bambini)

È un'impurità che colpisce i neonati al di sotto dei quattro mesi quando i loro genitori hanno uno scorretto comportamento sessuale. Porta al neonato gli stessi disturbi causati dalla *kubitana*.

5. *Rukuu* (sporco)

È un tipo di impurità o contaminazione contratta attraverso il contatto fisico con un cadavere o con gli oggetti personali del morto. Si può anche contrarre avendo, per primo, relazioni sessuali con una donna dopo che le è morto un figlio piccolo. Produce sterilità e impotenza.

Categoria B3: malattie derivanti da incontri accidentali con eventi straordinari (monstra naturae)

Tutte le malattie appartenenti a questa categoria sono considerate dovute al fenomeno conosciuto come *gendaga*. Il *gendaga* viene diagnosticato quando malattie o eventi sfortunati si verificano in rapida successione. Le malattie in questo caso non debbono poter essere messe in relazione ad altra causa.

Esempi di *gendaga* sono:

- i gemelli
- i figli unici
- le persone con deformazioni fisiche.

Tutti e tre gli esempi sopra elencati riguardano situazioni in cui la forza vitale si manifesta in eccesso o in difetto, e, perciò, indica uno squilibrio nel cosmo ideale dei Tharaka.¹⁷⁰ E' ovvio che, secondo la concezione eziologica tharaka, l'esposizione dell'individuo al *gendaga* è direttamente proporzionale al grado di asocialità personale o del gruppo sociale di riferimento.

Livelli di causalità

Per comprendere meglio l'eziologia tharaka ci è sembrato utile prendere in considerazione i tre seguenti livelli di causalità elaborati dall'antropologia medica:

- a- la causa strumentale (o immediata) che provoca la malattia;¹⁷¹ dà la risposta alla domanda 'come e con quale mezzo?';
- b - la causa efficiente (o agente) che provoca la malattia¹⁷²; dà la risposta alla domanda 'chi l'ha provocata o inflitta?';
- c - la causa finale (o ultima) della malattia; dà la risposta alle domande 'perché, è accaduto a me, adesso?'¹⁷³.

Prendendo in considerazione la situazione tharaka risulta evidente che le cause più serie e più frequenti sono di tipo socio-culturale e interrelazionale (classe B). Incrociando la classificazione descritta (classe B: categorie B1, B2, B3) con i tre livelli di causalità indicati, può essere costruito il seguente quadro eziologico generale della medicina tharaka:

¹⁷⁰ I gemelli sono sempre *gendaga*. Secondo le credenze tharaka una donna può portare in seno e partorire soltanto un figlio per ogni gravidanza. Se nascono due o più gemelli ci si trova perciò di fronte ad una mostruosità: una persona con due o più corpi. Ci si trova di fronte ad un eccesso di forza vitale. Per tale motivo, come nella nostra società si opera, per esempio, un bambino nato con tre braccia o con due teste (in quanto ritenuto mostruoso), così tra i Tharaka vanno eliminati i corpi in più. Il figlio unico è ritenuto, all'opposto dei gemelli, un segno di carenza di forza vitale e, perciò, *gendaga*. Le persone con particolari deformità o menomazioni possono divenire *gendaga* soltanto se appaiono all'improvviso, la mattina all'alba, o la sera al tramonto, come in visione repentina. Anche i difetti di cui tali persone sono portatrici vengono ritenuti nelle dette condizioni un difetto di forza vitale.

¹⁷¹ M. Fortes, 1976, p. 778.

¹⁷² G. Foster, 1976, p. 778.

¹⁷³ J. C. Peck, 1968, p. 78.

Livelli di causalità della malattia: Classe B; Cat. B1

Diagnosi (Divinazione)	Causa strument. o immediata	Causa efficiente o agente	Causa finale o ultima
1. <i>Mpingo</i>	Veleno inghiottito (<i>materia medica</i>) o scavalcato (magico)	“Energie” negative degli elementi tossici o “velenosi” potenziali dallo stregone- fattucchiere	Corruzione ord. Soc apportata da invidia, gelosia, odio: <i>asocialità</i>
2. <i>Mero</i>	Veleno letale ingerito (<i>materia medica</i>)	idem	idem
3. <i>Nkaar</i>	Potente veleno vegetale sotto forma di polvere (<i>materia medica</i>)	idem	idem
4. <i>Uthuku</i>	“Oggetti” o “animali” magici introdotti magicamente in qualsiasi parte del corpo ad opera dello stregone- fattucchiere	“Energia” negativa convogliata dallo stregone- fattucchiere	idem
5. <i>Kioo</i>	Sette pacchettini magici nascosti dallo stregone- fattucchiere (<i>murogi</i>)	“Energia” negativa sprigionata dagli elementi dei pacchetti potenziata dallo stregone- fattucchiere (<i>murogi</i>)	idem
6. <i>Kugugwa</i>	Fascinazione	“Energia” negativa convogliata dallo stregone- fattucchiere	idem
7. <i>Rurigi</i>	Spago teso a chiusura	“Energia” negativa emanata dallo “spago” convogliata magicamente su di esso da uno stregone o da un mago	idem

Livelli di causalità della malattia: Classe B; Cat. B2

Diagnosi (Divinazione)	Causa strument. o immediata	Causa efficiente o agente	Causa finale o ultima
1. <i>Kirumi</i>	Maledizione Lanciata contro una persona più giovane da una più anziana	Antenati: sanzione mistica	Corruzione ordine soc. causata da disubbidienza: <i>asocialità</i>
2. <i>Mugiru</i>	Rapporti sessuali durante il periodo mestruale o nel corso di altre perdite ematiche vaginali della moglie	“Energia” negativa del sangue mestruale o vaginale e sanzione mistica inflitta dagli antenati	Corruzione ord. Soc. derivante da violazione di norme di comp. Sess.: <i>asocialità</i>
3. <i>Kibitana</i>	Relazioni sessuali illecite specialmente extracogniugali	Antenati: sanzione mistica	idem
4. <i>Gukuruthura twana</i>	Comportamento sessuale illecito da parte dei genitori	idem	idem
5. <i>Rukuru</i>	Contatto fisico con un cadavere, con le cose in contatto con esso, o primo rapporto sessuale con la donna alla quale è morto un bambino piccolo.	“Energia” negativa prodotta dall’assenza di forza vitale propria del cadavere	Corruzione ordine sociale. Tale ordine contempla netta distinzione tra la vita e la morte e, perchì, una netta separazione tra vivi e morti. ¹⁷⁴

Livelli di causalità della malattia: Classe B; Cat. B3

Diagnosi (Divinazione)	Causa strument. o immediata	Causa efficiente o agente	Causa finale o ultima
1. <i>Gendaga</i>	Incontro con i <i>monstra naturae</i>	Eccesso o difetto di forza vitale	Corruzione dell’ordine cosmico

¹⁷⁴ Il trapassato permane nello status di morto fino alla sepoltura, poi entra in quello di antenato.

Conclusioni

Dalle considerazioni fatte finora È stato possibile dedurre alcuni elementi generali fondamentali per l'analisi e l'interpretazione della concezione che i Tharaka hanno della salute, della sua perdita, del suo recupero e del suo potenziamento. Per quanto concerne la perdita della salute, prendendo in considerazione i livelli causali, si È evidenziato quanto segue:

- a. Le ascrivibili al secondo livello (cause efficienti o agenti) più importanti risultano essere le 'energie' negative derivanti da:
 - . stregoneria-fattucchieria (*urogi*),
 - . magia (*ugao*), solo per il *rurigi*,
 - . contatto con la morte (*rukuu*),
 - . contatto con sangue mestruale o altro sangue vaginale (*mugiru*),
 - . contatto con i monstra naturae (*gendaga*);
- b. Le cause ascrivibili al terzo livello (cause finali) sono tutte riconducibili alla più generale causa ultima: la 'corruzione dell'ordine socio-cosmico' provocata dal comportamento deviante, antisociale e, perciò, alla asocialità.

Anche il *gendaga* - che ad una prima considerazione potrebbe sembrare non riconducibile al comportamento antisociale, in quanto dovuto a 'incontro occasionale e fortuito' - non sfugge ad esso; infatti, se l'incontro è fortuito, la situazione di *gendaga* (eccesso o difetto di forza vitale) è prodotta da comportamento asociale (stregoneria-fattucchieria o trasgressione) e, come già detto, la debolezza dell'individuo nei confronti del *gendaga* è direttamente proporzionale al grado di devianza personale o del gruppo di riferimento.

L'analisi dei simboli dominanti (specialmente dei *miti mukuru* e dello *nkindaigi*) e di alcuni simboli supplementari dell'iniziazione tribale e dei riti di guarigione ci offre lo stesso quadro ideologico riassumibile nei seguenti punti:

- a. la sorgente prima della 'forza vitale e, perciò, della salute dell'individuo e della comunità È la Divinità;
- b. il 'completo stato di benessere fisico, mentale e sociale' è generato dal processo vitale transazionale positivo, che può realizzarsi soltanto se l'ordine socio-cosmico viene preservato e potenziato attraverso un forte processo di 'socializzazione';
- c. più un individuo cresce e, attraverso i vari stadi dell'iniziazione tribale, si integra nella società e più difficilmente sarà soggetto ai propri impulsi trasgressivi, devianti, e agli attacchi della stregoneria-fattucchieria;

d. gli agenti principali, che, in vario modo, causano la perdita della salute, sono:

- . i fattucchieri-stregoni, che hanno buon gioco dei devianti;
- . gli antenati, che infliggono sanzioni mistiche per ricondurre all'ordine i devianti;
- . i maghi-ebalisti, che utilizzano la fattucchiere e la stregoneria per attuare il controllo sociale e prevenire la devianza.

Altre osservazioni interessanti possono essere fatte, procedendo, nelle nostre riflessioni, attraverso l'applicazione della 'logica delle differenze' e della 'logica dei riferimenti'. Attraverso la 'logica delle differenze' cerchiamo di evidenziare e ordinare 'i simboli che aiutano a pensare la società e che costituiscono il suo quadro ideologico'.¹⁷⁵

Due sono i simboli contrapposti che emergono nettamente su tutti gli altri: i 'bastoncini antichi' (*miti mikuru*) e il 'ciuffo d'erba secca' (*nkindaiji*). Sono senz'altro i simboli dominanti fondamentali: hanno la funzione di fondare il benessere e l'armonia sociale, l'ordine socio-cosmico. Sono antitetici e offrono una ricca polarizzazione, ideologica, che esprime le due uguaglianze e le due opposizioni sulle quali si fonda il sistema morale tharaka:

Socialità = bene, benessere, vita (*miti mikuru*)

Asocialità = male, malattia, morte (*nkindaiji*)

Socialità / male, malattia, morte

Asocialità / bene, benessere, vita

La esclusione categorica, la sanzione socio-mistica generale È la seguente: la devianza grave esclude lo stato di benessere e induce la sfortuna, la malattia e la morte.

Attraverso la 'logica dei riferimenti' cerchiamo di inserire gli elementi, rilevati per mezzo della 'logica delle differenze', nella realtà sociale empirica alla ricerca della 'eziologia sociale' e del rilevamento delle posizioni (sociali) di potere delle persone coinvolte nel processo diagnostico e terapeutico.¹⁷⁶

La malattia costituisce, lo si è detto, un evento critico non soltanto per l'individuo, ma anche per la collettività. Nel processo di prevenzione e di cura emergono alcune posizioni di potere differenziate. Tali posizioni, pur essendo di per se stesse occasionali (in quanto riferite alla specifica situazione patologica), in pratica sono rese permanenti dalla permanenza continuata sia del rischio che della realtà della perdita della salute e della necessità di provvedere al suo recupero attraverso il superamento della crisi stessa.

¹⁷⁵ M. Augé, 1986, p. 10.

¹⁷⁶ M. Augé, 1986, F. Héritier, 1986.

Quello tradizionale Tharaka è un sistema politico dell'uguaglianza, strutturato sui principi della parentela, dell'età e del sesso. Il potere è diffuso. Nonostante che la modernizzazione in atto favorisca l'affermazione di alcuni individui, (che stanno acquisendo una posizione egemonica fondata sull'accumulo personale di ricchezza, sul conseguimento di un certo grado di istruzione scolastica e su una posizione di potere in campo politico o amministrativo), non si può ancora affermare che vi siano vere e proprie classi sociali. I principi tradizionali di organizzazione del potere (parentela, età e sesso) hanno ancora molta forza: gli anziani e le anziane godono ancora di grande autorità all'interno delle comunità locali.

I mutamenti in atto nel sistema culturale globale si riflettono, ovviamente, nel sub-sistema medico-sanitario. Al tempo stesso nuove malattie portate dagli Europei affliggono e minacciano la vita. I Tharaka non sono riusciti ad integrare le nuove patologie nel quadro logico interpretativo tradizionale e le hanno lasciate fuori da esso come non pertinenti all'ambito della medicina locale (*ugao*). Benché alcuni maghi-erbalisti tentino di curarle con mezzi tradizionali, esse vengono classificate a parte e ritenute proprie dell'ambito medico-sanitario ospedaliero. In tal modo, oltre alla plasticità culturale dei Tharaka, specifici e concreti elementi storico-esistenziali concorrono alla fondazione bipolare del moderno sistema medico-sanitario, che si va a fondare sui due pilastri della medicina scientifica occidentale e della medicina 'tradizionale' locale.

La 'ricerca-azione partecipata' ha evidenziato come si stia sempre più affievolendo la relazione conflittuale competitiva tra i due sub-sistemi sanitari e come, invece, si vengano sempre più a stabilire rapporti nuovi di collaborazione fondati sulla complementarità e sulla complementarietà¹⁷⁷ fornendo un'ulteriore conferma etnografica alla validità dell'approccio teorico orientativo assunto nel progetto. Nel processo di integrazione, messo in moto dalle conflittuali dinamiche acculturative, i due sub-sistemi medico-sanitari mantengono la loro identità specifica. Perciò, per quanto concerne il versante tharaka, l'ideologia che domina la concezione e la prassi medico-sanitaria è quella 'tradizionale'; su di essa si fondano la percezione della malattia e del male. In tale approccio teorico-ideologico, quelle dell'età e della professione costituiscono le due variabili più significative per l'analisi delle relazioni di potere che scaturiscono dalla situazione di crisi, generata dalla malattia, e che maggiormente giocano nel processo di reintegrazione dell'ordine socio-cosmico che prende il via da tale situazione.

L'età, attraverso l'istituzione delle classi d'età, che su di essa si strutturano,¹⁷⁸ regola la distribuzione e la gestione del potere nella comunità: l'esercizio del potere è direttamente proporzionale all'età. Nel processo transazionale di trasmissione della forza vitale - sul quale lo 'stato di completo benessere fisico, mentale e sociale' individuale e comunitario si fonda - il potere aumenta quanto più ci si avvicina alla Divinità, sorgente prima della forza vitale. Il potere maggiore nel controllo della salute È detenuto, perciò, dalla 'classe d'età' degli antenati (*aciari*). Immediatamente, al di

¹⁷⁷ G. Giarelli, 1986, p. 104.

¹⁷⁸ . B. Bernardi, 1959, p. 17-29; Lowental, 1971; D. Volpini, 1978, p. 67-81.

sotto di essi, vengono le classi d'età degli anziani (*akaru ba kiama*) e delle anziane (*ajuju*); poi quella degli uomini circoncisi (*nthaka*), delle donne escisse sposate (*ekuru*), delle donne escisse nubili (*ngutu*); un gradino ancora più in basso viene la classe d'età degli incirconcisi aperti (*aiji rugo*); infine i gruppi d'età dei bambini incirconcisi (*aiji nkala*) e delle bambine non escisse (*mithera*).

Se prendiamo in considerazione la variabile della professione, risulta che il potere teorico maggiore è detenuto dal *Mugwe*, seguito dal mago-erbalista (*mugao*), dal divinatore (*muringia*), dalla levatrice tradizionale (*mujukia*), dal circoncisore (*mutani*) e dalla exciditrice (*mutaninwamuka*) e dal profeta (*kiroria*).¹⁷⁹ Va tenuto presente che nel 1969, con la morte di M'Ruwanda, è praticamente scomparsa l'istituzione del *Mugwe*, la quale, comunque, negli ultimi anni era andata sempre più mutando la sua funzione e il suo significato socio-religioso in valore simbolico con valenze economico-commerciale.¹⁸⁰ Va tenuto presente anche che il profeta (*kiroria*) raramente interviene nella vita della comunità, in quanto, la sua attività è legata principalmente alla interpretazione degli eventi catastrofici e luttuosi: epidemie, grandi siccità, ecc.. Va sottolineato, infine, che il circoncisore e l'exciditrice limitano la loro prestazione all'operazione chirurgica specifica.

In conclusione, perciò, possiamo affermare che le professioni che hanno maggiore potere nel controllo sociale attraverso la malattia sono, nell'ordine, quelle del mago-erbalista, del divinatore e della levatrice tradizionale.

È ovvio che il potere personale aumenta o diminuisce proporzionalmente alla consistenza delle conoscenze e della bravura personale.

¹⁷⁹ Per una sintetica descrizione di queste professioni vedi Giarelli, 1986, 47-52.

¹⁸⁰ B. Bernardi, 1971.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV.

- 1982, *Guida al Vivere Sani in Italia*. A. Mondadori. Milano.

Allier, R.

- 1928, *Le non-civilisé et nous*.
- 1935, *Magie et religion*.

Anutio Foesio Mediomattico

- 1556, *Hippocratis Operum, Sect. III*, 'De flatibus', a cura di Anutio Foesio Mediomattico. Apud her. And. Wecheli, Claud. Marn. & Io Aubr., MDXCVI, Francofurti.

Argyris, C.

- 1968, 'Some unintended consequences of rigorous research', in *Psychological Bulletin*, 1960, no. 70, pp. 185-197.

Augé, M.

- 1976, 'Savoir voir et savoir vivre: Les croyances à la sorcellerie en Côte d'Ivoire', in *Africa* (London), Vol. 46, n. 2, pp. 128-136.
- 1986 (1983), 'Introduzione', in Augé, M., e Herzlich, C. (a cura di) *Il senso del male* pp. 7-27. Il Saggiatore. Milano.
- 1986 (1983), 'Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell'avvenimento', *ibidem*, pp. 33-85.

Bach, E.

- 1933, *The Twelve Healers*. The Stanhope Press. Rochester.

Benucci, F.

- 1988, 'A Medical Critical Analysis of Tharaka TBAs Practices' in Volpini D., Dal Lago A., Wood L., (a cura di) *Participatory Action Research in Primary Health Care Programme*, Quaderno n. 3 di 'Antropologia e Sviluppo' 1988, pp. 122-125. Ed. CUAMM, Padova e Dipartimento di Sociologia Università di Bologna.

Bernardi, B.,

- 1984, 'La professionalizzazione della medicina tradizionale in Africa', in *Africa* (Roma), 1984, n. 1, pp. 1-19.

Berreman, G.D.,

- 1964. 'Aleut Reference Group Alienation, Mobility and Acculturation', in *American Anthropologist*, 66, 2, 1964, 241.

Biswas A. K. e Biswas M. R.

- 1975 'Energy and Food Production', in *Agroecosystems*, 1975, n. 2, pp. 263-276.

Bonadio R. e Girardelli M.

- 1986, 'Il progetto di ricerca antropologica nel quadro dell'attuale intervento sanitario del CUAMM', in D. Volpini e A. Dal Lago (a cura di) *Autosviluppo medico-sanitario e ricerca antropologica partecipata*. 'Antropologia e Sviluppo' Quaderno n. 2, 1986, pp. 47-52. Ed. CUAMM, Padova, Dipartimento di Sociologia e Università di Bologna.

Borlone, E.

- 1968, 'Nuovi aspetti del vitalismo', in *Tribuna Sanitaria*, 1968, n. 10, pp. 1-13.
- 1970, 'Profilo storico del vitalismo', in *Pagine di Storia della Medicina*, Vol 14, n. 5, pp. 58-85.

Brosse, Th.

- 1976, *Attitude instrumentales des techniques du Yoga*. École Française d'Extrême Oriente. Parigi.

Carter, L. F.

- 1977, "Contemporary Psychology", *A Journal of Review*, 22 (4): 267-269.

Castiglioni, A.

- 1936, *Storia della Medicina*. A. Mondadori. Milano.

Ceragioli, G.

- 1984, *Conferenza con gli 'Amici del Rwanda'*. Bologna. Manoscritto.

D'Andrade, R. G. et als..

- 'Categories of Disease in American-English and Mexican-Spanish', in K. Romney et als.. *Multidimensional Scaling*. Vol. II: Applications. Seminar Press. New York.

De Brosse, C.

- 1760, *Du culte des dieux fetiches, ou parallèle de l'ancienne religion de l'Egypte avec la religion actuelle de la Négritude*.

Deitchman, S. J.

- 1976, *The Best -Laid Scheme: A Tale of Social Research and Bureaucracy*. The MIT Press. Cambridge. Mass.
- 1978, 'Another Step Toward Nirvana', in *Human Organization*, 1978, Vol. 37, no. 4, pp. 408-411.

Dubbeldam, L.F.B.

- 1964, 'The Devaluation of the Kapauku Courie as Factor of Social Disintegration', in *American Anthropologist*, 66, 4 1964, 293-302

Eisemberg, L.

- 1977, 'Disease and Illness: Distinction between professional and popular ideas of sickness', in *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1977, n. 1, pp. 19-23.

Evans-Pritchard, E. E.

- 1973, 'Some Reminiscences and Reflections on Fieldwork', in *Journal of Anthropological Society of Oxford*, Vol. 4, no. 1, pp. 1-12.
- 1973 (1963), 'Il metodo comparativo nell'antropologia sociale', Trad. It. in *La Donna nelle Società Primitive*. Laterza. Bari.
- 1975 (1940), *I Nuer: un'anarchia ordinata*. F. Angeli. Milano.
- 1976 (1937), *Stregeoneria, Oracoli e Magia tra gli Azande*. Franco Angeli Ed. Milano.

Fabrega, H.

- 1972, 'Medical Anthropology', in *Biannual Review of Anthropology*, pp. 167-229.

Fabrega, H. Jr.

- 1974, *Disease and Social Behaviour: An Interdisciplinary Perspective*. MIT Press. Cambridge, Mass.

Fabrega, L. W. Jr.

- 1945, 'First Principles of Rural Rehabilitation', in *Applied Anthropology*, Vol. 4, no. 3, 1945, pp. 16-31.

Fontanesi, T.

- 1988, 'Report on the work carried out with the Ajukia (TBAs)', in Volpini D., Dal Lago A., Wood L., (a cura di) *Participatory Action Research in Primary Health Care Programme*. Quaderno n. 3 di 'Antropologia e Sviluppo' 1988, pp. 93, 96, 104. Ed. CUAMM, Padova e Dipartimento di Sociologia Università di Bologna.

Foster, G. M.

- 1958, *Problems in Intercultural Health Programs*. Social Science Research Council, Pamphlet 12. New York; *Traditional Cultures: And the Impact of Technological Change*. Harper and Bros.. New York.
- 1976, 'Disease etiologies in non-western medical systems', in *American Anthropologist*, Vol. 78, n. 4, pp. 773-782.

Frake, C. O.

- 1961, 'The Diagnosis of Disease among the Subanum of Mindanao', in *American Anthropologist*, 1961, Vol. 62, pp. 113-132.

Giarelli, G.

- 1986, 'Relazione sulla fase preliminare della ricerca antropologica partecipata applicata al progetto di autoeducazione sanitaria dei Tharaka del Kenya', in D. Volpini e A. Dal Lago (a cura di) *Autosviluppo medico-sanitario e ricerca antropologica partecipata*. 'Antropologia e Sviluppo' Quaderno n. 2, 1986, pp. 47-52. Ed. CUAMM, Padova, Dipartimento di Sociologia e Università di Bologna.
- 1988, 'Final Report on the field work: phases one and two', in Volpini D., Dal Lago A., Wood. L., (a cura di) *Participatory Action Research in Primary Health Care Programmes*. Quaderno n. 3 di 'Antropologia e Sviluppo' 1988, pp. 47-52. Ed. Cuamm, Padova e Dipartimento di Sociologia Università di Bologna.

Griaule, M.,

- 1972 (1948), *Dio d'acqua*. Bompiani. Milano.

Héritier, F.

- 1986 (1983), 'Sterilità, aridità e siccità. Qualche invariante del pensiero simbolico'. In Augé, M. e Herzlich, C., (a cura di) *Il senso del male*. Il Saggiatore. Milano.

Johnson, S. C.

- 1967, 'Hierarchical Clustering Schemes', in *Psychometrika*, 1967, Vol. 32, pp. 241-254.

Kang-Wang, J. F.

- 1980, 'The Midwife in Taiwan: An Alternative Model for Maternity Care', in *Human Organization*, 1980, Vol. 39, n. 1, pp. 70-79.

Kapferer, B.

- 1979, 'Mind, Self, and Other in Demonic Hillness: The Negation and reconstruction of the Self', in *American Ethnologist*, 1979, Vol. 6, n. 1, pp. 110-133.

Kimani, V. N.

- 1988, 'Self-Education Programme among Tharaka Traditional Midwives (ajukia)', in Volpini D., Dal Lago A., Wood L., (a cura di) *Participatory Action Research in Primary Health Care Programme*. Quaderno n. 3 di 'Antropologia e Sviluppo' 1988, pp. 105-111. Ed. CUAMM, Padova e Dipartimento di Sociologia Università di Bologna.

Kleinman, A.

- 1973, 'Medicine's symbolic Reality: On a Central Problem in the Philosophy of Medicine', in *Inquiry*, 1973, 16, pp. 206-213.

- 1978, 'Clinical Relevance of Anthropological and Cross-Cultural Research: Concepts and Strategies', in *American Journal of Psychiatry*, 1978, Vol. 135, pp. 427-431.
- 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press.
- 1981, 'On Illness Meanings and Clinical Interpretation: not Rational Man, but a Rational Approach to Man the Sufferer/Man the Healer', in *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1981, 5, pp. 373-377.

Lewis, G.

- 1975, *A Knowledge of Illness in a Sapik Society*. The Athlone Press. London.
- 1976, 'A View of Sickness in New Guinea', in J. B. Loudon (a cura di) *Social Anthropology and Medicine*. Academic Press. London.

Manning P. K. e Fabrega Jr, H. F.

- 1973, 'The Experience of Self and Body: Health and Illness in the Ghipas Highlands', in G. Psathas (a cura di) *Phenomenological Sociology*, pp. 251-301. John Wiley. New York.

Mauss, M.

- 1965 (1924), 'Il Dono', in *Teoria della magia et als. saggi*. Einaudi. Torino.

Molgaard, C. A. et als..

- 1979, 'Bach's Flower Remedies : A New Age Therapy', in *Human Organization*, 1979, Vol. 38, n. 1, pp. 71-78.

Morsy, S.

- 1980, 'Sex Roles, Power, and Illness in an Egyptian Village', in *American Anthropologist*, Vol. 5, n. 1, pp. 137-150

Negro, A.

- 1984, 'Medicina Omeopatica: sua metodologia clinico-terapeutica e farmacologica' in *Medicina Omeopatica*, Vol. 3, n. 8, pp. 1-2.

Nyamwaya, D.

- 1984, 'Causation of Illness in African Traditional Medicine', in *Mila*, 1-18, Institute for African Studies. Nairobi.

Ohnuki-Tierney, E.

- 1980, 'Ainu Illness and Healing: as A Symbolic Interpretation', in *American Ethnologist*, Vol. 1, n. 1, pp. 132-151.

Paul, B. D.

- 1955, *Health Culture, and Community*. Russell Sage Foundation. New York.

Peck, J.C.

- 1968, 'Doctor medicine and bush medicine in Kankira, Honduras', in Thomas Weaver (ed.). *Essays on Medical Anthropology*. Southern Anthropological Society Proceedings, Vol. 1, 1968.

Press, I.

- 1978, 'Urban Folk Medicine', in *American Anthropologist*, 1978, Vol. 80, n. 1, pp. 71-85.

Radcliffe-Brown, A. R.

- 1972 (1952), *Struttura e funzione nella società primitiva*. Jaca Book. Milano.
- 1973 (1958), *Il metodo nell'antropologia sociale*. Officina Edizioni. Roma.

Rivers, W.H.R.,

- 1922, *Essays on the Depopulation of Melanesia*, Cambridge University Press. Cambridge.
- 1924, *Medicine, Magic and Religion*. Kegan Paul. London.

Textor R. B. e McCullough J. C.

- 1958, *Manual for the Rural Community Health Worker in Thailand*. Ministry of Public Health. Bangkok.

Todisco, A.

- 1990, 'Analysis of the Healing Rites', in D. Volpini e A. Dal Lago *Health Recovery and Symbolic Communication among the Tharaka of Kenya: Quaderni di Antropologia e Sviluppo*, n. 4, 1990, pp. 7-20. Ed. CUAMM - Padova e Dipartimento di Sociologia Università di Bologna.

Tugnoli, F.

- 1981, *Respirazione*. Società Stampa Sportiva. Roma.
- 1986, 'Culture mediche a confronto', in Volpini, D. e Dal Lago, A (a cura di) *Autosviluppo medico-sanitario e ricerca antropologica partecipata*. Quaderno n. 2 di 'Antropologia e Sviluppo'. 1986, pp. 125-52. Ed. CUAMM, Padova, e Dipartimento di Sociologia Università di Bologna.

Turner, V.

- 1967, *The Forest of Symbols. Aspects of Ndembu Ritual*. Cornell University Press. Ithaca. London (Trad. It. 1976 *La foresta dei simboli*. Morcelliana. Brescia)
- 1969, *The Ritual Process. Structure and anti-structure*. Aldine Publishing Company. Chicago (It. trans. 1972 *Il processo rituale*. Morcelliana. Brescia).

Valeri, R.

- 1977, 'Alimentazione', in *Enciclopedia*, Vol. I, 1977, 38. Einaudi. Torino.

Vogel L. C. e als (a cura di)

- 1974, *Health and Disease in Kenya*. Kenya Literature Bureau. Nairobi

Volpini, D.

- 1978, *Il seme del ricino: Iniziazione tribale e mutamento culturale fra i Tharaka del Kenya*. Officina Ed. Roma.
- 1992. *Antropologia e Sviluppo*. CUAMM- Padova e Dipartimento di Sociologia Università di Bologna.

Young, A.

- 1976, 'Some Implications of Medical Belief and Practices for Social Anthropology', in *American Anthropologist*, 1976, Vol. 78, n. 1, pp. 5-24.
- 1981, 'When Rational Men Falls Sick: An Inquiry into some assumptions made by medical anthropologists', in *Culture Medicine and Psychiatry*, 1981, n. 5, pp. 317-335.
- 1982, 'The Anthropologies of Illness and Sickness', in *Annual Review of Anthropology*, 1982, n. 11, pp. 257-285.

Young, J. C.

- 1978, 'Illness Categories and Action Strategies in a Tarascan Town', in *American Anthropolologist*, 1978, Vol. 5, n. 1, pp. 81-97.

PARTE TERZA

Umanizzazione della medicina

(Eloise Longo)

Capitolo Primo

L'apporto dell'Antropologia medica al processo di umanizzazione delle strutture ospedaliere¹⁸¹

Presupposti teorici dell'Antropologia medica

Oggetto di studio dell'Antropologia Medica, così come viene definita dalla Società Italiana di Antropologia Medica (SIAM) fondata dall'antropologo T. Seppilli, riguarda: “le definizioni e interpretazioni di salute e malattia; dei condizionamenti dell'assetto socio-culturale sugli stati di salute/malattia, delle rappresentazioni e valori associati a tali stati; le concezioni del corpo e, infine, le risposte che ne derivano sul piano dei comportamenti individuali e collettivi e “le strutture istituzionali in cui tali risposte si esprimono” (Seppilli, 1996).

I due tradizionali ambiti dell'antropologia medica incentrati sull'interpretazione e i significati connessi all'evento malattia, da un parte, e sui sistemi medici quali risposta organizzata che i vari gruppi sociali elaborano nei confronti della malattia, dall'altra, consentono di delineare i complessi e, spesso, “conflittuali” rapporti fra la biomedicina e le cosiddette medicine tradizionali.

È bene precisare che gli studi di antropologia medica riguardano essenzialmente due ambiti:

1. l'interpretazione e i significati connessi all'evento malattia;
2. i sistemi medici quali risposta organizzata che i vari gruppi sociali elaborano nei confronti della malattia.

Da un punto di vista strettamente teorico e disciplinare due sono le grandi linee di ricerca distinte per metodo e oggetto: l'orientamento biologico che si collega

¹⁸¹ E. Longo, *L'apporto dell'Antropologia medica al processo di umanizzazione delle strutture ospedaliere. Il caso dell'I.R.C.C.S. Fondazione Santa Lucia di Roma*, Università degli Studi di Sassari, 2008.

all'antropologia fisica e alla medicina, da un lato e quello legato all'antropologia sociale, dall'altro.

Il primo, sottolineando l'interazione continua tra uomo e ambiente, ha sviluppato un quadro concettuale caratteristico delle scienze biologiche. Il secondo, invece, prevalentemente culturale, guarda alla dimensione socioculturale del concetto di salute e malattia e all'influenza dei fattori sociali nelle rappresentazioni di tali stati che differiscono da cultura a cultura e a seconda del sistema sociale di riferimento (Mitrani, 1982).

Orientamenti teorici dell'Antropologia medica

L'antropologia medica per rendere conto della complessità del rapporto fra società umane e malattia ha sviluppato tre filoni teorici di approccio: la teoria medico-ecologica, quella culturale e quella critica.

La prima, formulata da A. Alland nel 1970, poggia sul concetto di adattamento biologico e culturale, individuale e di gruppo. La salute viene vista, dunque, quale risultato di un processo di adattamento ambientale e studiata attraverso modelli ecologici (Alland, 1970). Un modello riduttivo che appiattisce la *disease* a livello fisiologico e biologico, interpretata a prescindere dalla cultura. Questo approccio nato all'interno della psicologia comportamentista, rappresentava un tentativo di risposta al mancato utilizzo da parte delle persone dei servizi sanitari.

La teoria culturale nasce in risposta all'appiattimento della cultura implicitamente causato dalla teoria medico-ecologica che riconduce la malattia esclusivamente a un disequilibrio tra uomo e ambiente. Si deve ad A. Kleinman l'interpretazione della malattia non già come entità oggettiva, bensì come modello esplicativo che attraverso precise interazioni culturali e sociali riunisce fenomeni (i sintomi) disparati dando loro un nome collettivo (quello della malattia). La malattia diventa, dunque, secondo questa impostazione riconoscibile sia dal paziente, sia dal medico soltanto attraverso una serie di azioni interpretative che presuppongono modalità di interazione con i sistemi culturali (Kleinman, 1980).

Secondo T. Seppilli l'antropologia medica critica, sviluppatasi negli Stati Uniti negli ultimi dieci anni, orienta, invece, la propria ricerca attorno ai meccanismi di potere e di sfruttamento che determinano uno stato di ineguaglianza sociale. Questi fattori esercitano un'influenza determinante nei meccanismi di salute e nei sistemi di cura delle malattie (Cozzi, Nigris, 1996). Le malattie non riguardano soltanto il medico e il paziente, ma presentano precise correlazioni con i rapporti di potere che si instaurano tra le classi sociali.

I tre modelli sinteticamente descritti, hanno contribuito in modo diversificato a delineare i complessi rapporti tra biomedicina e medicine tradizionali e, più in generale, l'approccio critico alla medicina occidentale.

L'antropologia medica è lo studio del versante socio-culturale dei processi di salute e malattia intesi come fenomeni integrati, biologici e storico-sociali. "L'antropologia medica diventa una scienza solo quando inventandosi il concetto di sistema medico, individua in tutte le società l'esistenza di sistemi di interpretazione e di risposta alla malattia come sistemi radicati nello sviluppo storico delle singole società, sistemi coerenti con le ideologie e con le concezioni del mondo, con le *cosmovisioni* delle singole civiltà" (Seppilli, 2004: 14,15). In questa definizione emerge il carattere culturale di ogni sapere scientifico che caratterizza sia la "visione del sistema biomedico" che quella del sistema tradizionale. L'antropologia medica oggi è una delle specializzazioni più importanti all'interno delle scienze antropologiche ed è una disciplina impostata su:

- una ridefinizione dei concetti di salute, malattia, corpo, cura, dolore in rapporto alla variabilità dei contesti culturali e sociali di riferimento;
- una metodologia comparativa;
- la ricerca sul campo.

L'antropologo G. Pizza individua nello sviluppo delle ricerche di questa disciplina tre fasi:

- 1) "biologizzante", caratterizzata dai successi nel campo della scienza e, in particolare, della biologia e della biomedicina (inizio XX sec.);
- 2) "cultural-essenzialista", incentrata, invece, sul carattere culturale degli stati di salute e malattia e sulle loro forme di variabilità in rapporto al contesto sociale di riferimento;
- 3) "interpretativa" che punta l'attenzione sulle pratiche e sui suoi autori (Pizza, 2005: 12-14).

Le tre fasi corrispondono a un lento, ma progressivo sviluppo delle scienze e dell'antropologia medica che ha caratterizzato tutto il Novecento. Se in un primo momento l'evento malattia era concepito esclusivamente in termini naturali, biologici, successivamente la prospettiva culturale ha messo in luce come la malattia, la sofferenza, il dolore e il corpo siano intimamente connessi alle rappresentazioni simboliche dei soggetti e del contesto sociale. Particolare attenzione viene data, quindi, ai significati culturali delle prassi corporee. Tale approccio, tuttavia, evidenzia ben presto i suoi limiti: primo fra tutti quello di una inscindibile contrapposizione tra due diverse concezioni del mondo, quello occidentale e razionale, da una parte e quello tradizionale e irrazionale, dall'altra. Il lavoro di molti antropologi in contesti occidentali, a stretto contatto con i sistemi biomedici, ha posto in evidenza il carattere culturale dei processi di istituzionalizzazione dei saperi medici e dei rapporti di produzione e di potere cui gli stessi danno luogo. Anche il sapere biomedico è, dunque, attraversato da differenti interpretazioni della salute e della malattia, del normale e del patologico e costruisce la propria "concezione del mondo" attraverso l'azione dei medici e degli ausili scientifico-tecnologici.

L'antropologo sottolinea opportunamente come le prospettive dell'antropologia medica contemporanee siano attente a non trasformare i soggetti della sofferenza in "oggetti". Tali esperienze vanno sempre osservate in quanto prodotti di specifici processi storico-sociali, culturali e politici. In definitiva, oggi sembra prevalere un approccio "riflessivo", ossia fondato "sul fatto che noi costruiamo oggetti col nostro sguardo e la nostra azione scientifica e non conosciamo oggetti che già esistono in sé" (Pizza, 2005: 14-15).

Dall'analisi emerge in sostanza il carattere eterogeneo specifico del campo di studi dell'antropologia medica che se, da una parte definisce chiaramente tale disciplina, dall'altra, viceversa, non "autorizza il praticante di questa disciplina a definirsi «antropologo medico»" (Pizza, 2005:18). L'intento è quello di evitare eccessive caratterizzazioni che rischierebbero di creare compartimenti stagni in un campo disciplinare assai vasto.

Secondo V. Lanternari l'antropologia medica, così come altre discipline quali, ad es., l'Etnomedicina, la Storia della medicina popolare, l'Etnopsichiatria, la Psichiatria transculturale, nascono dalla crisi della scienza e della pratica medica nelle società occidentali e, contemporaneamente, dall'emergere di un diffuso malessere sociale nei confronti di una medicina sempre più distaccata dal paziente (Lanternari, 1994:9-10). L'anima tecnologica e antropologica inizialmente armonizzate nel paradigma ippocratico nel corso della storia, si sono via via sempre più distaccate fino a porsi in termini oppositivi. Il potenziamento diagnostico reso possibile dallo sviluppo scientifico e tecnologico ha "investito" il piano antropologico caratterizzando la medicina contemporanea sempre più in termini "ortodossi". L'oggetto epistemologico della medicina intesa come scienza e pratica fondata su una comunità di professionisti e di studiosi ha progressivamente espunto dal proprio orizzonte scientifico la dimensione culturale e sociale della malattia dimenticando il fondamento della dottrina ippocratica incentrata su una visione complessiva dell'uomo e del suo ambiente (ecosistemico, sociale e culturale), sul rifiuto di ogni forma di superstizione, sulla razionalità di ogni procedimento scientifico e sull'importanza accordata all'osservazione (Debru, 2001:691).

Estremamente interessante il contributo di D. Cozzi che delinea alcune tematiche fondamentali nello sviluppo dell'antropologia medica attraverso due approcci: quello "intellettualista" e quello "funzionalista". Il primo risente dell'influenza delle teorie positiviste del tempo e interpreta le modalità di rappresentazione della malattia presso le culture primitive secondo il sistema di credenze e pratiche magico-religiose di riferimento. A questo orientamento si devono principalmente i contributi di B. Tylor, di J.G. Frazer e di L.H. Morgan. L'approccio funzionalista viceversa sostiene la funzione pratica e sociale del sistema di rappresentazioni. Espressione di questo orientamento teorico sono gli studi di É. Durkheim, M. Mauss, L. Lévy-Bruhl, R. Radcliffe-Brown, V. Turner, E.E. Evans-Pritchard (Cozzi, 1996: 380-396).

Secondo dell'antropologo D. Volpini l'accento va puntato sulla stretta interrelazione tra la percezione dello stato di salute e malattia vissuto dall'individuo e il contesto sociale: "l'antropologia medica ha evidenziato come ogni individuo in ogni

contesto sociale percepisca, interpreti ed affronti la malattia e la salute con modalità strettamente connesse al vissuto personale e all'ambiente socio-culturale di cui è parte" (Volpini, 2005: 29).

In conclusione, merito dell'approccio teorico dell'antropologia medica è quello di avere messo in luce le complesse dinamiche che intervengono a livello sociale e culturale nell'attribuzione di senso alla malattia. I sistemi di cura istituiscono un ponte simbolico che collega la dimensione individuale con il sistema di interazione sociale. I codici culturali dei sistemi terapeutici sia tradizionali che occidentali possono, quindi, essere riconosciuti e interpretati solo all'interno di un discorso socio-culturale più ampio che tenga conto delle dinamiche relazionali e dei contenuti valoriali e normativi del suo specifico contesto sociale. Sarà così possibile riconoscere la cultura sanitaria - in generale e nei suoi aspetti organizzativi e socio-assistenziali - propria dei sistemi medici, svelandone le complesse dinamiche di potere, di inclusione ed esclusione.

Le Medical Humanities

L'antropologia medica è, quindi, una scienza critica e sperimentale all'interno della quale sono in continua elaborazione i concetti di corpo, salute e malattia che vengono ridefiniti secondo una metodologia comparativa e secondo il contesto culturale e sociale di riferimento. Questa disciplina in sostanza si occupa: "delle correlazioni tra condizioni socio-culturali e patologia e del modo in cui le varie società interpretano e affrontano i processi di salute e malattia" (Schirripa- Zúniga Valle, 2000).

L'approccio antropologico trova poi un punto di incontro e di sviluppo con le Medical Humanities, un ambito teorico la cui capacità risiede in quella di organizzare al meglio le risorse della comunità e, quindi, di utilizzare al meglio le intelligenze umane (Seppilli, 2004). All'interno del sistema medico ufficiale, quindi, è sorta una critica che, senza minare gli assunti di base della biomedicina, ha, tuttavia, posto al centro della riflessione a proposito del rapporto medico-paziente la questione dell' "umanità". Se è pur vero - come sostiene G. Pizza - che l'umanizzazione spesso si è tradotta in un' "estensione del dominio della biomedicina nelle sue forme classiche" (Pizza, 2005: 247), è altrettanto vero che grazie al contributo delle scienze sociali e, in particolare, dell'antropologia medica, su tematiche quali, ad esempio, i significati simbolici degli stati di salute e malattia, i rapporti di forza (socio-politici, culturali ed economici) che intervengono nella relazione medico-paziente e, più in generale, a livello strutturale e istituzionale delle strutture sanitarie, le prassi e ideologie terapeutiche dei vari sistemi di cura hanno sviluppato "una consapevole e organica ridiscussione del suo stesso paradigma (biomedico) e dei suoi esiti operativi" (Seppilli, 1996:19).

Un allargamento, dunque, del quadro teorico alle Medical Humanities potrebbe in tal senso contribuire significativamente alla comprensione dei processi cultura-

salute-malattia, perché la realtà umana non è fatta di individui solo biologici, ma di interazioni ed interrelazioni che investono gli individui stessi. Diventa allora strategico il concetto di “umanità” allorché la dimensione umana sia incentrata su un riposizionamento dell’uomo nella sua unità di mente-corpo all’interno del dibattito biomedico. Questo significa evitare false scorciatoie di tipo paternalistico quali, ad esempio, il considerare l’umanizzazione soltanto come processo caratterizzato da semplici suggerimenti di tipo formativo che impongono al medico e agli operatori sanitari di essere “più umani”, come se questo non fosse già insito nella professione. L’aspetto che deve essere considerato fondamentale, invece, è la centralità della persona malata, il suo vissuto, i suoi malesseri, la sua situazione di vita e instaurare una relazione terapeutica meno fugace e distratta, meno impersonale e burocratica, più attenta all’unicità e globalità della persona e dei suoi valori culturali.

Le strutture sanitarie in generale e, in particolare, gli ospedali, tendono, sempre più ad attestarsi ad uno stretto biologismo, scartando e sottovalutando l’aspetto culturale soggettivo. Si realizza molto spesso una distorsione comunicativa, vere e proprie barriere prodotte da specifiche e reciproche diffidenze, dissonanze cognitive, eterogeneità di motivazioni, valori, priorità, in quella che M. Foucault chiama “solitudine popolata” (Foucault, 1975). Si può dire, pertanto, che la scienza medica dal secolo XIX ad oggi segue una traiettoria che corre il rischio di separarsi sempre di più dall’uomo a favore di una tecnicizzazione che si preoccupa di curare il sintomo localizzato in un corpo sempre più spersonalizzato, perdendo di vista quella visione olistica che è alla base della recente letteratura scientifica (Basaglia, 1982).

Malgrado, infatti, l’espansione del sistema biomedico, i suoi continui sviluppi conoscitivi e i grandi successi nel campo della prevenzione e della terapia, la medicina occidentale, tuttavia, comincia a manifestare oggi sempre più chiaramente alcuni limiti interni e segnali di crisi quali, ad esempio, la frantumazione specialistica della formazione e pratica medica, il crescente ed improprio affidamento alla diagnostica strumentale a detrimento della diagnosi clinica, la burocratizzazione degli apparati e dei servizi medici, la progressiva spersonalizzazione del rapporto medico-paziente concepito come mero portatore di infermità (Seppilli, 1996). Tutto ciò conduce ad estese aree di insoddisfazione e delusione per la qualità dei rapporti con i familiari, con il personale medico e con gli operatori sanitari. È, inoltre da aggiungere che, a seguito dei fenomeni migratori, oggi tende a delinearsi un quadro contrassegnato da multiculturalismi e pluralismi culturali relativi sia ai saperi medici che ai fenomeni di sincretismo culturale.

L’attuale problema è quello di un superamento di steccati a favore di un’integrazione tra medici occidentali e operatori di salute locali. A volte l’“inadeguatezza” del sistema biomedico non dipende soltanto dalla sua burocratizzazione, ma soprattutto da alcune criticità del suo apparato concettuale ancora “chiuso” per quanto riguarda gli aspetti di carattere prettamente antropologico quali, ad esempio, le valenze culturali connesse all’evento malattia, le rappresentazioni simboliche collegate alla salute, ecc. Un tale tipo di approccio, solo negli ultimi anni,

attraverso un percorso accidentato e caratterizzato da forti resistenze, comincia a delinearsi, anche se stenta ancora ad affermarsi.

Sistemi medici a confronto: segnali di crisi

Il concetto di sistema medico è centrale per comprendere gli elementi di crisi del sistema biomedico occidentale. La letteratura antropologica ha elaborato diverse concezioni al riguardo.

Prima di entrare nel merito, occorre, però, chiarire che cosa si intenda con il termine *biomedico*. Il paradigma biomedico proprio di un approccio scientifico-positivistico alla malattia si caratterizza secondo T. Seppilli in chiave ideologica, ossia come una “sostanziale sottovalutazione del preciso rilievo rivestito dalla soggettività e, in generale, dalla dimensione socio-culturale in tutte le questioni di salute/malattia” (Seppilli, 1996:18). Anche M.T. Tuassig, sollevando il problema sul significato antropologico e sociale degli “oggetti” biologici e fisici così individuato da G. Lukács, sostiene come la medicina occidentale sia parte dell’apparato ideologico di questo ordine sociale e le conseguenti pratiche siano anch’esse ideologiche (Tuassig, 2006). Dal punto di vista dell’appropriazione antropologica del sintomo, se per A.M. Hernáez il modello biomedico “va in cerca di lesioni o disfunzioni psico-fisiologiche, il modello ermeneutico indaga nella direzione delle costruzioni di significati” (Hernáez, 1998:15).

Il termine “biomedicina” in sostanza viene usato nell’ambito dell’antropologia medica per indicare il carattere strettamente biologico, deterministico, “scientifico”, “egemone” della medicina occidentale rispetto al pluralismo delle forme di sapere medico e all’antropologia della *illness* e della *sickness* (Young, 2006).

Ecco perché da più parti e soprattutto nel corso del recente dibattito interno all’antropologia medica viene denunciata l’incapacità del sapere scientifico ad offrire un orizzonte teorico in grado di comprendere ed elaborare l’esperienza di malattia coniugando il livello individuale con il più ampio sistema socio-culturale. Diretta conseguenza è la generale disaffezione nei confronti della medicina scientifica “tanto maggiore in aree che partecipano solo marginalmente dei processi di modernizzazione” (De Micco, 1999:99).

Il concetto di sistema medico introdotto dall’antropologia medica a partire dagli anni settanta del secolo scorso ha, viceversa, svelato la ricchezza e molteplicità delle pratiche terapeutiche “altre” collegate a un sistema simbolico-rappresentativo molto spesso coerente la cui concezione eziologica e di cura della malattia gioca un ruolo fondamentale nel contesto sociale e culturale di riferimento del soggetto e del gruppo.

Secondo V. Lanternari i sistemi medici si legano a una “cosmogonia culturalmente determinata” e sono capaci di attribuire un “senso autentico e ormai mancante nella nostra società alla sofferenza” (Lanternari, 1994: 22).

Per P. Schirripa e C. Zúniga Valle il termine sistema medico rinvia “all’insieme delle rappresentazioni, saperi e pratiche socialmente e culturalmente determinate concernenti le interpretazioni degli stati di malattia e le azioni volte a prevenirle, individuarle, fronteggiarle” (Schirripa e Zúniga Valle, 2000: 210). Questa definizione permette un’analisi comparativa delle molteplici forme di sistema medico esistenti e co-esistenti in un determinato e determinantesi contesto sociale. In altre parole l’insieme delle forme cognitive, esplicative e operative riferite a tali stati.

Una disamina del profilo storico riguardante questo concetto è stata ampiamente affrontata dai due antropologi (Schirripa e Zúniga Valle, 2000: 210-221). Il sistema medico compare già in una serie di monografie etnografiche dei primi decenni del ventesimo secolo che descrivono credenze e pratiche mediche nate, però, all’interno di “cornici teoriche, i cui temi della malattia, sono solo strumenti per la comprensione di altre questioni” (Young, 2006: 110) In particolare si menzionano quelle di W.H.R. Rivers (1924), di F. Clements (1932), G.P. Murdock (1934), E.E. Evans-Pritchard (1976). L’interesse di queste monografie è incentrato su vari aspetti tra cui quelli cognitivi e operativi connessi all’interpretazione e gestione degli stati di malattia nelle culture primitive, oltre che alle pratiche mediche collegate al sistema magico-religioso (Mauss, 1950) e ai rituali terapeutici (Turner, 1967).

Tipologie di sistema medico e pluralismo culturale

G. Foster propone una classificazione dei sistemi medici in base alla variabilità eziologica delle malattie (Foster, 1976) e distingue tra *sistemi medici personalistici*, dove la causa della malattia è attribuita a forze sovranaturali e *sistemi medici naturalistici*, quando la causa è attribuibile a fattori naturali.

M. Augé affrontando il tema della dimensione sociale della malattia, di cui già si è detto precedentemente, critica i sistemi di spiegazione basati sulla distinzione tra causalità naturale e soprannaturale e avanza la proposta di una triplice logica nell’interpretazione sociale della malattia: *la logica delle differenze* relativa a determinati sintomi (caldo, freddo, ecc.) e sostanze (sangue, acqua, sperma, ecc.) che fanno parte di una rete semantica caratterizzata da opposizioni binarie; *la logica dei riferimenti* che rinvia a un disordine biologico e sociale come nel caso di un’aggressione dovuta a stregoneria; *la logica dell’evento* che colma il vuoto esplicativo delle prime due e che consente di tener conto dell’evoluzione del sintomo e delle reazioni sociali ad ogni singolo episodio di malattia e di cura (Augé, 1986: 53).

Un accento alla circolarità eziologica delle malattie nei sistemi medici tradizionali è posto da A. Zempléni, G. Bibeau e N. Sindzingre (1981).

I. Press configura, invece, i sistemi medici come costruzioni culturalmente determinate per cui il momento dell’interpretazione, della prevenzione e della cura delle malattie si colloca all’interno di un paradigma al cui interno si pongono i vari sotto-sistemi (Press, 1980).

B.J. Good confronta, invece, due tipologie di sistema:

- 1) sistema folk corrispondente alle pratiche tradizionali indigene;
- 2) sistema biomedico occidentale fondato sui principi di cura della scienza medica dove le concezioni di salute e malattia discendono dalla costituzione organica e biologica del corpo umano (Good, 1994).

Tali tipologie possono coesistere pur differenziandosi nettamente. Si parla in questo caso di *pluralismo medico*. È opportuno precisare, tuttavia, che tale situazione appare in termini di squilibrio nel momento in cui si osserva il rapporto di egemonia/subalternità che s'instaura tra i diversi sistemi medici.

Questo rapporto è messo significativamente in luce da E.L. Menéndez che sottolinea il rapporto di superiorità della biomedicina la quale possiede il riconoscimento istituzionale e, di conseguenza, tende ad imporre la propria logica e ad escludere gli altri sistemi medici (Menéndez, 1993).

Secondo A. Kleinman ogni società possiede un sistema di cura (*Health care sistem*) che rinvia ad un vero e proprio sistema culturale coerente con altre espressioni culturali come la religione e la lingua caratterizzati da specificità che si distinguono da cultura a cultura. Tale sistema di cura rappresenta concretamente l'insieme delle possibilità terapeutiche sulle quali il malato può fare riferimento per le sue esigenze di salute e si definisce, dunque, come un sistema costituito da tecniche, saperi, ma anche dalle credenze e dai comportamenti assunti individualmente e collettivamente in relazione alla rappresentazione della malattia (Kleinman, 1980). L'antropologo approda, infatti, alla costruzione di un modello dove salute, malattia e guarigione trovano una loro spiegazione nel contesto sociale e fanno parte del sistema culturale di riferimento. In quest'ottica sarebbe possibile attuare una comparazione dei sistemi a livello transculturale (Quaranta, 2006: 6).

In questa prospettiva la malattia viene identificata e affrontata come realtà clinica socialmente costruita e comprende:

1. il *settore popolare* che rappresenta l'universo, le credenze e pratiche terapeutiche condivise nell'ambito della comunità di appartenenza che il malato stesso può utilizzare senza nessun intermediario (Laplantine, 1986);
2. il *settore folk* che riguarda il patrimonio di pochi individui, i guaritori tradizionali riconosciuti tali dalla comunità, ma non dalle istituzioni e dallo stato;
3. il *settore professionale* che è rappresentato dagli operatori professionali della salute riconosciuti e legittimati istituzionalmente.

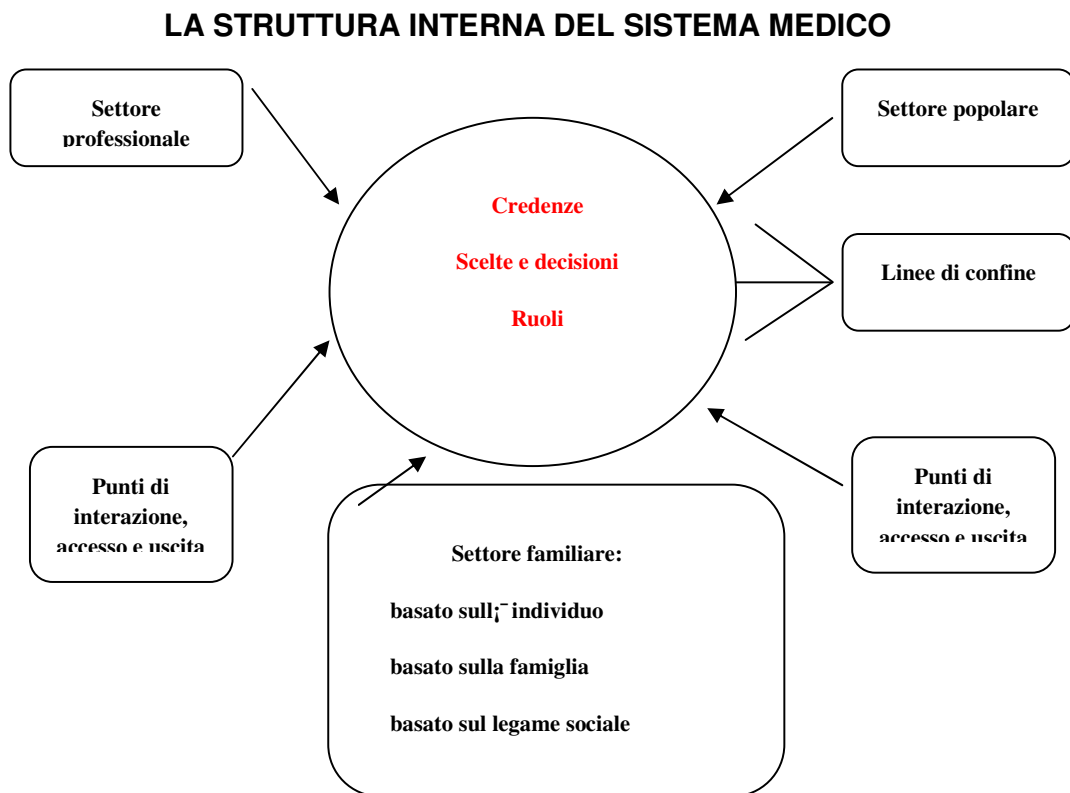
Tali settori non si muovono su linee parallele, ma possono intersecarsi l'uno con l'altro secondo le decisioni del malato che può ricorrere a più di un tipo di risorsa terapeutica.

Ogni sistema medico fondato sia sulla biomedicina che sulla medicina tradizionale, è costituito da un insieme di saperi e di pratiche relativi alla malattia e

alle terapie e da una categoria di operatori che devono rispondere alla domanda di prestazioni da parte degli utenti.

Il percorso terapeutico si configura come quella successione di decisioni e strategie messe in atto dagli individui per fronteggiare gli episodi concreti di malattia. Tali strategie comprendono sia le pratiche sociali finalizzate alla cura, sia le istituzioni, strutture e i servizi per la salute.

Di seguito viene proposta schematicamente la strutturazione interna del sistema medico secondo la prospettiva dell'antropologo.



Cfr. Quaranta, 2006: 10

Negli ultimi due decenni è andato maturando in seno all'antropologia medica un dibattito che ha messo in discussione lo stesso concetto di sistema medico. Una molteplicità di prospettive e ricerche hanno messo in luce l'importanza di alcuni elementi: il *pluralismo medico* delle diverse tradizioni e prassi terapeutiche¹⁸², la centralità del soggetto che sceglie tra differenti sistemi di cura e, infine, la cosiddetta

¹⁸² Sul tema cfr.: Lesile C., 1980, 1992; Lesile C e Young A., 1992; White K, 1977; Cosminsky S. e Scrimshaw M., 1980; Bastien J.W., 1992.

“antropologia critico- interpretativa” cui hanno contribuito diversi orientamenti quali “la fenomenologia, il costruzionismo culturale e il neomarxismo” (Lock e Scheper-Hughes, 2006:151). L’approccio interpretativo si sviluppa in un contesto nel quale i presupposti stessi della biomedicina sono fatti oggetto di studio. Dallo studio delle credenze e pratiche dei sistemi medici alternativi, l’antropologia medica spazia fino a comprendere la conoscenza del corpo, della salute e della malattia come realtà culturalmente condizionate e variabili nel tempo e nello spazio.

M. Last negli anni ’80 in base alle proprie ricerche sul campo, ha sostenuto come il concetto di sistema medico sia una categoria difficilmente riferibile ad altri sistemi terapeutici e come tale non percepita dai pazienti e dagli operatori sanitari (Last, 1981). D. Fassin criticando qualsiasi tentativo di classificazione dei sistemi medici impostato sull’opposizione “tradizionale/moderno”, considera il punto di vista dell’attore e le sue modalità terapeutiche (Fassin D, 1992). R. Poll (1994) significativamente sottolinea il carattere “multiforme e sfumato” nel leggere ogni singolo episodio di malattia nelle terapie tradizionali “determinato dallo scambio dialogico tra il paziente e il terapeuta e dal continuo aggiustamento delle interpretazioni” in funzione del contesto (Schirripa e Zúniga Valle, 2000:218). Infine, J. Benoist avverte opportunamente l’esigenza di analizzare le dimensioni politiche e di potere per comprendere le ragioni del pluralismo medico (Benoist,1996).

Alcuni approcci critico-interpretativi concepiscono addirittura la malattia come un prodotto di resistenza a logiche di potere dominanti come forma di protesta espressa dal soggetto che, attraverso la manifestazione corporea del proprio disagio, “mette in scena la propria indignazione nei confronti dell’ordine sociale” (Quaranta, 2006:XIX). Si attua così all’interno del dibattito antropologico un riposizionamento della soggettività, espressa dal concetto di incorporazione (*embodiment*), per cui il corpo non è solo e solo puramente un prodotto storico-sociale, oggetto di una “plasmazione culturale”, ma è anche produttore di significati e pratiche culturali (Csordas, 1990, 1994).

Il dibattito attuale è incentrato sulla problematizzazione delle categorie concettuali della biomedicina, accusate di essere eccessivamente riduttive e sulle possibilità di apertura e dialogo con i recenti sviluppi dell’antropologia medica.

Malgrado, quindi, l’espansione del sistema biomedico, oggi si registra una difficoltà crescente da parte della medicina ufficiale a garantire al paziente un rapporto personalizzato, unitario, attento alle sue condizioni di vita, al contesto sociale e culturale nel quale è inserito.

Se dalla seconda metà dell’800 sino agli anni ’50 si è registrata una battaglia contro le cosiddette “medicine alternative” a sostegno totale di un processo di difesa della salute sotto il controllo della biomedicina, oggi tende a delinearsi un quadro contrassegnato da multiculturalismi relativi ai saperi medici e da fenomeni di sincretismo culturale.

Le società complesse sono caratterizzate, infatti, da una coesistenza tra il *sistema biomedico ufficiale* - caratteristico delle società occidentali, la cui organizzazione

istituzionale è fondata sugli stessi principi - e i *sistemi medici non ufficiali*, “altri” - istituzionalmente non riconosciuti - ma “praticati” al di fuori del contesto assistenziale e ospedaliero e che in paesi quali, ad esempio, la Cina e l’India, sono fondati su tradizioni mediche locali millenarie. In questi casi si parla appunto di *pluralismo medico* per indicare una complementarietà sostanziale e ufficiale fra diversi sistemi medici (Leslie, 1980).

Il contesto attuale, fortemente contrassegnato da una pluralità di sistemi medici, ufficiali e non, che sussistono all’interno della stessa società, presenta il problema, culturale prima ancora che politico, del confronto e della stabilità di tali sistemi a cui corrispondono differenti modelli interpretativi. Solo per fare un esempio, in Italia - secondo i dati forniti dall’ISTAT- alla fine degli anni ’90, nove milioni di persone si curavano con l’omeopatia, la fitoterapia, l’agopuntura e la chiropratica.

Rispetto al 2000, momento di picco assoluto, successivamente sono diminuite di circa 1 milione le persone che sono ricorse, almeno una volta, ai rimedi omeopatici o ad altre medicine alternative (i dati fanno riferimento al 2005). Un dato interessante registrato dall’indagine ISTAT riguarda il fatto che sono soprattutto le persone in buona salute ad usare in modo esclusivo o prevalente i prodotti omeopatici, mentre la tendenza generale è quella di integrare rimedi omeopatici con farmaci tradizionali¹⁸³.

La molteplicità delle offerte terapeutiche non ufficiali che di fatto convivono e vengono tollerate - seppur faticosamente e non senza vere e proprie ostilità- con il sistema biomedico ufficiale mette in luce i tre protagonisti del confronto: i rappresentanti istituzionali del sistema biomedico; gli operatori o terapeuti non ufficiali e gli utenti (Zúniga Valle, 2000:290).

L’attuale tendenza è quella di un superamento di steccati a favore di un’integrazione tra medici occidentali e operatori di salute locali. Questo processo è ulteriormente attualizzato dalla presenza nella nostra società di pluralismi culturali collegati ai fenomeni migratori. Al riguardo, l’etnopsichiatra R. Beneduce¹⁸⁴ affronta il problema della salute degli immigrati e le difficoltà che essi incontrano nel paese di accoglienza (Beneduce, 1997).

Disparità di accesso e trattamento nei sistemi sanitari

L’assunzione della sistematicità delle correnti migratorie provenienti da numerose aree del mondo comporta inevitabilmente l’assunzione del principio secondo cui tali correnti sono caratterizzate dall’eterogeneità dovuta a peculiarità etniche, culturali, sociali e storico-politiche. A tale eterogeneità deve, quindi,

¹⁸³ I dati riportati dall’indagine ISTAT sono stati desunti da un articolo apparso sul quotidiano “la Repubblica” del 22 agosto 2007. Per ulteriori approfondimenti si può consultare il sito web: www.istat.it.

¹⁸⁴ Direttore del Centro F. Fanon di Torino che fornisce un servizio di consulenza e supporto psicosociale agli immigrati.

corrispondere da parte dei servizi sanitari una risposta diversificata, per quanto possibile, che tenga conto delle diversità culturali, rigettando quegli atteggiamenti di intolleranza, pregiudizio, se non di vera e propria xenofobia che, molto spesso, tendono a cristallizzarsi nella prassi burocratica amministrativa e in quella terapeutica. I sistemi medici possono, quindi, “alimentare e rafforzare le disuguaglianze all’interno di una società” o, viceversa, rappresentare il piano di partenza per combattere le forme di povertà in genere (Stefanini et al., 2006). Nel primo caso le disuguaglianze rispecchiano un’organizzazione sanitaria sempre più polarizzata e stratificata, nel secondo caso, invece, si tratta di ri-orientare il sistema dell’offerta e contestualmente qualificarlo, sviluppando politiche e azioni di prevenzione e promozione della salute a favore di quelle fasce di popolazione più indigenti e che versano in condizioni di estrema povertà.

L’antropologo E.L. Menéndez analizzando gli ambiti di significato della malattia e della sofferenza, sottolinea come questi stati possono essere manifestazioni di determinate condizioni sociali, economico-politiche e processi culturali che operano a livello individuale e sociale (Menéndez, 1993). Nelle società latino-americane, ad esempio, il processo salute/malattia/cura a livello macrosociale è caratterizzato dall’aumento di condizioni di disuguaglianza socioeconomica, espressa dai differenti tassi di mortalità, morbidità, speranza di vita, accesso ai servizi sanitari, ecc. (Menéndez, 1993: 113). Assumere, quindi, il significato socio-culturale della malattia significa riconoscere che tale status è parte strutturale della società, ma anche espressione delle rappresentazioni simboliche specifiche degli attori che cambiano in funzione del contesto culturale e sociale di riferimento. Quella che viene proposta è una “metodologia problematica” in base alla quale le ricerche che vengono condotte a partire dal punto di vista dell’attore devono esplicitare se tale prospettiva “si applica alle rappresentazioni, alle pratiche o ad ambedue le dimensioni” al fine di cogliere eventuali differenze (Menéndez, 1993: 125).

Quale tipo di risposta, di strategia possono, dunque, offrire i servizi sanitari onde evitare meccanismi di rafforzamento delle discriminazioni in genere e favorire, invece, una cultura sanitaria attenta alle alterità?

Una possibile strategia di risposta deve innanzitutto fondarsi su un quadro normativo dove le regole siano certe e chiare per tutti e dove il rispetto della dignità della persona umana siano tutelati da facili riduzionismi stereotipati e pregiudiziali. Ciò significa attuare quella che T. Seppilli chiama “calibrazione socio-culturale” dei servizi sanitari in base alle eterogeneità culturali delle popolazioni immigrate (Seppilli, 2004).

In questa prospettiva andrebbero considerate alcune questioni fondamentali:

- ⇒ quali sono le misure di controllo efficaci in grado di misurare la rispondenza delle cure al bisogno di salute degli immigrati/e?
- ⇒ quali sono i saperi utili per far sì che gli operatori sanitari rispondano al pluralismo simbolico-interpretativo di un’utenza multiculturale?

- ⇒ come mettere in comunicazione la rete di sostegno delle comunità esogene presenti sul territorio con quelle endogene?
- ⇒ quali strategie attuare per far sì che le campagne di prevenzione nazionale raggiungano con successo gli immigrati?

Se - come sembra - cresce esponenzialmente la domanda di salute, ciò significa che i sistemi sanitari devono orientare i loro interventi secondo priorità che non sono solo quelle, seppur importanti, basate sugli indici di mortalità e/o sull'efficienza/efficacia delle prestazioni, ma anche e soprattutto su priorità culturali che attengono alla persona e al contesto entro il quale la stessa esplica il suo percorso terapeutico.

In una società multiculturale quale quella attuale e all'interno dei contesti sanitari questo significa:

- individuare i significati che gli utenti attribuiscono all'esperienza del ricovero, gli orientamenti di valore e gli aspetti critici dello stesso;
- facilitare la comprensione e l'interazione tra pazienti e personale medico e sanitario in genere;
- migliorare la qualità del servizio offerto e delle cure evitando quei meccanismi di estraniamento/esclusione che, purtroppo, ancora oggi sono radicati.

Alla luce di questo scenario, qual è il posto riservato alla soggettività del paziente nella struttura ospedaliera? Quali sono gli elementi per superare le difficoltà di comunicazione che sempre più si registrano tra medico e paziente?

La struttura ospedaliera può essere considerata come un'istituzione che comprende contemporaneamente un'attività, un modello di relazioni sociali, un insieme di costrutti mentali e relative interpretazioni simboliche?

Rispondere a queste domande significa assumere una prospettiva antropologica che partendo dall'attore riconosca l'esistenza di differenziali semantici a livello culturale, della classe sociale, del gruppo etnico e della comunità di riferimento nella consapevolezza di non esprimere un solo punto di vista.

Medicalizzazione e spersonalizzazione del paziente

Il processo che va sotto il termine di medicalizzazione porta con sé una serie di conseguenze che I. Illich definisce "iatrogenesi culturale". Con tale definizione si fa riferimento a quell'aspetto del processo di medicalizzazione che porta ad una dipendenza totale delle persone dalla medicina mediante la perdita di una cultura di autogestione della propria salute, di autonomia, di autoresponsabilizzazione che è un patrimonio appartenente a ogni cultura e a ogni civiltà (Illich, 1977).

Il malato viene sistematicamente ri-oggettivato e ridotto a semplice organo agli occhi della medicina. Una malattia che diventa, come acutamente osserva F. Ongaro

Basaglia, la condizione di sopravvivenza della medicina stessa, perdendo così di vista in generale la sua valenza storico-sociale e culturale. L'essere umano in questo modo viene ridotto a corpo e più precisamente un "corpo senza storia" separato dalle sue condizioni di vita (Ongaro Basaglia, 1982).

Il soggetto della sofferenza viene rappresentato come il luogo della malattia piuttosto che come l'"io narrante" (Good, 1994). Ne consegue: la perdita di status e di identità personale; la trasformazione in un "numero di letto"; la violazione della propria intimità; la scarsa e frammentaria informazione nei riguardi della propria malattia e del suo percorso terapeutico; le difficoltà di comunicazione con il personale medico e paramedico; il ricorso all'autocura intesa quale scelta che l'individuo compie, sotto la propria responsabilità, di seguire un cammino terapeutico piuttosto che un altro (Parodi, 2002).

L'obiettivo è quello di recuperare, quindi, la capacità di personalizzazione del rapporto medico-paziente che deve allargarsi all'orizzonte di riferimento sociale in cui il malato è culturalmente inserito, recuperando una sufficiente conoscenza dei significati, dei valori e degli orizzonti di riferimento culturali e materiali che danno senso al suo stile di vita, al suo atteggiamento verso la salute e la malattia in relazione alle "attese" che motivano il rapporto con il medico (Seppilli, 1996).

Il problema è centrale: si tratta di rimettere in comunicazione due culture che oggi sempre più spesso non dialogano, quella del paziente, della sua famiglia e del suo ambiente sociale e quella delle strutture sanitarie.

Entrambe le culture pur avendo al centro lo stesso problema, (quello del recupero della salute) per quel che riguarda le modalità, le priorità e i sistemi organizzativi di risposta spesso non comunicano a sufficienza.

Si realizzano, infatti, una distorsione comunicativa e vere e proprie barriere prodotte da specifiche e reciproche diffidenze, dissonanze cognitive, eterogeneità di motivazioni, valori, priorità.

Le strutture sanitarie tendono ad attestarsi ad uno stretto biologismo, scartando e sottovalutando tutto l'aspetto culturale soggettivo. Va, infine, recuperata la soggettività del paziente intendendo con tale espressione l'esperienza soggettiva della persona malata e recuperando quella che M. Pandolfi chiama "grammatica narrativa", ossia l'importanza della narrazione del vissuto di malattia come parte integrante del processo di guarigione. (Pandolfi, 1996).

Il problema della concettualizzazione dell'universo malattia e dei significati simbolici connessi, nonché, delle modalità di introiezione e interpretazione degli stessi forniti dal soggetto e dal contesto familiare, sociale, medico e paramedico è di centrale importanza nell'analisi antropologica. Per molti, infatti, il ricordo della malattia è una sequenza di incontri e dialoghi infiniti con i medici e nel complesso con le istituzioni preposte alla cura della malattia. I soggetti costruiscono degli specifici modelli esplicativi attorno all'episodio di malattia al fine di spiegarne l'eziologia e il decorso (Kleinman, 1980).

Narrare la malattia vuol dire contestualizzarla, rivivere e ricostruire secondo nuove modalità un'esperienza di vita culturalmente "forte" e con ricadute, psicologiche ed emotive spesso dolorose. Tuttavia, tale ricostruzione che si esplica nella narrazione e nell'ascolto non è riducibile ad una pura trasmissione di informazioni (Calmieri, 1999), ma fa parte di un contesto più ampio in cui entrano in gioco familiari, amici, conoscenti, medici e operatori sanitari in genere.

Dinnanzi alla molteplicità delle esperienze individuali, dei significati e delle pratiche connesse all'esperienza malattia, l'antropologia medica ha avuto il merito di svelare le insidie connesse al linguaggio.

La comunicazione tra medico e malato

Da sempre la comunicazione ha svolto un ruolo importante in medicina. La parola del medico così come quella dell'infermiere è alla base del rapporto con il paziente e i suoi familiari. Non è un caso che in Italia, ma anche in altri contesti internazionali, vadano moltiplicandosi corsi ed iniziative volte a migliorare la comunicazione medico-paziente.

Nello studio della comunicazione medico-paziente è di fondamentale importanza considerare il fatto che in essa sono presenti, esplicitamente o implicitamente, forme di interpretazione e rappresentazione simbolica della realtà a cui corrispondono altrettante modalità di costruzione del corpo e della persona, di concezioni della salute e della malattia, della vita e della morte, del dolore, della cura, di sentimenti e di emozioni che differiscono e influenzano, ad esempio, la comunicazione di una diagnosi o di una prognosi (Pizza, 2005; Farmer, 1999). L'antropologa statunitense D. Gordon nelle sue ricerche fatte anche in Italia sulle modalità di comunicazione di una diagnosi infausta quale, ad es., il cancro, ha significativamente messo in luce il significato culturale che si cela dietro l'atteggiamento dei medici nel comunicare o meno questa notizia. Questo significato agisce non solo "nelle convinzioni ideologiche e negli assunti culturali, ma anche sul piano sentimentale, nella concreta pratica esistenziale" dei soggetti coinvolti nell'evento (medico, paziente, familiari) (Pizza, 2005: 140)

La vera sfida da vincere è quella di una migliore comunicazione tra il medico, il paziente e i familiari. È questa una delle strade da percorrere per arginare quello che ormai viene definito dai giornali il "*doctor hopping*", ossia la migrazione del paziente da un medico all'altro alla ricerca di un medico che sappia ascoltare.

Comunicare non è solo parlare, informare, ma creare un'alleanza terapeutica che dura nel tempo. «*Metà dell'effetto dei medici non sono i farmaci, ma come questi si rapportano agli altri*». Questo lo diceva S. Freud nel 1890. Porre il problema della mediazione psico-culturale nel rapporto medico-paziente è una questione cruciale alla luce, soprattutto della crescente difficoltà che si registra oggi nell'accesso alle strutture

sanitarie. Sarebbe, quindi, auspicabile usare, per quanto possibile, un linguaggio chiaro e semplice.

Comunicazione e informazione nelle strutture sanitarie

Difficoltà di comunicazione e di informazione avvengono altresì nell'incontro con gli operatori degli sportelli e con il personale sanitario in genere. La scarsa attenzione verso il malato è fonte di conflitti tra i familiari che in questo caso svolgono una funzione di intermediari tra il malato e la struttura sanitaria, caricandosi del peso che la situazione comporta.

Una comunicazione individualizzata, così come dovrebbe essere nel rapporto medico-paziente è sinonimo di una sanità individualizzata, sempre più richiesta a livello sociale, capace di intercettare la domanda di salute della popolazione attraverso la proposta di orari, procedure, protocolli, organizzazioni più flessibili e modellati sui bisogni dei malati e loro congiunti. Modalità queste che si pongono con lo specifico obiettivo di ridurre quella *distanza culturale* presente a vari livelli.

Non è un caso che, ad es., alla Columbia University di New York esiste da alcuni anni un programma di medicina narrativa che vede i clinici accostarsi a testi in cui i protagonisti sono malati e malattie (da la *Morte di Ivan Il'ic* di Lev Tolstoj alla *Montagna Incantata* di Thomas Mann). Il personale sanitario si allena, inoltre, a scrivere storie di pazienti, andando oltre ai dettagli delle cartelle cliniche. Anche all'Università di Firenze esistono corsi di medicina narrativa. Questo fiorire di corsi esprime una sentita esigenza di preparare i medici al rapporto con i pazienti e recuperare una capacità, quella di ascolto e di relazionalità che, purtroppo, è stata e, spesso, viene ancora dimenticata. Tale relazionalità implica una modalità di approccio del medico al paziente e al familiare che deve essere impostata secondo criteri di *reciprocità*.

Mi sembra opportuno a questo punto richiamare l'attenzione sul concetto di *spazio dell'informazione* nella relazione medico-paziente. Si tratta di uno spazio protetto, ma dedicato al paziente. Tuttavia, secondo Bangerie: "*nous sommes dans un climat assez médiocre*", invasi da un contesto inflazionato di procedure giuridiche a cui bisogna aggiungere la "*psychose sécuritaire*" che influisce molto sui medici informatori, suscitando da parte dei colleghi delle reazioni negative, consistenti nel non prendere delle decisioni di comune accordo con il paziente. Tutto ciò non può che condurre a un "*mauvais résultat*". Nell'informare vi sono, però, alcune resistenze tra le quali, ad es., la difficoltà per i medici di valutare e precisare i rischi dei trattamenti prescritti e di dare ai familiari un'informazione basata su una solida conoscenza. Segno questo di un bisogno di chiarezza e di trasparenza che spesso manca nella comunicazione tra medico e paziente e che ormai è diventato un impegno inderogabile al quale tutti gli operatori sanitari sono chiamati.

Limiti e distorsioni dell'attuale struttura e cultura ospedaliera

Oggi emergono sempre più con forza altri aspetti che delineano le criticità della realtà ospedaliera. Tali aspetti sono identificabili in una iperburocratizzazione che si sostanzia in una somma di regole e norme che hanno l'effetto di traumatizzare e spersonalizzare il malato.

L'accento, infatti, è posto più sul corpus delle tecniche della guarigione e del sapere medico a scapito della soggettività del malato, con la conseguenza di una iperspecializzazione che contribuisce a “rompere” la sua unità esistenziale.

Se da una parte è vero che i progressi scientifici e tecnologici registrati negli ultimi venti anni hanno notevolmente migliorato i processi di diagnosi, prevenzione e cura delle malattie, influenzando positivamente sulla speranza di vita e sulla qualità di vita della popolazione, emergono, tuttavia, dall'altra, segnali di un diffuso malcontento da parte dell'utenza. L'ospedale diventa spesso un luogo di “parcheggio” del paziente; il malato rischia di scomparire sopraffatto dalla eccessiva parcellizzazione e ridondanza delle informazioni.

La competizione del mercato in campo sanitario ha, inoltre, provocato la crescita dei consumi e l'esplosione dei costi (Zanardi, 2004). Oggi sono molte le preoccupazioni legate non tanto alla qualità delle prestazioni, quanto all'accesso ai servizi. Emergono, infatti, problemi legati, ad es., a lunghe liste di attesa.

All'interno della struttura ospedaliera si verifica uno scollamento tra corpo e psiche e tra medico e paziente. Tale scollamento, conseguenza di quei fenomeni di specializzazione e tecnologizzazione dell'evento malattia cui si è fatto cenno sopra, è da ricondurre, secondo A. Parodi, a tre fattori:

- a) sfiducia nella medicina scientifica considerata “punitiva perché anonima e invasiva”,
- b) necessità di un “ritorno alla natura”;
- c) aspirazione di vita ad una relazione più empatica e personalizzata con il terapeuta (Parodi, 2002).

Nell'ospedale si accentua sempre più la perdita di status e di identità personale. Il paziente che, infatti, entra nell'ospedale vive una sorta di rito di passaggio: da persona sana, diventa persona malata, con la prospettiva di ritornare nuovamente persona sana, a prezzo di lasciare alle spalle la sua vita “normale” e di entrare in uno stato liminale caratterizzato da vulnerabilità e pericolo che riguarda sia la sua condizione fisica che quella sociale e simbolica (Van Gennep, 1909).

La cultura ospedaliera è parte della cultura della società e ne interpreta gli orientamenti nei confronti della salute. Elemento distintivo e fondante di tale cultura è la razionalità scientifica che si traduce in una sorta di “neutralità affettiva” (Parsons, 1951) che ben si coniuga con una cultura ospedaliera che si propone come impersonale, sia nelle modalità di relazione con il soggetto che negli aspetti materiali.

Il primo impatto che il malato ha, infatti, con la struttura ospedaliera riguarda il momento dell'accettazione: il rapporto con il personale amministrativo e con gli operatori sanitari in genere, è volto all'attivazione di procedure burocratico-formali, mentre il rapporto con il personale medico si caratterizza in termini di smarrimento, perdita, solitudine. Atteggiamenti di tipo paternalistico e/o scortesi, se non addirittura ostili sono una diretta espressione di una cultura medica "autoritaria".

L'ospedalizzazione spesso crea, quindi, spaesamento, una "parentesi nella vita". Le persone chiedono a volte solo di essere informate con cortesia e con l'uso di una terminologia comprensibile. I pazienti, ma anche i familiari, hanno la sensazione di dipendere da decisioni altrui che vengono prese senza essere adeguatamente informati e coinvolti. Paradossalmente è proprio a questo primario livello, l' "accettazione", che già si può verificare quel distacco tra paziente e/o familiare e il sistema ospedaliero in genere.

L'ospedale è un luogo artificiale in cui la malattia trapiantata rischia di perdere il suo volto essenziale. Il malato, allontanato dalla famiglia, perde il sostegno affettivo e psicologico che può concorrere ad aiutare a sconfiggere il male traducendosi, come afferma M. Foucault, in una "solitudine popolata" che non di rado incide significativamente sul decorso della malattia (Foucault, 1975).

Lo storico P. Ariès sottolinea tale aspetto e parla di una difficoltà di esternazione del dolore all'interno della struttura ospedaliera. Malattia, dolore e morte sono state progressivamente sottratte alla sfera individuale, familiare e sociale e confinate nell'ospedale. A partire dalla seconda metà del '900 si assiste alla "tabuizzazione" della morte (Ariès, 1977).

Si può, dunque, dire che la scienza medica dal secolo XIX ad oggi segue una traiettoria che tende a separarsi sempre di più dall'uomo a favore di una tecnicizzazione che si preoccupa di curare il sintomo localizzato in un corpo sempre più spersonalizzato, perdendo la visione olistica della malattia (Ongaro Basaglia, 1982).

Umanizzare l'ospedale

Il problema di "umanizzare" l'ospedale, si traduce nello spazio di operare un suo riposizionamento a luogo di recupero della salute, quale si incrociano diverse "culture" che rinviano alle tematiche dell'unicità del valore della persona e al riconoscimento dei suoi bisogni fisici, ma anche, psicologici, comunicativi e sociali. Il paziente è, infatti, un punto di snodo imprescindibile del processo terapeutico del quale non si può fare a meno. Titolare di doveri e di diritti, ma in particolare, di un diritto fondamentale: quello di partecipazione all'intero processo di guarigione.

L'ospedale è un luogo di cultura nel quale vi sono soggetti che agiscono attraverso un processo comunicativo fatto di simboli e significati. Così come le culture – secondo C. Geertz - rappresentano il frutto di un processo di contaminazione da

parte di altre culture, così nell'ospedale, *mutata mutandis*, si possono ritrovare diverse appartenenze culturali in termini di valori e orientamenti che vengono quotidianamente agiti da pazienti, familiari ed operatori (Geertz, 1987).

L'interazione, dunque, tra gli individui determina "l'invenzione" di una specifica "cultura" pratica e simbolica fatta sì di leggi, ma anche e soprattutto, di un accordo tra individui (Wagner, 1992).

L'ospedale si configura principalmente per due aspetti importanti e al contempo contraddittori:

- a) luogo di cura dove il malato viene seguito dall'équipe medico-chirurgica e dagli operatori sanitari
- b) luogo del disagio dove viene sperimentata una condizione di marginalità e solitudine da parte del paziente.

Il problema della comunicazione diventa allora decisivo: i protocolli terapeutici da seguire spesso non vengono compresi dalla persona malata, né tanto meno dai suoi familiari, e in questo caso si ha timore, quasi "reverenziale", nell'affermare: "Scusi non ho capito". Tale situazione è aggravata dal fatto che quando il malato entra nella struttura ospedaliera non ha più il sostegno della propria comunità.

Talvolta, inoltre, non conoscere quanto tempo si dovrà restare ricoverati può essere fonte di ulteriore disagio.

In conclusione, gli ospedali non sono solo luoghi di cura, ma anche luoghi di generazione di conoscenza, anche molto "sofisticata", di sperimentazione (si pensi, solo per fare un esempio agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, o ai più importanti poli di eccellenza a livello nazionale e internazionale). In questo tipo di ospedali il paziente riceve terapie all'avanguardia della sperimentazione clinica; è questa un'opportunità e una risorsa preziosa che il Servizio Sanitario Nazionale Italiano ancora mette a disposizione di quanti vogliano usufruirne. Purtroppo spesso manca la consapevolezza da parte del paziente e dei familiari di queste opportunità perché esiste un problema di comunicazione e di capacità di trasferimento e condivisione di questo "sapere" da parte del sistema biomedico. Il corto circuito della comunicazione, purtroppo, non si verifica solo a livello relazionale (rapporto medico-paziente) come più volte sottolineato, ma anche a livello sistemico (tra paziente e sistema biomedico). Per superarlo occorre allargare la comunicazione scientifica ai pazienti, tenendo conto delle specificità e differenze culturali e sociali di chi non può comprendere un linguaggio spesso troppo tecnico.

Verso una nuova concezione della salute e della cultura sanitaria: dalla Conferenza di Alma Ata alla Carta di Bangkok

Ogni società e cultura opera un'interpretazione delle cause della malattia elaborando al contempo saperi e pratiche specifiche con lo scopo di prevenire, curare e ristabilire il pregresso stato di salute.

Oggi l'attenzione è sempre più rivolta ai progressi scientifici della medicina in campo tecnologico, trascurando, però, la contemporanea diffusione della medicina "tradizionale", "alternativa" a cui sempre più spesso fa ricorso la popolazione mondiale, "stanca" e sfiduciata per un rapporto ormai "asettico" e spersonalizzato con il personale medico e paramedico e con le strutture sanitarie in genere. Le motivazioni per cui i cittadini e le cittadine ricorrono alle cosiddette prassi terapeutiche alternative consistono altresì in una migliore qualità e in una maggiore umanizzazione delle prestazioni di cura.

L'appartenenza ad un orizzonte di riferimento culturale specifico di una società determina il proprio modo di sentire il corpo e di sperimentare il dolore e la sofferenza, di interpretarla e di far fronte allo stato di malessere ricorrendo a pratiche alternative e/o a un sincretismo terapeutico che fa ricorso anche al sistema biomedico ufficiale.

La tradizione terapeutica occidentale è in crisi e non tenere conto da parte del sistema biomedico delle diversità culturali e delle diverse concezioni della malattia e delle sue cause rischia di ridurre la qualità e l'efficienza del servizio offerto dal sistema sanitario pubblico.

Gli studi sulle medicine tradizionali hanno messo in luce la diversità tra sistema tradizionale e sistema biomedico riguardo due questioni fondamentali:

- a) la concezione e l'interpretazione della malattia e delle sue cause;
- b) l'impostazione dal punto di vista teorico-cognitivo delle modalità di risoluzione dell'evento patologico rispetto al sistema biomedico.

I sistemi di interpretazione della malattia, dunque, come rilevato da M. Augé "sono gestiti all'occasione da specialisti ma in linea di massima conosciuti, o quanto meno riconosciuti da tutti, fanno di ogni disordine biologico il sintomo di un disordine sociale" (Augé, 1986:33).

Nei sistemi tradizionali non è possibile, quindi, scindere la malattia, concepita sempre come evento causale, dal complesso sistema valoriale proprio dell'individuo (Lanternari, 1994). Spesso, infatti, la spiegazione del male risiede in cause di ordine "morale" (Schirripa, 2002).

La malattia non è, quindi, un evento puramente organico, ma in essa trova espressione il sistema culturale di riferimento individuale (con il proprio apparato di significati cognitivi, simbolici ed espressivi) e sociale, di per sé sempre dinamico e processuale.

In tale scenario, oggi si afferma una nuova *cultura sanitaria* di cui fanno parte anche le modalità attraverso le quali la società informa i suoi membri circa lo stato di salute-malattia, le modalità di prevenzione e di cura. Cultura sanitaria che si fonda su un nuovo concetto di salute intesa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità non solo come assenza di malattia, ma come “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale” (OMS, 1946). Si intende, quindi, per salute una concezione dinamica e multidimensionale: «la capacità della persona di adattarsi, di rispondere o controllare le sfide e i cambiamenti della vita»,(OMS, 1984).

Viene così abbandonato il concetto negativo di salute come assenza di malattia; si afferma l'esigenza di curare le persone e non solo la malattia ; si supera la condizione puramente biologica dei fenomeni morbosi; vi è un esplicito richiamo alla responsabilità personale; si profila un concetto dinamico di salute come equilibrio fra individuo e ambiente (interno-biologico, naturale-sociale, culturale).

La salute è una “condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale” (Seppilli 1996).

Lo stato di salute è quindi, inscindibilmente legato alla possibilità per l'individuo di realizzare le proprie potenzialità in un contesto in cui fattori ambientali, economici, sociali siano corrispondenti alle aspettative del singolo. A tale concezione della salute si sovrappone un altro concetto, quello di qualità della vita, parametro fondamentale per l'organizzazione dei servizi sanitari e che riflette la percezione che le persone hanno del livello di soddisfazione dei propri bisogni.

L'analisi della documentazione internazionale e nazionale parte dalla constatazione di un aspetto prioritario: accanto agli indicatori di salute che generalmente compongono il “profilo di salute” di una determinata popolazione (indicatori epidemiologici, socio-sanitari, socio-economici, ambientali, stili di vita), negli ultimi anni un'attenzione particolare è sempre più rivolta verso i fattori culturali.

Il concetto di salute è multidimensionale così come quello di cultura intesa come prodotto sociale distintivo di un determinato gruppo umano, un patrimonio che viene trasmesso e si evolve nel tempo. A livello sociale operano e si intersecano il livello biologico e quello dell'organizzazione sociale.

L'analisi della documentazione nazionale e internazionale in materia sanitaria risponde anche ad un'esigenza fondamentale: quali strumenti interpretativi e operativi vengono offerti dall'antropologia medica agli operatori sanitari?

Capisaldi dell'affermazione del nuovo concetto di salute e di promozione della salute sono:

- la Dichiarazione di Alma Ata (1978);
- la Carta di Ottawa (1986);
- la Conferenza di Adelaide (1988);
- la Dichiarazione di Sundsvall (1991);

- la Dichiarazione di Copenaghen (1994);
- la Dichiarazione di Jakarta (1997);
- *Health 21*: la Salute per tutti nel 21° secolo (1998);
- La carta di Bangkok (2005)¹⁸⁵.

La Conferenza di Alma Ata

La Conferenza di *Alma Ata* ribadisce con forza il concetto di salute nella sua nuova accezione mentale, sociale, culturale e ambientale. L'enorme disparità esistente nello stato di salute delle persone e, particolarmente, tra paesi sviluppati e non, impone un "Nuovo ordine Economico Internazionale" in grado di ridurre tale divario nel rispetto e nella tutela del diritto alla salute quale diritto umano fondamentale. Se i governi sono responsabili della salute dei cittadini e delle cittadine, ciò comporta anche un impegno nel garantire l'assistenza primaria come parte integrante del sistema sanitario di un paese. Tutti gli operatori sanitari, le comunità locali e nazionali disponibili sono impegnate nella promozione e nella garanzia dell'assistenza primaria.

La Carta di Ottawa

La Carta di *Ottawa* è tutta incentrata sul concetto di "promozione della salute" intesa quale processo volto ad assicurare alle popolazioni i mezzi per controllare e migliorare il proprio stato di salute. Promuovere salute significa costruire una politica di tutela, creare ambienti favorevoli, rafforzare l'azione della comunità "per renderla veramente padrona e arbitra delle sue aspirazioni", sviluppare capacità personali fornendo informazione e formazione sulle principali problematiche della salute, riorientare i servizi sanitari rispondendo ad esigenze che non sono solo quelle di fornire servizi clinici e di cura, ma anche e soprattutto servizi culturali, "rispondendo al bisogno individuale e comunitario di una vita più sana".

La Conferenza di Adelaide

La Conferenza di *Adelaide* sulla politica pubblica per la salute ha proseguito nella direzione tracciata nei documenti precedenti e, forte della partecipazione ai lavori di rappresentanti di 24 paesi, ha individuato le strategie d'azione per la concretizzazione di tale politica. Lo scopo principale di una politica pubblica della

¹⁸⁵

Cfr. in Appendice la documentazione.

salute “è quello di creare un ambiente favorevole che metta in grado le persone di condurre una vita sana”. La Conferenza ribadisce il valore della salute quale diritto inalienabile e investimento sociale e invita i governi a ridurre le disuguaglianze esistenti nella società a livello nazionale, regionale e locale. La Conferenza ha individuato quattro aree di azione per lo sviluppo della politica pubblica per la salute:

1. la salute delle donne;
2. cibo e alimentazione;
3. tabacco e alcool;
4. ambienti favorevoli.

La Dichiarazione di Sundsvall

La Dichiarazione di *Sundsvall* sugli ambienti favorevoli alla salute definisce, distinguendo in questo tra aspetti fisici e sociali, ambiente il “luogo dove le persone vivono, la loro comunità locale, la loro casa, dove lavorano e si divertono”. In questa prospettiva, l’azione mirata a creare ambienti favorevoli, diviene multidimensionale investendo il piano fisico, sociale, economico e politico. La Conferenza ha messo in luce quattro caratteristiche degli ambienti favorevoli:

1. la dimensione sociale che comprende valori, norme, usanze che influenzano la salute;
2. la dimensione politica che impone ai governi la garanzia di una partecipazione democratica ai processi decisionali;
3. la dimensione economica che richiede una riallocazione delle risorse e uno sviluppo sostenibile;
4. il riconoscimento al genere femminile della specificità delle sue capacità e conoscenze che devono essere utilizzate.

Vengono, infine, individuate quattro strategie d’azione che riflettono i due principi fondamentali dell’equità e dell’interdipendenza.

La Dichiarazione di Copenaghen

La Dichiarazione di *Copenaghen*, presentata al Comitato Permanente del Comitato Regionale per l’Europa dell’OMS, impegna solennemente i governi a migliorare le azioni in favore della salute dando un sostegno preferenziale ai gruppi a rischio all’interno dei vari paesi. Viene ribadito il sostegno a molteplici livelli che comprendono tanto i paesi dell’Europa Centrale ed Orientale, quanto le vittime dei conflitti armati e dei disastri ecologici provocati dall’uomo.

La Dichiarazione di Jakarta

La Dichiarazione di Jakarta coniuga la promozione con la tutela della salute individuando ciò che le determina. La Dichiarazione descrive il punto centrale della promozione della salute nel prossimo secolo. Importante è il richiamo ai prerequisiti della salute che sono la pace, una casa, l'istruzione, la sicurezza sociale, le relazioni sociali, il cibo, il reddito, maggiori poteri alle donne, la giustizia sociale nel rispetto dei diritti umani e dell'equità. Viene riconosciuto che l'urbanizzazione, l'anzianità della popolazione, la prevalenza delle malattie croniche, gli stili di vita sempre più sedentari, l'abuso di sostanze psicotrope e dell'alcool, la violenza, ecc., minacciano seriamente la salute individuale e collettiva.

Health 21: la Salute per tutti nel 21° secolo

Health 21: la Salute per tutti nel 21° secolo fissa *due* obiettivi principali: a) promozione e protezione della salute; b) riduzione dell'incidenza delle malattie e delle lesioni principali che causano sofferenza. Evidenzia *tre* valori: a) salute come diritto umano fondamentale; b) equità e solidarietà all'interno delle nazioni e fra gli abitanti; c) partecipazione responsabilità da parte di individui, gruppi, istituzioni e comunità. Fissa, infine, le priorità in materia di salute nei seguenti quattro punti:

1. promuovere la responsabilità sociale per la salute;
2. aumentare gli investimenti per lo sviluppo della salute;
3. aumentare le capacità della comunità; attribuire maggiori poteri all'individuo.

La Carta di Bangkok

La *Carta di Bangkok* prende in considerazione e integra i valori, i principi e le strategie d'azione della promozione della salute stabilite dalla Carta di Ottawa dalle raccomandazioni derivate dalle successive Conferenze mondiali sulla promozione della salute. Tutti gli operatori di qualsiasi livello (individuale /collettivo, pubblico/privato), i governi locali e internazionali sono chiamati in causa per raggiungere gli obiettivi di salute.

La promozione della salute è basata su un diritto umano fondamentale: il godimento dei più alti standards di salute. Le parole chiave per comprendere il concetto di promozione della salute sono:

- processualità: è un processo che mette in grado gli individui di agire sui determinanti della salute, di controllarli e di migliorare lo stesso stato di salute;

- funzionalità: è una funzione centrale della sanità pubblica per contrastare le malattie;
- investimento: in grado di ridurre le disparità di salute e di genere.

Nella Carta viene più volte ribadito che recenti fenomeni di progressiva precarizzazione del lavoro, di degrado ambientale, di pauperizzazione dei ceti medi – per non parlare dei ceti che già partono da livelli di estrema povertà- certo non hanno favorito, in termini di uguaglianze, condizioni di salute migliori per le popolazioni. Tuttavia, è nella globalizzazione – a patto, però, di meccanismi efficienti di controllo - che i processi di promozione della salute possono trovare concreta applicazione attraverso precisi impegni quali ad esempio:

- rendere la promozione della salute un punto centrale nell'agenda dello sviluppo mondiale;
- rendere la promozione della salute una responsabilità centrale per tutti i governi;
- rendere la promozione della salute un argomento centrale per le comunità e la società civile;
- rendere la promozione della salute un elemento centrale nelle buone pratiche delle organizzazioni.

Eppure tra le righe della Carta emerge esplicita un'amarezza di fondo: la mancanza di implementazione da parte dei governi locali e mondiali su precise strategie d'azione per la promozione della salute. Dalla Carta di Ottawa molte sono state le risoluzioni e dichiarazioni, ma nel concreto poche le azioni. Un destino che accomuna il diritto universale alla salute a quello di altri diritti umani fondamentali. Non ci può essere uguaglianza nella salute se prima non vengono sostanzialmente eliminate quelle forme di esclusione sociale che di fatto impediscono l'accesso anche solo ai servizi sanitari di base. Non si tratta solo di compiere azioni a livello politico – seppure fondamentali -, bensì di creare una coscienza culturalmente orientata verso la salute.

L'analisi della documentazione evidenzia la faticosa, ma progressiva definizione e affermazione di una *nuova cultura sanitaria*. Contro i rischi di una eccessiva industrializzazione e medicalizzazione della salute a scapito dei suoi contenuti culturali e olistici, lo sviluppo di una *salute pubblica* è stata ed è la vera posta in gioco delle politiche sanitarie e tale cultura non può non passare che attraverso un sistema centrato sul soggetto. Oggi da più parti ci si è resi conto che la settorializzazione e la specializzazione che si è venuta a creare a livello teorico-scientifico, così come nella pratica clinica, necessita di una maggiore coerenza. L'evoluzione rapida delle tecnologie si scontra inevitabilmente con le nozioni classiche legate, ad esempio, all'organizzazione e gestione delle cure, alle risorse messe a disposizione, alle concezioni tradizionali legate alla nascita, alla morte, ecc.

La società contemporanea è in continuo movimento così come i soggetti e forse non vi è altra soluzione se non quella di adattare e contestualizzare le proprie conoscenze e saperi con questi movimenti, ponendo al centro della scena l'opzione antropologica: la centralità del soggetto e dei suoi bisogni.

Capitolo Secondo

Riabilitazione e reinserimento sociale del traumatizzato cranico: La prospettiva socio-antropologica¹⁸⁶

(E. Longo¹⁻², R. Formisano¹⁾)

I.R.C.C.S., Fondazione Santa Lucia, Roma

Istituto Superiore di Sanità, Roma

Premessa

Il trauma cranico grave rappresenta una delle principali cause di disabilità a lungo termine nei giovani (15-35 anni), in una popolazione produttiva con lunga speranza di vita con un'incidenza di 15.000-30.000 nuovi disabili ogni anno (Jennett et al., 1990).

Fonti dell'OMS e dell'Istituto Superiore di Sanità segnalano come nei Paesi in via di sviluppo i traumi della strada - viste le migliorate condizioni economiche che permettono l'acquisto di veicoli e conseguentemente l'aumento del traffico circolante su strada - siano destinati inevitabilmente a crescere.

Il percorso riabilitativo del trauma cranico grave è spesso complesso e prolungato, per la necessità di un intervento precoce e interdisciplinare, dalla Terapia Intensiva alla Riabilitazione, fino alla ridomiciliazione (Formisano et al., 2001).

Le difficoltà di reinserimento sociale sono prevalentemente determinate dai disturbi cognitivi e comportamentali (Jennett, 1981), anche se studi più recenti hanno dimostrato che l'associazione dei deficit motori può ulteriormente compromettere il reinserimento lavorativo e la partecipazione alla vita sociale di questi soggetti (Greenspan, 1996).

È noto che le conseguenze del trauma cranico non riguardano soltanto il paziente che ne è affetto ma il suo intero nucleo familiare (Lezak, 1988), che spesso percepisce i cambiamenti della vita del paziente in maniera più sofferta (Koskinen, 1998).

¹⁸⁶ Pubblicato nel volume: F. Taggi e P. Marturano (a cura di), *Salute e sicurezza stradale: l'onda lunga del trauma...prima, durante, dopo, poi... e poi ancora*, C.A.F.I. Editore, Roma Marzo 2007, pp. 393-402.

L'attenzione crescente degli organismi internazionali, allarmati per l'elevata mortalità e morbilità del trauma cranico, ha visto e vede impegnati in Italia le istituzioni, le associazioni, gli operatori del settore e a livello di prevenzione, il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, che nel 2000 ha inserito negli Indirizzi generali e linee guida di attuazione del Piano Nazionale della Sicurezza Stradale (P.N.S.S.) un esplicito richiamo al *“miglioramento degli interventi nel campo della traumatologia”* tra le azioni prioritarie nel campo sanitario. L'azione sanitaria è esplicitamente indicata sia per la razionalizzazione degli interventi di riabilitazione, sia per quanto riguarda i protocolli per il trattamento di traumi (PNSS, 2000: punto 3.4.4.3, 3.4.4.4.).

Queste azioni si inseriscono in un quadro dove le parole prevenzione, riabilitazione e reinserimento acquistano un significato specifico all'interno di un mutato contesto culturale e sociale dove paziente, famiglia, strutture e personale sanitario, centri di assistenza e mondo dell'associazionismo in genere diventano gli attori principali di un processo, che si caratterizza in termini di reciprocità e interdipendenza.

L'universo variegato di questa problematica si riflette inevitabilmente sulla prospettiva teorica che in questa sede s'intende proporre: quella di un'analisi sociale e culturale riguardante il reinserimento sociale del traumatizzato cranico. Così come tra riabilitazione e reinserimento, ossia tra un “pre” e un “post” esiste un rapporto circolare tale che dall'uno inevitabilmente si rinvia all'altro, così tra sociale e culturale sussiste un rapporto osmotico, un linguaggio comune riferito ad una realtà dove il reinserimento del soggetto passa attraverso specifiche azioni incentrate su:

- a) il paziente;
- b) il contesto familiare, amicale;
- c) il contesto sociale, culturale, professionale e di vita;
- d) la qualità di vita
- e) il pregiudizio

Parlare di re-inserimento e conseguente integrazione significa individuare due importanti fattori: i principali indicatori di recupero dopo un trauma cranio-encefalico (TCE) e gli obiettivi prioritari per i pazienti stessi e i loro familiari.

L'esito, positivo o negativo, del reinserimento sociale in generale dipenderà non soltanto dalla gravità del trauma, ma anche dalla valutazione e dalla interpretazione che paziente e familiari fanno dell'evento traumatico e, se presente, della conseguente disabilità intesa come: *«qualsiasi limitazione o perdita della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per una essere umano»* (OMS, 1980). Una disabilità relazionale che va contestualizzata facendo riferimento al piano, culturale, sociale, ambientale economico, ecc. di cui l'individuo fa parte, tenuto conto delle possibili discrasie e diversità che possono instaurarsi tra ruoli e aspettative sia dal punto di vista del soggetto che del contesto socio-familiare di riferimento.

Il soggetto, quindi, non è mai solo, ma fa sempre parte di un contesto familiare, parentale e amicale. I due poli della relazione, paziente e famiglia, da una parte e contesto sociale, dall'altra, presentano problemi al contempo specifici, ma che non possono essere affrontati e risolti separatamente.

Se la limitazione in genere di questi pazienti non gli consente di essere autonomi nella gestione della propria vita quotidiana, questo non significa che lo siano anche nel pensiero. Il riferimento è all'auto ed etero-percezione, categorie fondamentali dell'identità per capire l'area del disagio e del pregiudizio. Spesso, infatti, i genitori non riescono ad accettare, o meglio, a vedere, quei progressi, quelle conquiste che giorno dopo giorno i loro figli riescono a fare, perché si tratta nella maggior parte dei casi di conquiste che ai loro occhi sono "invisibili".

Le possibilità, seppur parziali, di recupero del soggetto di competenze e abilità, anche se in tempi medio-lunghi, sono, dunque, direttamente proporzionali alle variabili di contesto socio-culturale, ossia alle possibilità di inserimento attivo nella vita quotidiana. Il diritto-dovere di poter ri-costruire un proprio progetto di vita passa attraverso specifiche aree riabilitative che intersecano a vari livelli il piano individuale e quello collettivo, il cui fine è quello di innescare un processo di conoscenza, elaborazione e partecipazione di tutti gli attori coinvolti nel processo riabilitativo.

Il paziente, il contesto familiare e amicale

Il problema della concettualizzazione dell'universo trauma cranico/malattia e dei significati simbolici connessi, delle modalità di introiezione e interpretazione degli stessi forniti dal soggetto e dal contesto familiare, sociale, medico e paramedico è centrale nell'analisi antropologica. Per molti, infatti, il ricordo della malattia è una sequenza di incontri e comunicazioni frammentarie con i medici e nel complesso con le istituzioni preposte alla cura della malattia. I soggetti costruiscono degli specifici modelli esplicativi attorno all'episodio di malattia, al fine di spiegarne l'eziologia e il decorso (Kleinmann, 1980). Narrare la malattia vuol dire contestualizzarla, rivivere e ricostruire secondo nuove modalità un'esperienza di vita culturalmente "forte".

Le modalità, quindi, di interiorizzazione e rappresentazione della realtà dei traumatizzati cranici e loro familiari, le motivazioni nei riguardi di ciò che è desiderabile (perché "gli attori sociali non si limitano solo a conoscere, desiderano anche"), servono a ri-costruire le esperienze, i ricordi attraverso i quali si apprende e si mettono in atto comportamenti secondo schemi culturali e cognitivi che non sono mai statici, bensì mutevoli (Strauss e Quinn, 1994:361).

Parlare con un individuo, uomo o donna, giovane o anziano, che ha avuto un pregresso trauma cranico è una questione complessa e "delicata", che esige una preparazione professionale, in primo luogo e un grado di "giusto distacco empatico", per affrontare un tema così complesso dove spesso si assiste ad una confusione tra

situazioni da cui non c'è ritorno a quelle in cui è logico aspettarsi una ripresa del paziente.

Se da un lato i soggetti usciti da un coma secondario a trauma cranico spesso si trovano a dover affrontare deficit di tipo motorio, neuropsicologico e comportamentale, dall'altro bisogna tener conto del contesto sociale nel quale alcuni di loro faranno ritorno e con i quali devono “fare i conti”. Di questo contesto fanno parte i familiari, parenti e amici il cui sostegno, prima di tutto affettivo e psicologico e, secondariamente, ma non per questo meno importante, fisico ed economico è fondamentale.

Il ritorno a casa è uno dei momenti più felici e allo stesso tempo più difficile da gestire a causa di alcuni fattori che presentano anche aspetti di specifica valenza culturale, tra i quali, ad esempio:

- necessità di assistenza infermieristica;
- spazi domestici strutturalmente adeguati (ampi bagni, e spazi per consentire la deambulazione, con ausili o il passaggio della carrozzina);
- oggetti e supporti ortopedici (letto, materasso, sedile per la vasca, ausili come il deambulatore o il tripode, calzature ad hoc, tutori, carrozzina ecc.);
- tempestività di soccorso in caso di emergenze mediche o neurologiche, come le infezioni o le crisi epilettiche.

Il traumatizzato cranico - spesso definito “il sopravvissuto” - insieme ai familiari e agli amici (di questi ultimi, purtroppo, viene lamentata sovente l'assenza nel lungo termine), deve affrontare deficit psico-motori e comportamentali nel lungo e faticoso cammino della riabilitazione. In questo cammino non è infrequente che il soggetto manifesti difficoltà nell'apprendere e nel ricordare nuove informazioni, problematiche legate agli aspetti organizzativi e minore capacità nel “problem solving”.

I soggetti che hanno avuto un trauma cranico molto spesso perdono gli amici e anche le nuove amicizie sono messe a dura prova o spesso non sopravvivono, a causa dei cambiamenti nel comportamento e, in generale, nella personalità degli stessi. In effetti alcuni studi epidemiologici hanno evidenziato come molti familiari spesso si trovano di fronte a una persona che non è più la stessa (50-80%), soprattutto a causa dei deficit di tipo cognitivo e comportamentale (Boldrini e Basaglia, 1994). Tali disturbi tendono ad accentuarsi nel momento del ritorno a casa, quando il numero dei contatti sociali e delle relazioni interpersonali si riduce notevolmente (Oddy et al. 1978, 1980, 1985; Weddell e coll, 1980; Jacobs, 1988). Di conseguenza anche la famiglia vive in un isolamento dal contesto sociale sempre più marcato e dovuto al maggior tempo richiesto nella cura del proprio familiare. L'impatto di questa tragedia non ricade, quindi, solo sulla famiglia, ma anche sulla società tutta. Ogni cambiamento, progresso, successo, registrato a livello individuale si ripercuote, quindi, nel contesto di riferimento.

Il miglioramento della conoscenza di un universo quale quello dei traumatizzati cranici forse poco conosciuto se non per gli “attori” (paziente, famiglia, e gli “addetti ai lavori”) deve ineludibilmente passare attraverso l’analisi dei fattori culturali. Esiste, infatti, presente, da una parte, un’ampia riflessione medica e psicologica sul tema, non vi è, invece, un’autonoma produzione socio-antropologica su questa problematica.

L’area di osservazione e di analisi in chiave interdisciplinare dei risultati neuropsicologici sulla percezione della qualità di vita di coloro che hanno subito un trauma cranico e che da anni viene svolta presso la Fondazione Santa Lucia è un’area culturale finora non indagata e rispetto alla quale la presenza di un sociologo all’interno dell’équipe riabilitativa potrebbe contribuire ad approfondire la complessità di tale realtà.

Il contesto sociale e la qualità di vita

A questi problemi che, spesso, non sono di facile soluzione, tenuto conto che si tratta di famiglie che fanno ritorno a casa con i propri cari dopo un lungo periodo di lontananza (terapia intensiva, neurochirurgia e riabilitazione), ve ne sono altri di tipo prettamente sociale (reinserimento lavorativo, partecipazione ad attività sociali, ecc.) e culturale (accettazione da parte del contesto familiare, amicale e sociale in genere di una evidente diversità).

Il ritorno più problematico è quello alla quotidianità e ad una *qualità della vita* che purtroppo, per molti, malati e familiari, ha una forte incidenza sul benessere economico e sociale.

Secondo *l’International Society for Quality-of-Life Studies* (Isqols, 1998): «La qualità di vita include sia l’oggettivo che il soggettivo, ed ogni asse è l’aggregazione di sette ambiti: benessere materiale, salute, produttività, affettività, sicurezza, società e benessere interiore. L’ambito oggettivo include misure rilevanti di benessere oggettivo. L’ambito soggettivo include la soddisfazione ponderata con l’importanza assegnata dall’individuo». In questa definizione, tuttavia, si può notare che l’ambito “oggettivo” e quello “soggettivo” vengono ridotti rispettivamente sulla base o di una teoria a monte e, se disponibili, di dati e valutazioni di rilevanza del singolo ricercatore, o di un’aggregazione di valutazioni individuali su cui incidono anche in questo caso le scelte dei ricercatori (Ingrosso, 2003). Se, dunque, la percezione della qualità della vita viene ridotta a una semplice “soddisfazione” si perdono tutte le altre dimensioni relazionali, sociali e culturali che la valutazione di qualità dovrebbe contenere.

Nella valutazione della “*qualità di vita*” si dovrebbe, dunque, considerare tanto quella del traumatizzato cranico che quella del familiare. Integrazione sociale, organizzazione della collettività in termini di risposte concrete di servizio, assistenza e supporto, isolamento sociale, senso di spaesamento conseguente ad una perdita di

identità e di senso di appartenenza alla comunità, sono forse gli aspetti più difficili da affrontare e da analizzare in termini scientifici. Il loro superamento dovrebbe rappresentare, però, un obiettivo sociale e culturale comune.

La percezione e soddisfazione della propria qualità di vita soprattutto nel caso dei traumatizzati cranici è imprescindibile da un'analisi sociale che sia in grado di correlare atteggiamenti, comportamenti e stili di vita con le condizioni oggettive di vita di un determinato gruppo sociale. Questi indicatori soggettivi si costruiscono essenzialmente attraverso le interviste e si basano sulle esperienze dirette delle persone e, quindi, sulle loro caratteristiche, norme, valori e modelli di comportamento (Campbell et al., 1976:1).

In campo sociale e psicologico vengono utilizzate delle scale di atteggiamento consistenti in una serie di affermazioni sulle quali i soggetti devono esprimere il loro assenso o dissenso. Al riguardo vi è, infatti, un'ampia letteratura sul tema e numerosi sono gli esempi di scale psicologiche che esplorano i sistemi di valutazione (positivi o negativi) degli atteggiamenti attraverso tre aree:

- 1) la componente emotiva
- 2) la componente cognitiva
- 3) la componente comportamentale

L'area socio-culturale è, tuttavia, poco esplorata in quanto mentre per la psicologia sociale gli atteggiamenti sono considerati "come sistemi di valutazione, sentimenti e tendenze ad agire pro o contro gli oggetti sociali" (Vergati, 1999:114), per la sociologia e l'antropologia essi sono culturalmente e socialmente determinati e si diversificano da individuo a individuo e a seconda della società o del gruppo di appartenenza.

Bourdieu e Geertz hanno da tempo significativamente messo in luce che la cultura si riproduce nelle azioni, nei comportamenti e negli atteggiamenti.

L'analisi degli atteggiamenti e della qualità di vita dei traumatizzati cranici e del loro contesto di riferimento in chiave sociologica e interdisciplinare potrebbe, infatti, rappresentare un ulteriore approfondimento dei risultati della ricerca, acquisiti a livello epidemiologico e neuropsicologico. Aspetti specifici relativi alla qualità di vita quali, ad esempio, la situazione abitativa, il grado di indipendenza, le attività nella vita quotidiana e nel tempo libero, la vita di relazione e le attività sociali, il grado di soddisfazione sulla propria condizione attuale e sulle aspettative future, rappresenta un punto di partenza e di confluenza tra le metodologie quantitative e quelle qualitative elaborate dalla ricerca-azione e dalla ricerca partecipata che già hanno avuto successo, ad es., nelle esperienze di progettazione urbana (Città Sane e Agenda 21) e in uno studio condotto dal *Canadian Policy Research Networks* (2001). Queste esperienze hanno messo in luce come l'accessibilità a risorse e opportunità, la sicurezza e il controllo personale, la disponibilità di prestazioni e servizi incidono fortemente sul re-inserimento sociale.

La specificità del sociologo e dell'antropologo risiede, dunque, nell'importanza data al quotidiano e nel fatto che le pratiche culturali della vita di ogni giorno possono essere apprese soltanto sul campo, laddove è possibile comprendere quegli aspetti culturali che sono radicati nei gesti più elementari delle persone.

Quanto detto assume un significato particolare soprattutto se rapportato alla specificità dei soggetti che hanno subito un danno cerebrale e che soffrono di deficit motori, cognitivi e comportamentali, disturbi ortottici (diplopia, strabismo), disturbi del linguaggio (afasia, disartria) e a cui manca sovente una consapevolezza degli stessi.

Percezione del sé e soddisfazione personale rappresentano delle risorse fondamentali ai fini dell'inserimento e della riuscita in campo professionale, lavorativo e/o scolastico-formativo. Queste variabili individuali, tuttavia, devono essere correlate con la *qualità sociale*, ossia con la presenza sul territorio di gruppi e reti collaborative, di norme di reciprocità e climi di "fiducia sociale", che contribuiscano ad accentuare il senso di appartenenza e di inclusione sociale del soggetto, che alcuni autori definiscono come "capitale sociale" o "coesione sociale" (Coleman, 1998; Putnam, 2000).

Il pregiudizio derivante dalla disabilità

La complessità culturale e il dinamismo sempre più crescente della società impone una riformulazione di alcuni concetti che sono alla base di modelli comportamentali radicati nella società. La presenza di dicotomie per convenzione omologanti (es., bello/brutto, normale/anormale, positivo/negativo) può determinare, infatti, per le persone che hanno subito un trauma cranico delle difficoltà di inserimento sociale e professionale, ostacolando così il successo della riabilitazione.

La non sufficiente conoscenza delle problematiche di questi soggetti può portare, infatti, all'attribuzione di un giudizio sociale che spesso si traduce nel conferimento di uno status di "malato mentale", ciò può ingenerare meccanismi di esclusione che portano a forme di "ghettizzazione" del soggetto. La presenza/assenza di pregiudizi e stereotipi nei confronti di questi pazienti analizzati alla luce di fattori interni ed esterni, che influiscono più o meno direttamente sulla formazione del giudizio nei loro confronti, rappresenta una lente d'ingrandimento sull'area del pregiudizio strettamente interrelata con il modello della "labeling theory"¹⁸⁷.

L'identità sociale di queste persone che vengono stigmatizzate è una costruzione sociale, quindi, in cui i fattori di carattere fisico sono relazionati con elementi del sistema culturale. La società interpreta deficit fisici, cognitivi o comportamentali alla luce di una serie di stereotipi attinti dal sistema culturale di riferimento (Goffman, 1959). Lo stigmatizzato nell'interpretazione goffmanniana è «un genere particolare di

¹⁸⁷ Teoria dell'etichettamento che viene attuato da parte del contesto sociale di riferimento dell'individuo.

rapporto tra l'attributo e lo stereotipo» che produce discredito nei confronti di colui che ne è il portatore (Goffman, 1963:5). Ecco che lo stigmatizzato entra nelle relazioni sociali portando con sé una diversità che viene rifiutata.

L'identità del traumatizzato cranico costituisce, quindi, un nodo centrale per comprendere i meccanismi di attribuzione dell'identità sociale e delle conseguenti aspettative di ruolo, allorché lo “stigma” diventa più o meno visibile. La gestione di questa identità dipende dalle modalità di gestione dello “stigma” da parte del traumatizzato cranico, allorché si trova ad agire nell'ambiente familiare, nei luoghi di lavoro o nei contesti scolastici, nei rapporti occasionali con conoscenti e/o amici, ecc.). Tale gestione implica conseguentemente un faticoso e lento adattamento della persona con la società. Tuttavia, questo adattamento è determinato anche e soprattutto dalla relazione, dal significato che il soggetto attribuisce all'evento *illness* in base alla propria esperienza. Tale approccio definito della “cronicità” ed elaborato da Radley e Green (1985) supera il concetto di *coping* di matrice psicologica.

Per capire il pregiudizio verso queste persone sarebbe interessante indagare innanzitutto qual è la *percezione che tali soggetti hanno di sé*, come si autodefiniscono. Quali sono i loro *desideri per il futuro*. Spesso, infatti, al riguardo si registra un'assoluta discrasia tra realtà e desiderio.

Anche affrontare successive operazioni chirurgiche (quali, ad es., cranioplastica, ricostruzione maxillo facciale, ecc.) incide profondamente sul piano psico-fisico, determinando ritardi sul piano complessivo della riabilitazione e del reinserimento sociale.

Sotto questo profilo si delinea, quindi, l'importanza degli studi di identità, che hanno messo in luce come la capacità di risolvere eventuali crisi nella struttura dell'io, attraverso un processo di ristrutturazione dell'identità, definisce l'appartenenza stessa della persona a gruppi di relazioni diverse e spesso incompatibili tra loro (Levi-Strauss, 1978; Di Cristofaro Longo, 1993).

La qualità, quindi, del rapporto che il soggetto ha con se stesso (un “Io” forte determinato da una riscoperta del “sé”) può condurre a una migliore qualità dei rapporti interpersonali e sociali. Partire dal significato che il soggetto può attribuire alla propria disabilità, in genere a partire dalla variabilità degli stili di adattamento e dalle rappresentazioni simboliche esistenti a livello sociale e culturale, implica una ridefinizione della propria identità e lo svelamento di processi che a volte istituzionalizzano e legittimano forme pregiudiziali e stereotipate di tali soggetti.

Il taglio scientifico e, quindi, socio-culturale, è il superamento di radicati pregiudizi nei confronti di persone che hanno avuto la sventura di subire un danno che a seconda del grado di gravità, necessita di cure e di sostegno assistenziale, a cui le sole strutture riabilitative non possono completamente rispondere, vista la crescente domanda e l'esiguità delle risorse a loro destinati.

Conclusioni e prospettive di intervento

Il quadro sin qui delineato ha messo in luce la necessità di un'organizzazione sociale in grado di garantire una vita dignitosa a persone che hanno subito un trauma cranico e ai loro familiari.

Una qualità di vita accettabile e sostenibile è tale se soddisfa i bisogni delle generazioni presenti sviluppando capacità, competenze e un *know-how* tale da costituire un patrimonio per le generazioni future. Quello che le scienze sociali e, in particolare la sociologia e l'antropologia, possono apportare a una concezione dinamica e concreta della riabilitazione e del reinserimento, è l'importanza del contesto inteso nella sua accezione più ampia, in quanto fattore multidimensionale che può influire sulle capacità di recupero del soggetto e la comprensione del concetto di persona, come valore per la società, che deve assumere un significato più ampio di quello riconducibile alla sola attività di consumo.

Il modo in cui le persone interpretano e affrontano quello che capita loro e, in particolare, l'evento traumatico, le condizioni socio-ambientali in cui vivono e le risorse culturali che hanno a disposizione sono fattori determinanti per il reinserimento sociale. E' necessario introdurre profondi cambiamenti nelle modalità di concezione, gestione e organizzazione di un evento traumatico che coinvolge a vari livelli la famiglia, la società e le istituzioni.

Se il fine ultimo della riabilitazione è, appunto, la reintegrazione sociale e, in particolare, il reinserimento lavorativo, quali sono i supporti offerti dal contesto sociale e istituzionale per affrontare questa realtà? Cosa trovano (in termini di servizi) i pazienti e familiari una volta usciti dalla struttura riabilitativa?

L'errore maggiore è quello di concentrare l'attenzione più sul soggetto o il familiare che non sulle variabili di contesto. L'analisi deve, essere fatta a un livello multidimensionale, così come i piani di azione devono essere sinergici e compartecipati.

Le istituzioni chiamate a rispondere (i servizi sociali, la comunità in genere) devono adattare il proprio intervento modificandolo e costruendolo in funzione della diversificazione della domanda e dei bisogni. E' fondamentale attrezzarsi di nuovi strumenti per riorganizzare quei rapporti familiari che sono spesso compromessi sul piano affettivo e gestionale.

Le risposte dei servizi sociali, infatti, ai traumatizzati cranici e alle loro famiglie sono spesso carenti, se non proprio assenti e si caratterizzano per la loro sporadicità. Non si può intervenire a priori, ma si deve intervenire secondo una politica della concertazione che coinvolga i soggetti, la famiglia e gli operatori che a vario titolo entrano nella relazione terapeutica.

Parafrasando Sen (2002) le *realizzazioni osservabili di una persona, quello che una persona può realmente fare in concreto e le sue capacità di trarre beneficio da*

ciò, dipendono anche dal sostegno e concreto supporto che le istituzioni e i servizi sociali danno.

Una personalità autentica è tale solo se può sottraendosi al domestico quotidiano, commisurarsi con se stessa e con le proprie capacità nel contesto sociale di riferimento (Ferrarotti, 1992).

In conclusione si ritiene utile accennare ai recenti sviluppi teorico-scientifici apportati dalle *Medical humanities*, discipline nate all'interno della crisi della biomedicina e che raggruppano le scienze mediche, la filosofia, la teologia, la storia, l'antropologia, la sociologia, la psicologia, l'economia, il diritto e le scienze politiche, le scienze ambientali e l'ecologia, ecc., nonché all'abbraccio tra scienze cognitive e cultura. Le scienze cognitive vengono tradizionalmente descritte come il tentativo di “mettere insieme psicologia cognitiva, filosofia, neurofisiologia, intelligenza artificiale, linguistica e antropologia” al fine di comprendere i principali processi del pensiero (Bloch, 1994: 339). In questa alleanza, tuttavia, l'antropologia è rimasta in “ombra”, solo l'antropologia cognitiva, a giudizio di Bloch, viene presa in considerazione dagli scienziati cognitivi. Ma se ai cognitivisti va il merito di aver messo in luce i complessi meccanismi legati all'apprendimento, alla memoria e al ricordo, agli antropologi, culturali e sociali, si deve la concettualizzazione della cultura come insieme dei “patrimoni psichici esperienziali, individuali e collettivi”.

Tanto gli antropologi quanto i cognitivisti hanno, dunque, bisogno delle reciproche teorie per illuminare settori della ricerca finora rimasti in ombra.

L'analisi dei traumatizzati cranici, in tal senso, potrebbe rappresentare, quindi, un valido modello di applicazione per la sociologia e l'antropologia applicata, soprattutto per un'indagine dinamica degli indicatori sociali che condizionano il reinserimento e la reintegrazione. Se il riabilitatore ha, infatti, il compito di accompagnare il traumatizzato cranico nel confronto e riadattamento nella società, chi si occupa dell'educazione culturale della società al fine di ri-accogliere e facilitare il reinserimento sociale del traumatizzato cranico e della sua famiglia?

Capitolo Terzo

La dimensione socio-culturale del trauma cranico all'interno di un contesto clinico riabilitativo. Aspetti a margine di una ricerca¹⁸⁸

(Eloïse Longo, Rita Formisano)

Premessa

Il trauma cranico grave rappresenta una delle principali cause di disabilità a lungo termine nei giovani (15-35 anni), in una popolazione produttiva con lunga speranza di vita con un'incidenza di 15.000-30.000 nuovi disabili ogni anno (Jennett et al., 1990).

Fonti dell'OMS e dell'Istituto Superiore di Sanità segnalano come nei Paesi in via di sviluppo i traumi della strada - viste le migliorate condizioni economiche che permettono l'acquisto di veicoli e conseguentemente l'aumento del traffico circolante su strada – siano destinati inevitabilmente a crescere.

Il percorso riabilitativo del trauma cranico grave è spesso complesso e prolungato, per la necessità di un intervento precoce e interdisciplinare, dalla terapia intensiva alla riabilitazione, fino alla ridomiliazione (Formisano et al., 2001). A ciò si aggiunga il fatto che il reinserimento sociale e lavorativo di questi individui è ritardato se non ostacolato da disturbi cognitivi, comportamentali e deficit motori.

Le conseguenze del trauma cranico non riguardano soltanto il paziente che ne è affetto, ma il suo intero nucleo familiare (Lezak, 1988), che spesso percepisce i cambiamenti della vita del paziente in maniera più sofferta (Koskinen, 1998). Il miglioramento della conoscenza di un universo forse poco conosciuto se non per gli “addetti ai lavori” quale quello dei traumatizzati cranici deve ineludibilmente passare attraverso l'analisi dei fattori culturali e sociali. Pur essendo, infatti, presente, da una parte, un'ampia riflessione medica e psicologica sul tema, non vi è, dall'altra, un'autonoma produzione socio-antropologica su tale problematica.

All'interno di questo variegato e complesso orizzonte socio-culturale si colloca il presente contributo frutto di un progetto di ricerca che da tre anni vede la sottoscritta impegnata all'interno dell'Unità Post-coma dell'I.R.C.C.S. (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) Fondazione S. Lucia di Roma.

¹⁸⁸ Articolo pubblicato nel volume: A. Gardini (a cura di), *L'ospedale del XXI secolo*, “Salute e società” n. 3, Franco Angeli, Milano, 2007, pp. 99-120

Di fronte all'iperspecializzazione e tecnicizzazione del sapere e della pratica medica e, al contempo, alla progressiva spersonalizzazione del rapporto medico-paziente, la ricerca si propone di analizzare le modalità di interiorizzazione e rappresentazione della realtà dei post-traumatizzati e loro familiari attraverso una specifica metodologia: la narrazione clinica. Narrare la malattia vuol dire contestualizzarla, rivivere e ricostruire secondo nuove modalità un'esperienza di vita culturalmente "forte".

I soggetti costruiscono specifici modelli esplicativi attorno all'episodio di malattia al fine di spiegarne l'eziologia e il decorso (Kleinmann, 1980). Il problema della concettualizzazione dell'universo malattia e dei significati simbolici ad esso connessi, delle modalità di introduzione e interpretazione degli stessi forniti dai traumatizzati cranici e dal contesto familiare, sociale, medico e paramedico è centrale socialmente e culturalmente.

Il racconto del proprio vissuto di malattia e percorso terapeutico-riabilitativo può in maniera decisiva rispondere, o per lo meno chiarire, il senso di alcune domande: il vissuto esperienziale del paziente rimanda ad una diversa dimensione della malattia?; la percezione della malattia in che misura e secondo quali modalità è diversa a seconda che si tratti del paziente, familiare o medico?; se le malattie sono costruzioni culturali in che modo si rapportano alla struttura sociale, politica, economica ecc.?; come gestisce l'individuo il proprio stato di malattia?; come si rapportano le strutture ospedaliere dinanzi ai bisogni e alle richieste dei pazienti? Come incidono i disturbi cognitivo-comportamentali e i deficit di consapevolezza spesso presenti sul vissuto della malattia? Qual è la relazione tra la gravità degli esiti e il rapporto con l'ospedale e l'équipe riabilitativa? Sono queste alcune domande a cui la presente ricerca tenta di dare delle risposte.

Il saggio intende, quindi, presentare, da una parte i principali nodi teorico-metodologici della ricerca sul campo e, dall'altra, illustrare l'esperienza e i primi risultati del Progetto Multicentrico Internazionale *Quality Of Life after Brain Injury* (Qolibri). Un progetto di cui coordinatrice nazionale è la dr.ssa R. Formisano e al quale la sottoscritta, in qualità di socio-antropologa ha avuto l'occasione di partecipare nel corso di questi tre anni unendo interessi di ricerca e osservazione e sul campo a esperienze concrete all'interno di un'équipe interdisciplinare dove la presenza del sociologo si presenta come realmente utile e sempre più auspicabile nel processo di incontro tra sapere bio-medico e scienze sociali.

Gli esiti del trauma cranico encefalico (TCE) e L'I.R.C.C.S. Fondazione S. Lucia

L'I.R.C.C.S. Santa Lucia è un Ospedale di rilievo nazionale di alta specializzazione per la riabilitazione neuromotoria, polo di eccellenza e di riferimento per il Centro-Sud d'Italia riconosciuto nel 1992 come Istituto di Ricovero e Cura a

Carattere Scientifico con Decreto congiunto dei Ministeri della Sanità e dell'Università e Ricerca Scientifica e Tecnologica.

Ha iniziato la propria attività clinica nel 1960 per “rispondere all'esigenza, all'epoca ancora molto sentita di assistenza ai reduci motulesi della seconda guerra mondiale” (Fondazione S. Lucia, 2001). Nel corso degli anni e grazie allo sviluppo nell'ambito della Medicina di quella branca scientifica denominata “Riabilitazione” il cui obiettivo prioritario è quello di restituire ai disabili il possesso parziale o totale delle attività funzionali lese ha proseguito la propria attività sia in regime di ricovero che ambulatoriale a favore di pazienti affetti da lesioni al sistema nervoso o dell'apparato mio-osteo-articolare aventi origine di forme morbose o traumatiche con esiti invalidanti.

La riabilitazione rappresenta oggi la nuova frontiera della medicina. Nei primi anni sessanta il concetto stesso di riabilitazione, nella sua accezione moderna, era praticamente sconosciuto. Esisteva pochissimo in termini di risorse umane professionalizzate, di metodologia e di cultura medica.

La medicina riabilitativa è: *“volta alla riduzione degli esiti invalidanti delle malattie e al raggiungimento o al mantenimento da parte del paziente del massimo di autonomia compatibile con le sue potenzialità residue fisiche, psicologiche, vocazionali e ricreative”* (Orsi & Signoretti, 2007: 111).

E' proprio dalla Fondazione S. Lucia che sono partite iniziative e idee che hanno suscitato, allora, perplessità e diffidenza, mentre sono oggi accettate dai medici e da chiunque si occupi a vario titolo della Riabilitazione. Si è cominciato così a parlare delle varie metodologie di rieducazione funzionale, del reinserimento sociale e lavorativo dei disabili, della sport-terapia, del trattamento a domicilio o in ospedale diurno, di modelli di reinserimento familiari assistito attraverso strutture di transizione dall'ospedale al proprio domicilio e di molte altre problematiche che appaiono oggi, almeno in parte, risolte e acquisite in un'ampia documentazione scientifica e internazionale.

La riabilitazione dei traumatizzati cranici merita una particolare attenzione sia per la sua complessità che per le numerose discipline coinvolte. Per quanto riguarda il primo aspetto, sono gli aspetti neurologici e neuropsicologici proprio delle funzioni motorie e intellettive (vigilanza, coscienza, memoria, comprensione, linguaggio, ecc.) a richiamare l'attenzione dei medici e delle numerose figure professionali che ruotano attorno a tale problematica (neurologi, psicologi, neuropsicologi, fisiatristi, fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti, altre figure terapeutiche ad hoc, assistenti sociali, volontari, sociologi, ecc.). Per quanto riguarda il secondo aspetto emerge chiaramente l'importanza della presenza di nuove competenze socio-antropologiche, in vista anche di un accompagnamento dell'utente in un confronto nuovo con la società che dovrebbe riaccoglierlo. L'apporto sociologico rappresenta, infatti, un contributo importante per la comprensione dei “significanti” della malattia, tenuto conto delle differenze culturali e sociali della società di riferimento.

In stretto collegamento con la Fondazione S. Lucia opera, inoltre, l'Associazione Onlus per la Riabilitazione del Comatoso (l'A.R.Co.92 di Roma) attraverso il Progetto denominato "Casa Dago". L'Associazione è nata nel 1999 su iniziativa di persone provate dall'esperienza di un parente ricoverato a seguito di un coma e in collaborazione con la Fondazione S. Lucia e l'Assessorato alle Politiche per la Qualità della Vita della Regione Lazio. Una struttura nata con lo scopo di fornire accoglienza per le persone e le loro famiglie (soprattutto per coloro che provengono dalle regioni del Sud d'Italia) e facilitarne il reinserimento familiare e sociale. L'obiettivo – così come si legge dallo statuto – è quello di *"promuovere le potenzialità e le capacità residue del traumatizzato cranico affinché possa essere comunque attivo, pur con un deficit neuromotorio o neuropsicologico"*.

L'Unità Operativa Post-coma¹⁸⁹ situata al 2° piano dell'I.R.C.C.S. Fondazione S. Lucia è preposta alla Riabilitazione di quelle persone che hanno subito un coma secondario, in particolare, a un Trauma Cranico Encefalico (TCE). Il trauma cranico rappresenta la principale causa di coma prolungato e di disabilità tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 35 anni. Una piaga sanitaria, sociale ed economica che coinvolge spesso i giovanissimi con pesanti ricadute sulla famiglia, spesso abbandonata dalle strutture di assistenza una volta terminate le cure. Tra le principali cause del TCE che "viene classificato in termini di gravità proprio in base alla eventuale presenza di un coma dopo il trauma e a seconda della gravità e della durata del coma stesso, secondo il punteggio della Glasgow Coma Scale (GCS)" (Formisano et al., 2001:35), vengono annoverati gli incidenti stradali.

L'attenzione crescente degli organismi internazionali, allarmati per l'elevata mortalità, ha visto e vede impegnati in Italia le istituzioni, le associazioni, gli operatori del settore in genere e, in particolare, il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti che nel 2000 ha inserito negli Indirizzi generali e linee guida di attuazione del Piano Nazionale della Sicurezza Stradale (P.N.S.S.), tra le azioni prioritarie nel campo sanitario, un esplicito richiamo al "miglioramento degli interventi nel campo della traumatologia". L'azione sanitaria è esplicitamente indicata sia per la razionalizzazione degli interventi di riabilitazione, sia per quanto riguarda i protocolli per il trattamento dei traumi.

Queste azioni si inseriscono in un quadro dove le parole prevenzione e riabilitazione acquistano un significato specifico all'interno di un mutato contesto sociale dove paziente, famiglia, strutture e personale sanitario, centri di assistenza e mondo dell'associazionismo in genere diventano attori principali di un processo che si caratterizza in termini di reciprocità e interdipendenza.

¹⁸⁹ Primario di questa Unità è la Dr.ssa R. Formisano.

Inquadramento teorico-metodologico della ricerca sul campo

L'universo variegato di questa problematica si riflette inevitabilmente sulla prospettiva teorica che in questa sede s'intende proporre: quella di un'analisi sociale e culturale riguardante il reinserimento sociale del traumatizzato cranico. Così come tra riabilitazione e reinserimento, ossia tra un "pre" e un "post" esiste un rapporto circolare tale che dall'uno inevitabilmente si rinvia all'altro, così tra sociale e culturale sussiste un rapporto osmotico, un linguaggio comune riferito ad una realtà dove il reinserimento del soggetto passa attraverso specifiche azioni incentrate su:

- a) il paziente;
- b) il contesto familiare e amicale;
- c) il contesto sociale, culturale, professionale;
- d) la qualità di vita
- e) il pregiudizio

Parlare di re-inserimento e conseguente nuova integrazione significa individuare due importanti fattori: i principali indicatori di recupero dopo un trauma cranio-encefalico (TCE) e gli obiettivi prioritari per i pazienti stessi e i loro familiari.

L'esito, positivo o negativo, del reinserimento sociale in generale dipenderà non soltanto dalla gravità del trauma, ma anche dalla valutazione e dalla interpretazione che paziente e familiari fanno dell'evento traumatico e, se presente, della conseguente disabilità intesa come: «qualsiasi limitazione o perdita della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per una essere umano» (OMS, 1980). Una disabilità relazionale che va contestualizzata facendo riferimento al piano, culturale, sociale, ambientale ed economico di cui l'individuo fa parte, tenuto conto delle possibili discrasie e diversità che possono instaurarsi tra ruoli e aspettative sia dal punto di vista del soggetto che del contesto socio-familiare di riferimento.

Il soggetto, quindi, non è mai solo, ma fa sempre parte di un contesto familiare, parentale e amicale. I due poli della relazione, paziente e famiglia, da una parte e contesto sociale, dall'altra, presentano problemi al contempo specifici, ma che non possono essere affrontati e risolti separatamente.

Se la limitazione in genere di questi pazienti non consente di essere autonomi nella gestione della propria vita quotidiana, questo non significa che lo siano anche nella propria autorappresentazione. Il riferimento è all'auto ed etero-percezione, categorie fondamentali dell'identità per capire l'area del disagio e del pregiudizio. Spesso, infatti, i genitori non riescono ad accettare, o meglio, a constatare quei progressi, quelle conquiste che giorno dopo giorno i loro figli riescono a fare, perché si tratta nella maggior parte dei casi di conquiste che ai loro occhi sono "invisibili".

Le possibilità, seppur parziali, di recupero del soggetto di competenze e abilità, anche se in tempi medio-lunghi, sono, dunque, direttamente proporzionali alle variabili di contesto socio-culturale, ossia alle possibilità di reinserimento attivo nella vita

quotidiana. Il diritto-dovere di poter ri-costruire un proprio progetto di vita passa attraverso specifiche aree riabilitative che intersecano a vari livelli il piano individuale e quello collettivo, il cui fine è quello di innescare un processo di conoscenza, elaborazione e partecipazione di tutti gli attori coinvolti nel processo riabilitativo.

Il problema della concettualizzazione dell'universo trauma cranico/malattia e dei significati simbolici connessi, nonché, delle modalità di introduzione e interpretazione degli stessi forniti dal soggetto e dal contesto familiare, sociale, medico e paramedico è centrale nell'analisi socio-antropologica. Per molti, infatti, il ricordo della malattia è una sequenza di incontri e comunicazioni frammentarie con i medici e nel complesso con le istituzioni preposte alla cura della malattia.

Le modalità, quindi, di interiorizzazione e rappresentazione della realtà dei traumatizzati cranici e loro familiari, le motivazioni nei riguardi di ciò che è desiderabile (perché “gli attori sociali non si limitano solo a conoscere, desiderano anche”), servono a ri-costruire le esperienze, i ricordi attraverso i quali si apprende e si mettono in atto comportamenti secondo schemi culturali e cognitivi che non sono mai statici, bensì mutevoli (Strauss e Quinn, 1994:361).

Parlare con un individuo, uomo o donna, giovane o anziano, che ha subito un trauma cranico è una questione complessa e “delicata”, che esige una preparazione professionale, in primo luogo e un grado di “giusto distacco empatico”, per affrontare un tema così complesso dove spesso si assiste ad una confusione tra situazioni da cui non c'è ritorno a quelle in cui è logico aspettarsi una ripresa del paziente.

Se da un lato i soggetti usciti da un coma conseguente ad un trauma cranico spesso si trovano a dover affrontare deficit di tipo motorio, neuropsicologico e comportamentale, dall'altro bisogna tener conto del contesto sociale nel quale alcuni di loro faranno ritorno e con i quali devono “fare i conti”. Di questo contesto fanno parte i familiari, parenti e amici il cui sostegno, prima di tutto affettivo e psicologico e, secondariamente, ma non per questo meno importante, fisico ed economico è fondamentale.

Il ritorno a casa è uno dei momenti più felici e allo stesso tempo più difficile da gestire a causa di alcuni fattori che presentano anche aspetti di specifica valenza culturologica, tra i quali, ad esempio:

- necessità di assistenza infermieristica;
- spazi domestici strutturalmente adeguati (ampi bagni, e spazi per consentire la deambulazione, con ausili o il passaggio della carrozzina);
- oggetti e supporti ortopedici (letto, materasso, sedile per la vasca, ausili come il deambulatore o il tripode, calzature ad hoc, tutori, carrozzina ecc.);
- tempestività di soccorso in caso di emergenze mediche o neurologiche, come le infezioni o le crisi epilettiche.

Il traumatizzato cranico - spesso definito “il sopravvissuto” - insieme ai familiari e agli amici (di questi ultimi, purtroppo, viene lamentata sovente l’assenza nel lungo termine), deve affrontare deficit psico-motori e comportamentali nel lungo e faticoso cammino della riabilitazione. In questo cammino non è infrequente che il soggetto manifesti difficoltà nell’apprendere e nel ricordare nuove informazioni, problematiche legate agli aspetti organizzativi e minore capacità di “problem solving” e, soprattutto, nell’iniziativa e nelle relazioni sociali.

I soggetti che hanno avuto un trauma cranico molto spesso perdono gli amici e anche le nuove amicizie sono messe a dura prova o spesso non sopravvivono, a causa dei cambiamenti nel comportamento e, in generale, nella personalità degli stessi. In effetti alcuni studi epidemiologici hanno evidenziato come molti familiari spesso si trovano di fronte a una persona che non è più la stessa (50-80%), soprattutto a causa dei deficit di tipo cognitivo e comportamentale (Boldrini e Basaglia, 1994). Tali disturbi tendono ad accentuarsi nel momento del ritorno a casa, quando il numero dei contatti sociali e delle relazioni interpersonali si riduce notevolmente (Oddy et al. 1978, 1980, 1985; Weddell e coll, 1980; Jacobs, 1988). Di conseguenza anche la famiglia vive in un isolamento dal contesto sociale sempre più marcato e dovuto al maggior tempo richiesto nella cura del proprio familiare. L’impatto di questa tragedia non ricade, quindi, solo sulla famiglia, ma anche sulla società tutta. Ogni cambiamento, progresso o insuccesso, registrato a livello individuale, si ripercuote, quindi, nel contesto di riferimento.

Il miglioramento della conoscenza di un universo quale quello dei traumatizzati cranici forse poco conosciuto se non per gli “attori” (paziente, famiglia, e gli “addetti ai lavori”) deve ineludibilmente passare attraverso l’analisi dei fattori socio-culturali che incidono fortemente sulle famiglie. Spesso, infatti, si tratta di famiglie che fanno ritorno a casa con i propri cari dopo un lungo periodo di lontananza (terapia intensiva, neurochirurgia e riabilitazione), ve ne sono altri di tipo prettamente sociale (reinserimento lavorativo, partecipazione ad attività sociali, ecc.) e culturale (accettazione da parte del contesto familiare, amicale e sociale in genere di una evidente diversità).

Il ritorno più problematico è quello alla quotidianità e ad una qualità della vita che purtroppo, per molti, malati e familiari, ha una forte incidenza sul benessere economico e sociale.

La percezione e soddisfazione della propria qualità di vita soprattutto nel caso dei traumatizzati cranici è imprescindibile da un’analisi sociale che sia in grado di correlare atteggiamenti, comportamenti e stili di vita con le condizioni oggettive di vita di un determinato gruppo sociale. Questi indicatori soggettivi si costruiscono essenzialmente attraverso le interviste e si basano sulle esperienze dirette delle persone e, quindi, sulle loro caratteristiche, norme, valori e modelli di comportamento (Campbell et al., 1976:1). Aspetti specifici relativi alla qualità di vita quali, ad esempio, la situazione abitativa, il grado di indipendenza, le attività nella vita quotidiana e nel tempo libero, la vita di relazione e le attività sociali, il grado di soddisfazione sulla propria condizione attuale e sulle aspettative future, rappresentano un punto di

partenza e di confluenza tra le metodologie quantitative e quelle qualitative elaborate dalla ricerca-azione e dalla ricerca partecipata che già hanno avuto successo, ad es., nelle esperienze di progettazione urbana (Città Sane e Agenda 21) e in uno studio condotto dal Canadian Policy Research Networks (2001). Queste esperienze hanno messo in luce come l'accessibilità a risorse e opportunità, la sicurezza e il controllo personale, la disponibilità di prestazioni e servizi incidono fortemente sul re-inserimento sociale.

Quanto detto assume un significato particolare soprattutto se rapportato alla specificità dei soggetti che hanno subito un danno cerebrale e che soffrono di deficit motori, cognitivi e comportamentali, disturbi ortottici (diplopia, strabismo), disturbi del linguaggio (afasia, disartria) e a cui manca sovente una consapevolezza degli stessi.

Percezione del sé e soddisfazione personale rappresentano delle risorse fondamentali ai fini del reinserimento e della riuscita in campo professionale, lavorativo e/o scolastico-formativo. Queste variabili individuali, tuttavia, devono essere correlate con la qualità sociale, ossia con la presenza sul territorio di gruppi e reti collaborative, di norme di reciprocità e climi di "fiducia sociale", che contribuiscano ad accentuare il senso di appartenenza e di inclusione sociale del soggetto, che alcuni autori definiscono come "capitale sociale" o "coesione sociale" (Coleman, 1998; Putnam, 2000).

La qualità, quindi, del rapporto che il soggetto ha con se stesso (un "Io" forte determinato da una riscoperta del "sé") può condurre a una migliore qualità dei rapporti interpersonali e sociali. Partire dal significato che il soggetto può attribuire alla propria disabilità, in genere a partire dalla variabilità degli stili di adattamento e dalle rappresentazioni simboliche esistenti a livello sociale e culturale, implica una ridefinizione della propria identità e lo svelamento di processi che a volte istituzionalizzano e legittimano forme pregiudiziali e stereotipate nei confronti di tali soggetti. Sotto questo profilo si delinea, quindi, l'importanza degli studi di identità, che hanno messo in luce come la capacità di risolvere eventuali crisi nella struttura dell'io, attraverso un processo di ristrutturazione dell'identità, definisce l'appartenenza stessa della persona a gruppi di relazioni diverse e spesso incompatibili tra loro (Levi-Strauss, 1978; Di Cristofaro Longo, 1993).

Per una teoria dell'ascolto: i racconti di malattia

Ascoltare è una prassi attiva, caratterizzata dalla reciprocità e dallo scambio. I racconti, in particolare, delle persone sono sempre espressione di un vissuto esperienziale fortemente segnato che nel dialogo svela tutto il senso, lo spazio significativo del proprio orizzonte culturale. Orientamenti, valori, sentimenti, potenzialità della persona vengono intensamente ri-evocati nel racconto, punto di partenza indispensabile per la conoscenza del vissuto di malattia. Ascoltare dal latino

auscultare significa “porgere attentamente l’orecchio”. Si tratta, quindi, di un’azione attiva - come sostengono le recenti teorie della sociosemiotica medica- “un’azione scientifica di intelligenza che passa attraverso il rispecchiamento di stati emotivi e corporei” (Bernabè et al., 2005: 122). Secondo questa impostazione l’*hic et nunc* della soggettività di cui si occupa un particolare ambito della medicina, la clinica di medicina generale, risiede proprio nel momento in cui il malato dichiara al medico il suo stato di malessere. Si tratta di un “punto d’osservazione completamente nuovo”. Se questo è vero nelle sue premesse e certamente può rappresentare un ambito fecondo, un punto d’incontro tra antropologia e scienze sociali in generale e biomedicina e scienze mediche, affrettate mi sembrano le conclusioni a cui giungono gli autori che vedono in questo la scomparsa dell’antitesi natura-cultura nel senso che: “anche i sintomi favoriti da fattori culturali, ambientali, socio-economici, possiedono una base biologica nel modo in cui vengono espressi” (Bernabè et al., 2005: 123).

Negli ultimi decenni le critiche nei confronti della relazione medico-paziente si sostanziano nella denuncia di una mancanza di dialogo, ritenuto il più delle volte “frammentario” e culturalmente poco orientato a un ascolto capace di “passare attraverso” la soggettività del paziente. E’ proprio questo uno dei motivi per cui la centralità della narrazione dal punto di vista del vissuto di malattia del paziente ha assunto un’importanza centrale all’interno delle scienze sociali e, in particolare, dell’antropologia medica. La specificità dell’antropologo all’interno di un contesto di narrazione risiede proprio nella diversa capacità di ascoltare e di porre le domande.

Le *illness narratives*, i «racconti di malattia», o «narrazioni (sull’esperienza soggettiva) di malattia», si presentano come uno dei campi più fecondi di stimoli per la riflessione teorica ed epistemologica nelle scienze umane. Questo perché la condizione esperienziale della malattia costringe a rimettere al centro del proprio mondo cognitivo e al centro dell’agire il corpo, il nostro rapporto con esso e con i corpi degli altri.

Questa condizione permette di intravedere “in controluce” sia la rete di legami significanti che ruota culturalmente attorno alla malattia, sia la rete di rapporti materiali che si instaura attorno alla persona malata.

Malattia come *disease*, quindi, come patologia; come *illness*, esperienza in prima persona del soggetto; come *sickness*, la cognizione della malattia espressa dalla società sia esplicitamente, come rappresentazione, sia implicitamente, come contesto socio-relazionale (con i processi correlati di legittimazione/misconoscimento, di accettazione/stigmatizzazione, di integrazione/discriminazione) (Seppilli, 1996).

Alla luce di quanto sin qui esposto, diventa, quindi, ineludibile la narrazione clinica quale strumento di codifica del significato attribuito all’evento malattia nel suo complesso da parte del paziente e di tutti gli attori che, direttamente o indirettamente, ruotano attorno all’evento.

L’esistenza oggi di un sistema sanitario complesso che offre le proprie prestazioni a una pluralità culturale di individui, esige un’attenta analisi delle interpretazioni proposte dal paziente, dai familiari, dai terapeuti, insomma da tutte quelle persone che intervengono allorché si manifesti l’evento malattia e che hanno

diritto di cittadinanza al pari di quelle fornite dal personale specialistico medico e paramedico.

L'importanza della narrazione del proprio vissuto di malattia svela la complessa trama di interpretazioni e universi simbolici che entrano in gioco. Al riguardo è forse utile richiamare la distinzione geertziana tra concetti “vicini all'esperienza” e concetti “distanti dall'esperienza” (Geertz 1988: 73). Il primo tipo di concetto è quello che chiunque può utilizzare per definire ciò che “lui e i suoi colleghi pensano, sentono, immaginano” e che verrebbe utilizzato alla stessa maniera dagli altri. Il secondo tipo di concetto chiama in causa, invece, un apparato teorico-conoscitivo, a volte anche specialistico, lontano dall'esperienza. Un esempio valga per tutti: parlare di “paura” è un concetto vicino all'esperienza, mentre “rischio” è distante dall'esperienza.

L'immaginario culturale che ruota attorno ai concetti di salute, malattia, dolore, sofferenza, male, morte diverge da individuo a individuo, da società e società, da cultura e cultura e viene riformulato nel corso del tempo. Osservare la costruzione e decostruzione di tale immaginario svela i sincretismi e meticcianti che “rendono vano ogni tentativo di disegnare una volta per tutte identità chiare e distinte” (Arselle, 1990).

Come si esprime la sofferenza, il dolore e il disagio dell'esperienza di malattia? Qual è lo spazio reale/simbolico della malattia?

L'approccio incentrato sul significante della malattia che agisce su entrambi i poli del processo terapeutico - il paziente e il contesto biomedico, da una parte e, dall'altra, le componenti d'ordine familiare, parentale e sociale – a livello simbolico e biologico (fisico, psichico), è d'importanza fondamentale.

Le rappresentazioni, quindi, sui significati più profondi della malattia espressi nel racconto rivelano la struttura semantica intrinseca dei concetti utilizzati. Tali concetti svelano gli orizzonti culturali entro cui si esprimono le forme di pensiero collettivo, gli schemi e i modelli culturali che sono alla base dei processi di percezione, codificazione e classificazione della malattia.

Ogni trasformazione del disagio e della sofferenza mentale viene sovente ricordata e rivissuta nel racconto. L'esperienza del coma e del trauma viene costantemente espressa entro uno spazio specifico che, parafrasando Pandolfi, possiamo definire «spazio sociale condiviso» [Pandolfi, 1991: 11], ossia uno spazio di cui sono protagonisti diretti il paziente, il medico e il contesto ospedaliero e la famiglia.

Il racconto permette ai malati e familiari di esprimere personalità a volte “solitarie” e “nascoste”, “mondi vita” che è possibile esplorare, come sostiene significativamente Good, è possibile analizzare e penetrare soltanto attraverso l'esperienza della malattia così come questa viene espressa nelle diverse culture e appartenenze sociali. E' soprattutto nel racconto del dolore fisico e/o psicologico (mentale) che assume particolare rilevanza l'esperienza corporea [Good, 1994: 188].

Ognuna delle realtà raccontate dal soggetto e dal familiare si struttura secondo modalità di organizzazione dell'esperienza, orientamenti e comportamenti specifici,

«province di significato» che svelano il mondo quotidiano così come viene rappresentato e vissuto concretamente dai soggetti che entrano nello “spazio” condiviso della malattia. L’universo della malattia, svelato dalla diagnosi se letto non più e non solo in chiave psicologica permette di “andare oltre e ricostruire il senso” della sofferenza all’interno di un quadro che dal sociale rinvia alla cultura, alla storia [Pandolfi, 1991: 12].

Questo senso emerge dalla forza di un racconto che s’intende citare come emblematico e nel quale si afferma che la fiducia nel recupero durante la malattia è stata determinata dalla presenza dei familiari (figlia e moglie). Ciò presuppone una riscoperta del proprio ruolo di padre (paternità) che durante il periodo della riabilitazione non è più data per scontata, ma viene “rivissuta” con consapevolezza. Il racconto ha svelato alcune manchevolezze del paziente nei riguardi della figlia prima dell’evento traumatico. Il sentirsi colpevole comporta spesso un senso di vergogna verso una serie di comportamenti agiti prima della malattia. Questo genera, quindi, sentimenti di ansietà, timore e paura. Il sentimento di colpevolezza svela nel racconto un contesto familiare percepito in maniera ambivalente caratterizzato da una dimensione temporale distinta tra il prima e il dopo (passato e presente). Il soggetto si reputa colpevole perché prima era disattento nei confronti della moglie e della figlia e “adesso” si ritiene ugualmente colpevole sapendo che le sue cariche di aggressività e di impazienza (che sono considerate dal punto di vista medico normali conseguenze del trauma cranico) devono essere tollerate.

La narrazione, quindi, della malattia è “essenzialmente dialogica” e relazionale e mette in comunicazione malato-familiare-medico [Good, 1999: 263].

Ancora, la narrazione della propria esperienza assume un significato teorico molto importante in quanto il ricordo di un’esperienza o di un evento che ha lasciato inevitabilmente il “segno” nel soggetto si inserisce in una “cornice” o “schema complessivo della storia di vita” che include il contesto sociale e quello delle relazioni interpersonali che influenzano la narrazione stessa e la vita del soggetto narrante [Schutze, 1984: 81].

Rapporto tra complessità culturale e qualità della vita

La complessità culturale del traumatizzato cranico emerge altresì dall’analisi della relazione con la qualità della vita intesa come percezione che l’individuo ha della propria esistenza nel contesto di riferimento. Tale aspetto può, infatti, influenzare la salute psico-fisica della persona.

Spesso in presenza di esiti neuropsicologici non “favorevoli”, il soggetto non è autonomo nella gestione della propria vita sociale e domestica, dipendendo interamente dall’aiuto dei familiari. Ciò è causa di frustrazioni che, se unite alla mancanza di un’integrazione in prima istanza culturale e successivamente sociale e professionale del soggetto, provocano un isolamento emotivo e un vuoto. Roma,

L'esperienza del traumatizzato cranico può rappresentare, dunque, una spia-sentinella che richiama la società alle proprie responsabilità e doveri nei confronti della tutela dei diritti di tali soggetti.

E', infatti, attraverso i racconti di malattia dei pazienti che sono stati intervistati nel corso della ricerca sul campo durata tre anni e in fase di conclusione, che è stato possibile approfondire e individuare aree tematiche centrali per la comprensione di questa complessa e variegata problematica. L'impatto di questa tragedia non ricade, quindi, solo sulla famiglia, ma anche sulla società tutta.

Tra le aree tematiche emerse si segnalano in particolare:

- la differente interpretazione del deficit fisico che spesso si traduce in deficit culturale e viceversa;
- il corto circuito comunicativo che si realizza tra paziente-medico, da una parte e paziente-familiare e familiare-medico dall'altra;
- il pregiudizio sociale radicato nei confronti dei soggetti traumatizzati cranici da parte della società e, in alcuni casi, anche degli stessi familiari che spesso chiedono, ad es., se il proprio figlio/a tornerà "normale";
- la differente valutazione dei propri deficit tra paziente e familiare e all'interno della famiglia tra madre e padre allorché si tratti di un figlio maschio e/o femmina;
- la necessità di considerare la differenziazione del ruolo della madre e/o del padre nella fase riabilitativa analizzata anche in rapporto alla provenienza geografica delle famiglie;
- la solitudine e, spesso, vero e proprio isolamento del paziente rispetto all'ambiente socio-culturale.

L'importanza di queste aree ha, quindi, consentito la delimitazione degli items culturali che a titolo esemplificativo riporto:

- presenza/assenza di pregiudizi e stereotipi nei confronti del paziente analizzati alla luce di fattori interni ed esterni che influiscono più o meno direttamente sulla formazione del giudizio nei confronti dello stesso. La non sufficiente conoscenza delle problematiche che investono questa tipologia di persone (ad es., fisiche e psichiche) può portare, infatti, all'attribuzione di un giudizio sociale che spesso si traduce nel conferimento di uno status di "malato mentale", ciò può ingenerare meccanismi di esclusione che portano a forme di "ghettizzazione" del soggetto. L'area del pregiudizio in questo senso si collega con il modello della *labeling theory*. L'opinione errata anteriore alla conoscenza diretta di queste persone e fondata su convincimenti personali e comuni alla gran parte degli individui, fa sì che lo status di "a-normale", di "diverso" si sedimenti anche e soprattutto tra gli stessi traumatizzati cranici. E' frequente, infatti, nei racconti con questi soggetti l'aspettativa verso un orientamento culturale che si sostanzia nella locuzione: "tornare ad essere normale";

- la complessità culturale e il dinamismo sempre più crescente della società impone una riformulazione di alcuni concetti che sono alla base di modelli comportamentali radicati nella società. La presenza di antinomie (es., bello/brutto, normale/anormale, positivo/negativo) può determinare per i soggetti post-comatosi delle difficoltà di inserimento sociale e professionale ostacolando così il successo della riabilitazione;
- l'influenza delle tecnologie informatiche sul recupero del malato con conseguente acquisizione di abilità comunicative e inter-relazionali;
- la percezione del tempo da parte del soggetto in termini sia di consapevolezza della propria condizione psico-fisica sia di uso del tempo libero;
- il “mondo di vita” del traumatizzato cranico ricostruito attraverso la narrazione della propria esperienza assume un significato teorico importante da un duplice punto di vista: quello prettamente medico secondo cui il ricordo/non ricordo è determinato dall'amnesia post-traumatica e dalla scarsa consapevolezza dei propri deficit e quello, invece, socio-antropologico per cui il ricordo di un evento diventa un “segno” che si inserisce all'interno di una cornice culturale con ricadute sul piano sociale e psicologico che influenzano la narrazione stessa del soggetto narrante;

I “*concetti-chiave*” emersi dai racconti e che sono ancora in fase di analisi comparativa riguardano:

- dolore
- sofferenza
- salute
- malattia
- qualità di vita
- riabilitazione
- disorientamento
- solitudine
- trauma
- coma
- rianimazione
- risveglio
- memoria
- paura
- angoscia
- vita
- futuro

In conclusione, emerge una significatività della dimensione sociale della malattia che non può prescindere dal prendere in considerazione le variabili culturali, politiche ed economiche che fanno da sfondo alla problematica del traumatizzato cranico. Comprendere la complessità culturale e comportamentale del traumatizzato cranico significa, quindi, contestualizzare i suoi bisogni in relazione alle opportunità offerte dalla società.

Il Progetto Quality Of Life after Brain Injury (Qolibri): una scala di misura sulla qualità di vita dopo un trauma cranico

In questa parte si riportano i primi risultati emersi dal Progetto Multicentrico Internazionale *Quality of Life in Brain Injury (QOLIBRI)*. Un progetto iniziato nel 2004 e terminato nel corso di questo anno. Un'esperienza concreta di ricerca che ha permesso nel corso di questi anni di ampliare e approfondire un'area spesso poco indagata, soprattutto, dal punto di vista socio-antropologico quale quella della qualità di vita. La letteratura scientifica in merito lamenta, infatti, una carenza di strumenti atti a misurare un concetto di per sé complesso e che investe molteplici dimensioni: da quella socio-culturale, a quella psico-fisica e funzionale. Entrando nel merito del progetto, si tratta di uno studio pilota sviluppato con un Gruppo Internazionale di oltre 10 Paesi in 8 lingue diverse (Argentina, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Italia, Olanda, Regno Unito, Usa, ecc.) per la validazione di una scala sulla qualità della vita nei pazienti con esiti di trauma cranico (TC). A seguito delle decisioni prese recentemente dal Coordinamento metodologico europeo, è stato deciso di adottare una versione ridotta del questionario QOLIBRI che, in particolare, esplora 5 aree del grado di soddisfazione della qualità di vita (fisica, cognitiva-psicologica, funzionale, personale e sociale) e 3 del disagio, vissute dal soggetto in relazione a diversi tipi di problemi (sentimentali, motori, fisici). Per ciascuna delle due parti si utilizza un punteggio a 5 livelli (1-per niente; 2- poco; 3- abbastanza; 4- molto; 5- moltissimo). Lo scopo del questionario è quello di testare una scala sulla qualità della vita e, al contempo, vedere se le aree indagate misurano effettivamente la qualità di vita dei traumatizzati cranici. La versione ridotta e definitiva del Questionario è stata ufficialmente tradotta in italiano dalla Fondazione Santa Lucia e, in particolare, dall'Unità Post-coma che funge da coordinamento nazionale con gli otto centri italiani che hanno partecipato alla prima fase sperimentale del progetto¹⁹⁰.

¹⁹⁰ Ospedale Sacro Cuore – Verona; Presidio Ospedaliero Ausiliatrice – Torino; Neurologia USL 9 – Grosseto; Ospedale S. Anna – Crotone; U.O. S. Maria delle Croci – Ravenna; U.O. Medicina Riabilitativa Ospedale di Quasso al Monte – Varese; U.O. I.R.C.C.S. “Eugenio Medea” Pieve di Soligo – Treviso.

Gli obiettivi del progetto sono, infatti, quelli di:

- valutare, mediante somministrazione del QOLIBRI Package il grado di soddisfazione e di disagio percepiti dal paziente con esiti di TC;
- correlare la percezione della qualità della vita del paziente con opportuni indici clinici e neuropsicologici;
- confrontare il livello di soddisfazione e disagio, nonché il quadro clinico e neuropsicologico, con il profilo socio-culturale del paziente;
- confrontare e valutare la possibile discrepanza tra la percezione delle problematiche esperite dal paziente con quanto osservato dal suo caregiver e la gravità dei deficit cognitivo-comportamentali secondo il riscontro clinico.

Sono stati reclutati 50 pazienti secondo i seguenti criteri di inclusione:

- non ospedalizzati;
- età: 15-65 anni alla data dell'intervista;
- diagnosi di trauma cranico codificata in base alla classificazione ICD10;
- periodo decorso dall'incidente: da 3 mesi a 15 anni;
- età minima alla data dell'incidente: 15 anni;
- disponibilità al consenso informato.

Dal campione complessivo sono stati, quindi, esaminati 31 soggetti confrontati con altrettanti *caregiver* (familiare).

Materiali e metodi

Si ritiene utile riportare in questa parte i principali risultati emersi dall'analisi statistica condotta sul campione di 50 pazienti e su quello riguardante i 31 soggetti confrontati con i rispettivi *caregiver*. L'analisi statistica condotta sul campione di 50 pazienti (72% M, 28% F; età media: 32.9; range: 17 ÷ 58 anni) con i seguenti parametri clinici: Glasgow Coma Scale (GCS) (mediana 7 (range: 3 ÷ 15); durata del coma (in giorni): media: 31.5 (range: 0 ÷ 180 giorni); Amnesia Post Traumatica (in giorni): mediana 44 giorni; Distanza dal trauma (in anni): media 2,2 anni (range: 0 ÷ 13 anni), ha messo in luce come i principali problemi clinici dei pazienti siano:

Distribuzione % dei problemi clinici nei pazienti

<i>Problemi clinici</i>	<i>SI (%)</i>	<i>NO (%)</i>
Epilessia	12	88
Emiparesi	50	50
Deficit visivi	36	64
Deficit uditivi	8	92
Traumi extracerebrali (fratture)	66	34
Disturbi della comunicazione	32	68
Deficit attentive	44	56
Deficit mnesici	46	54
Disturbi disesecutivi	24	76
Disordini affettivi e comportamentali	46	54

La maggioranza del campione presenta una durata del coma che si colloca tra i 3-14 giorni (34.0%) e oltre 30 giorni (32%). Il 18% dei pazienti ha una durata di coma inferiore alle 48 ore e solo il 16% una durata che si colloca tra i 15-30 giorni.

Per quanto riguarda la gravità del trauma cranico il 70% dei pazienti presentava una diagnosi di trauma cranico grave ($GCS \leq 8$), il restante 30% presentava, invece, un trauma cranico lieve o moderato ($GCS 9-13$; $GCS 14-15$).

Il 58% dei pazienti dell'Unità Post-Coma presenta dal punto di vista del recupero un punteggio buono, nel 32% dei pazienti in uscita dall'unità permane ancora una disabilità moderata e solo nel restante 10% del campione permane una disabilità grave. Se, quindi, è pur vero che al momento dell'ingresso i pazienti presentano una Glasgow Coma Scale (GCS) grave, è altrettanto vero che in uscita la maggioranza del campione ha un buon recupero.

Il positivo punteggio riscontrato nella Glasgow Outcome Scale (GOS) è avvalorato altresì dai punteggi registrati nella GOS-E: ben il 46% dei pazienti presenta, infatti, un buon recupero (inferiore e superiore), nel 32% permane, invece, un'invalidità moderata (inferiore e superiore) e il restante 22% ha un'invalidità grave (inferiore e superiore).

Per quanto riguarda le *caratteristiche socio-anagrafiche* del campione, il 58% dei pazienti è single e il 24% è coniugato. Il campione possiede un titolo di studio medio-basso (complessivamente il 64%) e solo il 20% possiede una laurea.

Il 30% del campione si considera occupato a tempo pieno, il 22% è disoccupato, il 20% rientra nelle forme di impiego "atipico" (part-time, autonomo e/o altro), il 14% sono studenti, il 10% sono invalidi e, infine, il 4% è pensionato/a.

Di seguito vengono presentati i risultati relativamente al complessivo grado di soddisfazione riguardante alcuni aspetti della propria qualità di vita. Il periodo preso in considerazione è quello attuale (ossia al momento in cui è stata fatta l'intervista), inclusa la settimana immediatamente precedente la stessa.

Domande:

n. 1. Complessivamente, quanto sei soddisfatto/a della tua condizione fisica?

Il 48% dei pazienti reputa abbastanza soddisfacente la propria condizione fisica a fronte di un 38% che la giudica in termini positivi e di un restante 14% che non è poco soddisfatto.

n. 2. Complessivamente, quanto sei soddisfatto/a del modo in cui funziona il tuo cervello, dal punto di vista della concentrazione, memoria, pensiero?

Il grado di soddisfazione riguardante le proprie capacità cognitive è giudicato altamente soddisfacente dal 46% dei pazienti, abbastanza soddisfacente nel 38% e in termini decisamente negativi dal 16%.

n. 3. Complessivamente, quanto sei soddisfatto/a dei tuoi sentimenti e delle tue emozioni?

Dal punto di vista sentimentale ed emozionale la maggioranza dei pazienti ha una percezione tutto sommato positiva (82%) a fronte di un 18% che è decisamente scontento.

n. 4. Complessivamente, quanto sei soddisfatto/a della tua capacità di affrontare le attività della vita quotidiana?

Esattamente la metà del campione (50%) riferisce una buona soddisfazione per quanto riguarda la capacità di affrontare le attività della vita quotidiana, il 34% è abbastanza soddisfatto, il 16% non è per niente soddisfatto.

n. 5. Complessivamente, quanto sei soddisfatto/a della tua vita personale e sociale?

Più della metà del campione (il 54%) è soddisfatto della propria vita personale e sociale, il 30% è abbastanza soddisfatto e il 16% non è per niente soddisfatto.

n. 6. Complessivamente, quanto sei soddisfatto/a della tua attuale situazione e delle prospettive future?

Se tutto sommato si può, dunque, affermare che la maggioranza dei pazienti ha una buona soddisfazione della propria qualità di vita, tale percezione cambia, seppur lievemente, allorquando gli stessi vengono interrogati sulle prospettive future. In questo caso, infatti, sale la quota degli insoddisfatti (il 24%).

L'area del disagio riguardante gli effetti causati dal trauma cranico non è ritenuta un problema nel 56% dei pazienti, lo è, invece, per il 38% ed è considerata "abbastanza" come tale nel 18%.

Per quest'area alla stessa scala (da 1 a 5) utilizzata per l'area della soddisfazione è stata aggiunta un'altra modalità, "Non ho questo problema", che in sede di codifica è stata accorpata alla modalità "per niente".

La situazione sembra, invece, molto diversa se si intervistano i familiari. I risultati emersi, infatti, dall'analisi dei 31 soggetti confrontati con i rispettivi *caregiver* evidenziano:

- una percezione della Qualità della Vita da parte del paziente superiore rispetto a quanto percepito dal suo caregiver;
- la correlazione tra alcuni indici cognitivi come i deficit attentivi e la differenza nella percezione della Qualità della Vita tra paziente e caregiver, suggerisce l'importanza di una attenta valutazione neuropsicologica e la necessità di una raccolta dei dati non solo diretta (al paziente), ma anche indiretta (tramite il suo caregiver);
- l'assenza di correlazione tra auto-percezione della Qualità della vita del paziente e gli indici neuropsicologici, sembra suggerire l'opportunità di estendere questo tipo di valutazione a parametri psicologici e comportamentali, con particolare riferimento alla consapevolezza di malattia del paziente;
- una correlazione significativa tra la distribuzione e l'estensione del danno assonale diffuso (DAI) prevalentemente a livello dei lobi frontali e temporali e una qualità della vita meno soddisfacente, soprattutto nella percezione dei familiari, consente di ipotizzare una relazione tra le problematiche cognitivo-comportamentali o residue e l'isolamento sociale.

Conclusioni

L'esperienza progettuale ha messo in luce da un punto di vista prettamente socio-culturale alcune questioni su cui è bene riflettere:

- se la percezione della qualità della vita viene ridotta a una semplice "soddisfazione" si perdono tutte le altre dimensioni relazionali, sociali e culturali che la valutazione di qualità dovrebbe contenere.
- Nella valutazione della "qualità di vita" si dovrebbe, dunque, considerare tanto quella del traumatizzato cranico che quella del familiare.
- La percezione e soddisfazione della propria qualità di vita (soprattutto nel caso dei traumatizzati cranici) è imprescindibile da un'analisi sociale che sia in grado di correlare atteggiamenti, comportamenti e stili di vita con le condizioni oggettive di vita di un determinato gruppo sociale

- Questi indicatori soggettivi si costruiscono essenzialmente attraverso le interviste e si basano sulle esperienze dirette delle persone e, quindi, sulle loro caratteristiche, norme, valori e modelli di comportamento (Campbell et al., 1976).
- L'analisi degli atteggiamenti e della qualità di vita dei traumatizzati cranici e del loro contesto di riferimento in chiave sociologica e interdisciplinare potrebbe rappresentare un ulteriore approfondimento dei risultati della ricerca acquisiti a livello epidemiologico e neuropsicologico.

L'analisi dei traumatizzati cranici potrebbe, quindi, rappresentare un valido modello di applicazione per la sociologia e l'antropologia soprattutto per un'indagine dinamica degli indicatori sociali che condizionano il reinserimento e la reintegrazione.

Come afferma A. Sen: *“Le realizzazioni osservabili di una persona, quello che una persona può realmente fare in concreto e le sue capacità di trarre beneficio da ciò, dipendono anche dal sostegno e concreto supporto che le istituzioni e i servizi sociali danno”* (Sen, 2002).

Capitolo Quarto

Limiti e distorsioni dell'attuale cultura ospedaliera: verso una prospettiva umanizzante¹⁹¹

(Eloïse Longo*)

Malgrado la trionfante espansione del sistema biomedico, i suoi continui sviluppi conoscitivi e i grandi successi nel campo della prevenzione e della terapia, la medicina occidentale sembra oggi manifestare sempre più chiaramente alcuni limiti e segnali interni di crisi.

Tali segnali possono essere individuati nella sempre più crescente spinta alla frantumazione specialistica della formazione e pratica medica, ad un improprio affidamento alla diagnostica strumentale a detrimento della diagnosi clinica, ad una

¹⁹¹ Pubblicato nel volume: P. De Nardis, S. Polverini, A. Sannella (a cura di), *Questioni di vita o di morte. Bioetica, comunicazione biomedica e analisi sociale*, Guerini Studio, Milano, 2004, pp. 84-91.

burocratizzazione degli apparati e dei servizi medici, alla progressiva spersonalizzazione del rapporto medico-paziente e alla sostanziale oggettivazione dello stesso come mero portatore di infermità.¹⁹² Tutto ciò conduce ad estese aree sociali di insoddisfazione e delusione per la qualità dei rapporti con il personale e i servizi sanitari. Si registra, infatti, una difficoltà crescente della medicina ufficiale a garantire al paziente un rapporto personalizzato, unitario, attento alle sue condizioni di vita, al contesto sociale e culturale nel quale è inserito.

Se dalla seconda metà dell'800 sino agli anni '50 si è registrata una battaglia contro le cosiddette "medicine alternative" a sostegno totale di un processo di difesa della salute sotto il controllo della biomedicina, oggi, invece, tende a delinearsi un quadro contrassegnato da multiculturalismi relativi ai saperi medici e da fenomeni di sincretismo culturale. Alcune caratteristiche attuali dell'ospedale costituiscono, dunque, il versante istituzionale di quanto sopra affermato a proposito del rapporto medico-paziente.

Gli aspetti critici dell'attuale realtà ospedaliera sono identificabili in una iperburocratizzazione che si sostanzia in una somma di regole e norme che hanno l'effetto di traumatizzare e spersonalizzare il malato. L'accento, infatti, è posto sul corpus delle tecniche della guarigione e del sapere a scapito della soggettività del malato e la conseguenza è quella di una iperspecializzazione che contribuisce a "rompere" la sua unità esistenziale. Il paziente che entra nell'ospedale vive una sorta di rito di passaggio: da persona sana, diventa persona malata nella prospettiva di ritornare nuovamente persona sana, lasciando alle spalle la sua vita "normale" ed entra in uno stato liminale caratterizzato da vulnerabilità e pericolo che riguarda sia la sua condizione fisica che quella sociale e simbolica.¹⁹³

La cultura ospedaliera è parte della cultura della società e ne interpreta gli orientamenti nei confronti della salute. Elemento distintivo e fondante di tale cultura è la razionalità scientifica che si traduce nella forma di una sorta di "neutralità affettiva"¹⁹⁴ che ben si coniuga con una cultura ospedaliera che si propone come impersonale sia nelle modalità di relazione con il soggetto che negli aspetti materiali. L'ospedale è un luogo artificiale in cui la malattia trapiantata rischia di perdere il suo volto essenziale. Il malato allontanato dalla famiglia perde il sostegno affettivo e psicologico che può concorrere ad aiutare a sconfiggere il male traducendosi, come afferma M. Foucault in una "solitudine popolata" che tanto può incidere nel decorso della malattia¹⁹⁵. Lo storico P. Ariès, accentua tale aspetto e parla di una mancanza di esternazione del dolore all'interno della struttura ospedaliera. Malattia, dolore e morte sono state progressivamente sottratte alla sfera individuale, familiare e sociale e confinate nell'ospedale. A partire dalla seconda metà del '900 si assiste alla tabuizzazione della morte.¹⁹⁶

¹⁹² T. Seppilli, *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, in "AM" n.1-2, 1996

¹⁹³ Cfr. sui riti di passaggio A. Van Gennep, *Les rites de passage*, 1909

¹⁹⁴ T. Parsons, *The social system*, 1951

¹⁹⁵ M. Foucault, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, trad.it, 1975

¹⁹⁶ P. Ariès, *L'uomo e la morte dal Medioevo ad oggi*, Editions du Seuil, Paris, 1977

Si può, quindi, affermare che la scienza medica dal secolo XIX ad oggi segue una traiettoria che tende a separarsi sempre di più dall'uomo a favore di una tecnicizzazione che si preoccupa di curare il sintomo localizzato in un corpo sempre più spersonalizzato perdendo quella visione olistica della malattia che sola può condurre ad unicità soma/psiche. Se - come significativamente afferma F. Ongaro Basaglia - il malato all'interno della struttura ospedaliera (e non solo) viene sistematicamente "oggettivato e ridotto a semplice malattia" e se, ancora, lo stesso viene ridotto "a un corpo senza storia"¹⁹⁷ separato dalle sue condizioni di vita, perdendo così di vista la sua valenza storico-sociale e culturale, allora sembra opportuno ri-considerare e ri-valutare la struttura ospedaliera in una prospettiva "umanizzante". Da questo punto di vista, una "cura sanitaria umanizzante" significa convinzione dell'unicità e del valore di ciascun individuo, partecipazione al processo terapeutico, riconoscimento del ruolo insostituibile della famiglia nel processo di cura e guarigione della malattia.

La prospettiva umanizzante assume in tale contesto una valenza antropologica di estrema rilevanza. La semplice constatazione che il paziente viene "appositamente" trasformato in un "numero letto" una volta varcata la soglia dell'ospedale, riflette, d'altronde, la complessità delle moderne strutture ospedaliere, veri e propri "sistemi" così come vengono definiti da A. Kleinman fondati su rappresentazioni di saperi e pratiche mediche socialmente e culturalmente determinate concernenti gli stati patologici e le azioni volte a fronteggiarli.¹⁹⁸ A una complessità strutturale ospedaliera corrisponde, quindi, una complessità dei modelli esplicativi della malattia, della sofferenza, della morte che rispecchiano relazioni a vari livelli di un fenomeno complesso e mutevole: "lo star male". Nel modello proposto di sistema medico si intersecano e interagiscono molteplici settori: quello medico-professionale, quello proprio della medicina tradizionale o folk e, infine, quello, popolare. Il primo è rappresentato dagli operatori professionali della salute riconosciuti e legittimati istituzionalmente; il secondo riguarda il patrimonio di pochi individui, i guaritori tradizionali riconosciuti in quanto tali dalla comunità, ma non dalle istituzioni e dallo stato; il terzo rappresenta l'universo, le credenze e pratiche terapeutiche condivise nell'ambito della comunità di appartenenza che il malato stesso può utilizzare senza nessun intermediario. Il percorso terapeutico si configura, quindi, come una successione di decisioni e strategie messe in atto dagli individui per fronteggiare gli episodi concreti di malattia. Tali strategie comprendono sia le pratiche sociali finalizzate alla cura, sia le istituzioni, strutture e servizi per la salute.

La prospettiva antropologica proposta consente, quindi, di approfondire ulteriormente la specificità culturale dell'ospedale e alcune sue problematiche, quali, ad esempio, la posizione dell'ospedale nella società e quella del paziente al suo interno; i rapporti esistenti con altre istituzioni mediche, formali ed informali; problemi di tipo strutturale, ecc.

¹⁹⁷ F. Ongaro Basaglia, *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Einaudi, Torino, 1982

¹⁹⁸ A. Kleinmann, *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural system*, "Social Science & Medicine", vol. 12B, n.2, 1978, pp.85-93.

Si tratta, dunque, di un'opzione teorica non certo esclusiva né esaustiva di tale realtà ma che, grazie all'apporto di altre discipline (medicina, sociologia, psicologia, economia, filosofia, storia, ecc.), può validamente fornire una chiave di lettura attraverso la quale leggere le dinamiche che s'instaurano, ad esempio, nei processi di riformulazione delle identità, singole e collettive (medico-paziente; personale paramedico-paziente; medico-famiglia, ecc.), di genere, femminile e maschile, o, ancora, sistemiche (ospedali-centri di cura tradizionali, agenzie formali/informali). L'obiettivo, infatti, è quello di recuperare la capacità di personalizzazione del rapporto medico-paziente che deve allargarsi all'orizzonte di riferimento sociale in cui il malato è culturalmente inserito, recuperando una sufficiente conoscenza dei significati e dei valori di riferimento, culturali e materiali che danno senso al suo stile di vita, al suo atteggiamento verso salute e malattia, alle "attese" che motivano il rapporto con il medico.

Il problema è centrale: si tratta di rimettere in comunicazione due culture che oggi sempre più spesso non dialogano, quella del paziente, della sua famiglia e del suo ambiente sociale e quella delle strutture sanitarie. Entrambe le culture pur avendo al centro lo stesso problema, quello del recupero della salute, spesso non comunicano a sufficienza finendo così per diversificarsi quanto a modalità, priorità e sistemi organizzativi di risposta. Si realizza una distorsione comunicativa e vere e proprie barriere prodotte da specifiche e reciproche diffidenze, dissonanze cognitive, eterogeneità di motivazioni, valori, priorità. Le strutture sanitarie tendono, infatti, ad attestarsi ad uno stretto biologismo, scartando e sottovalutando tutto l'aspetto culturale soggettivo. Va, dunque, recuperata l'esperienza soggettiva della persona malata e quella che significativamente M. Pandolfi¹⁹⁹ chiama "grammatica narrativa", ossia l'importanza della narrazione del vissuto di malattia come parte integrante del processo di guarigione.

E', tuttavia, opportuno rilevare come la relazione medico-paziente all'interno della struttura ospedaliera spesso si caratterizza in termini di emergenza e di richiesta d'aiuto. Entrano, quindi, in gioco due aspetti fondamentali del rapporto terapeutico: la competenza tecnico-specialistica del medico che risponde alla richiesta d'aiuto avanzata dal paziente e la sua capacità empatica che risponde al concreto vissuto di malattia. Il rapporto tra i due soggetti può allora caratterizzarsi in termini paritetici (il paziente viene considerato nella sua totalità come persona che soffre, ma con una propria identità e vissuto storico) o conflittuali (spersonalizzazione e oggettivazione del paziente). L'importanza della comunicazione e del linguaggio diventa in questa prospettiva un aspetto imprescindibile della relazione medica. Nel momento in cui il medico espone la diagnosi è opportuno traslare i termini scientifici in un linguaggio che sia alla portata del paziente e scientificamente corretto. Dialogo e ascolto reciproco devono, quindi, informare le molteplici relazioni che si instaurano tra medico e paziente, familiari, personale paramedico e struttura ospedaliera in generale.

¹⁹⁹ M. Pandolfi, *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio campano*, 1991

La complessità delle problematiche inerenti la struttura ospedaliera sin qui brevemente delineata va, tuttavia, inquadrata all'interno di un lungo e faticoso processo che ha visto l'Organizzazione Mondiale della Sanità definire, via via nel corso degli anni, il concetto di salute intesa non solo come assenza di malattia, ma come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale". Una vera e propria rivoluzione culturale che ha portato all'abbandono di un concetto "negativo" di salute (assenza di malattia), all'esigenza di curare le persone complessivamente e non solo le malattie, al superamento di una condizione puramente biologica dei fenomeni morbosi, al richiamo ad una responsabilità personale e, infine, ad un concetto di "equilibrio dinamico" tra individuo e ambiente. Questo ultimo aspetto comprende sia l'ambiente biologico e genetico, sia quello naturale e socio-culturale. La salute diventa, quindi, una condizione di "armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale"²⁰⁰. In tal senso è d'obbligo il riferimento alla Carta di Ottawa (1986), strumento chiave di risposta all'esigenza sempre più diffusa di un movimento mondiale per la salute. La Carta, infatti, invita i governi ad impegnarsi direttamente nella promozione della salute, termine con il quale s'intende fare riferimento a quel processo che consente agli individui di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute al fine di migliorarla. Rafforzare le capacità e le competenze degli individui significa anche e, soprattutto, rimuovere quelle condizioni sociali, ambientali ed economiche che sussistono nell'attuale stratificazione sociale offrendo a tutti, donne e uomini, bambini e anziani, eguali opportunità e risorse per conseguire il potenziale massimo di salute. Esplicito il richiamo all'art. 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'uomo che recita: "Ogni persona ha diritto ad un livello adeguato che assicuri a lui e alla sua famiglia la salute e il benessere".

L'ospedale in questa prospettiva, quindi, può e deve diventare l'ambiente "reale" nel quale le persone e i gruppi possono esprimere i propri bisogni e richieste e progettare adeguate strategie per essere coinvolti nei processi decisionali che li riguardano. L'acquisizione di una maggiore consapevolezza da parte del singolo porta ad un coinvolgimento e una collaborazione con il personale medico e paramedico in grado di influire sulla qualità del processo terapeutico e sulla qualità di vita. La Dichiarazione di Sundsvall sugli "Ambienti favorevoli alla salute" (Ginevra, 1991) si muove lungo questa direzione. Afferma, infatti, l'importanza della dimensione sociale, politica ed economica dell'ambiente e individua specifiche strategie d'azione per l'attribuzione di maggior potere e partecipazione delle comunità, singole e collettive.

Un ospedale, dunque, "a misura d'uomo" che non fornisce soltanto servizi, ma soprattutto un' "identità corporativa" finalizzata alla promozione, tutela e cura della salute dei propri pazienti. Un "sistema culturale" che deve diventare contesto di vita adeguato e orientato verso i bisogni dell'individuo, bisogni non solo assistenziali, ma anche culturali, sociali e psicologici.

²⁰⁰ T. Seppilli, op. cit. p.1.

Bibliografia

Alland, A.,

1970, *Adaptation in cultural evolution: An Approach to medical anthropology*, New York, Columbia University Press.

Amselle, J.L.

1999 (1990), *Logiche meticce. Antropologia dell'identità in Africa e altrove*. Bollati Boringhieri, Torino.

Ariès, P.,

1977, *L'uomo e la morte dal Medioevo ad oggi*, Ed. Bur, Milano.

Augé, M. e Herzlich C.

1987, *Interpretazione di culture*, Il Mulino. Bologna.

Basaglia, F.,

1982, *Scritti II. 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Einaudi, Torino.

Beneduce, R.,

1997, (a cura di) *Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali*, L'Harmattan Italia. Torino.

Bernabé S., Benincasa F., Danti G.

2005, «Il sintomo e il discorso della salute. Le rappresentazioni e le narrazioni di salute e malattia. Una fondazione neurobiologica della soggettività in Medicina generale», in Morrone G., (a cura di), *Il discorso sulla salute. Verso una sociosemiotica medica*, pp. 109-124. Meltemi ed., Roma.

Bloch, M.

2004 (1994), "Linguaggio, antropologia e scienze cognitive" in Borofsky R., *L'antropologia culturale oggi*. pp.339-347. Meltemi Ed. Roma.

Boldrini, P. e Basaglia, N.

1994, *La riabilitazione del grave traumatizzato cranio-encefalico*. Masson S.p.A., Milano.

Campbell A., Converse P.E., Rodgers W.L.

1976, *The Quality of American Life. Perceptions, Evaluations, and Satisfaction*. Russel Sage Foundation. New York.

Canadian Policy Research Networks

2001, *Indicators of quality of life in Canada. A citizens' prototype*. Toronto.

Clements, F.

1932, «Primitive Concepts of Disease», University of California Publications, in *American Archaeology and Anthropology*, 32, pp.185-252.

Coleman, J.

1998, "Social Capital in the Creation of Human Capital". in *American Journal of Sociology* 1998y.; 94.

Cozzi D.-Nigris D.,

1996, *Gesti di cura elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Colibrì, Paterno Dugnano, Milano.

Csordas T.J.,

1990, «Embodiment as a Paradigm for Anthropology», in *Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology*, vol 18, n.1, pp.5-47.

De Micco, V.,

1999, «Malattia, maleficio, possessione», in *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, pp. 93-128. Argo Ed., Perugia.

Debru A.,

2001, «Pensiero medico e pratica della medicina nei trattati ippocratici», in AA.VV., *Storia della scienza*, pp. 691-708. Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da G. Treccani, Marchesi Grafiche Editoriali, Roma,

Di Cristofaro Longo, G.

1993, *Identità e cultura. Per un'antropologia della reciprocità*. Ed. Studium, Roma.

Evans-Pritchard, E. E.

1976 (1937), *Stregoneria, Oracoli e Magia tra gli Azande*. Franco Angeli Ed. Milano.

Farmer P.

1999, *Infections and Inequalities. The Modern Plagues*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles- Oxford.

Fassin D.,

1992, *Pouvoir et malarie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Presses Universitaires de France, Paris.

Ferrarotti, F.

1992, *Mass media e società di massa*, Laterza, Roma-Bari.

Formisano R., Penta F., Bidona U., et al.

2001, *Protocollo diagnostico-terapeutico del grave traumatizzato cranico con coma prolungato post-traumatico*. Istituto Superiore di Sanità, Rapporti Istisan Roma, 2001: 01/26.

Foster G.M.,

1976, «Diseases aetiologies in non-Western medical systems», in *American Anthropologist*, vol. 78, pp. 773-782.

Foucault M.,

1975, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino.

Geertz, C.

1988, *Interpretazioni di culture*, Il Mulino, Bologna.

Good, B.

1999, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino, Ed. Comunità Einaudi.

Good, B.J.

1994, *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 116.

Goffmann, E.

1959, *The Presentation of Self in everyday life*. Doubleday Anchor Books, New York.

1963, *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Englewood Cliff, Prentice-Hall.

Greenspan A.I., Wrigley J.M., Kresnow M., et al.

1996, "Factors influencing failure to return to work due to traumatic brain injury", in *Brain Injury*. 1996;10(3):207-18.

Hernández Á.M.,

1998, «L'antropologia del sintomo. Fra ermeneutica e teoria critica», in *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, vol. 5-6, pp. 7-38. Argo, Perugia.

Illich I.,

1977, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, trad. it., Arnoldo Mondadori Milano.

Ingrosso, M.

2003, *Senza Benessere sociale. Nuovi rischi e attese di qualità della vita nell'era planetaria*. Roma, Franco Angeli Ed..

Isqols,

1998, «Quality of Life definition and Terminology», in *The Int. Soc. Of Qol. Studies*. Cummings R.A. ed., 1998.

Jacobs, H. E.

1988, «Yes, behaviour analysis can help, but do you know how to harness it?», in *Brain Inj.* 1988 Oct-Dec;2(4), pp.339-46.

Jennett B, Bond M.

1975 «Assessment of outcome after severe brain damage», in *Lancet*. 1975;1:480-4.

Jennett, B e Frankowski, R.

1990, «The epidemiology of head injury» in: Braakman R (Ed.). *Handbook of clinical neurology*. Vol. 13(57); *Head Injury*. 1990. p. 1-16. Elsevier Science Publishers B. Amsterdam, New York.

Kleinman, A.

1980, *Patients and healers in the context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology and Psychiatry*. Berkely University of California Press.

Koskinen, S.

1998, «Quality of life 10 years after a very severe traumatic brain injury (TBI): the perspective of the injured and the closest relative», in *Brain Injury*. 1998;12(8):631-48.

Lanternari V.,

1994, *Medicina, magia, religione, valori*, I vol., Liguori Editore. Napoli.

Laplantine F.,

1986, *Antropologie de la malarie*. Payot. Paris.

Last M.,

1981, «The importance of knowing about not knowing», in *Social Science and Medicine*, vol. 15 B., pp.387-392.

Leslie C.,

1980, «Medical pluralism in a world perspective», in *Social Science and Medicine*, vol. 14B, 1980, pp. 191-195.

Levi-Strauss, C.

1978, *Antropologia strutturale due*. Il Saggiatore. Milano.

Lezak, M. D.

1988, «Brain damage is a family affair», in *J. Clin Exp Neuropsychol*. 1988 Jan;10(1):111-23.

Lock M, Scheper-Hughes N.,

2006, «Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica. Rituali e pratiche disciplinari e di protesta», in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, pp. 149-198. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Menéndez E.L.,

1993, «Struttura sociale e struttura di significato nel processo salute/malattia/cura» in *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia medica*, n. 1-2, 1996, Argo Ed., Perugia.

Ministero dei Lavori Pubblici

2000, «Indirizzi generali e linee guida di attuazione del Piano Nazionale della Sicurezza Stradale», in *Piano Nazionale della Sicurezza Stradale (P.N.S.S.)*, marzo 2000.

Murdock G.P.,

1934, *Our Primitive Contemporaries*, Macmillan, New York.

Oddy M., Coughlan T., Tyerman A., et Als.

1985, «Social adjustment after closed head injury: a further follow-up seven years after injury», in *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1985 Jun;48(6):564-8.

Oddy, M. e Humphrey, M.

1980, «Social recovery during the year following severe head injury». in *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1980 Sep;43(9):798-802.

Oddy M., Humphrey M., Utley D.,

1978, «Subjective impairment and social recovery after closed head injury», in *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1978; 41: 611.

Ongaro Basaglia F.,

1982, *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Einaudi, Torino.

Organizzazione Mondiale della Sanita, 1980.

Orsi, P. e Signoretti, S.

2007, «Medicina riabilitativa» in *Istituto della Enciclopedia Treccani, Scienza e Tecnica*, 2007, vol II, pp. 111-115. Union Printing S.p.A., Roma.

Pandolfi, M.

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

Pandolfi M.,

1996, *Perché il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio*, Meltemi Ed., Roma.

Parodi A.,

2002, *Storie della medicina*, Einaudi, Torino.

Pizza G.,

2005, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

Pool R.,

1994, *Dialogue and the interpretation of illness. Conversations in a Cameroon village*, Berg, Oxford-Providence.

Press I.,

1980, «Problems in the definition and the classification of medical systems», in *Social Science and Medicine*, vol. 14B, pp. 45-57.

Putnam, R. D.

2004 (2000) *Capitale sociale e individualismo. Crisi e rinascita della cultura civica in America*. Il Mulino, Bologna.

Quaranta I.,

2006, (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Raffaele Cortina Editore. Milano.

Radley, A. E. e Green, R.

1985, «Style of adjustment to coronary graft surgery», in *Social Science and Medicine*. 1985; 20:461-472.

Rivers, W.H.R.,

1924, *Medicine, Magic and Religion*. Kegan Paul. London.

Schirripa P. - Zúniga Valle C.,

2000, «Il sistema medico», in *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, pp. 210-221. Argo Ed, Perugia.

Schutze, F.

1984, «Kognitiven Figuren des autobiographischen Stegreiferzahlens», in M. Kholi, G. Robert (Eds.), *Biografie und Soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven*. Metzler. Stuttgart.

Sen, A.

2002, *Globalizzazione e libertà*, Ed. Mondatori, Milano.

Seppilli T.,

1996, «Antropologia medica: fondamenti per una strategia», in *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 1996, n.1-2, Argo Ed., Perugia.

2004, «La funzione critica dell'antropologia medica: temi, problemi, prospettive», in *I quaderni del CREAM*, pp. 5-25. Centro di Ricerche Etno-Antropologiche Milano, Università degli Studi di Milano Bicocca, Il. Trauben Ed.Torino.

Stefanini A., Albonico M., Maciocco G.,

2006, *Le disuguaglianze nella salute: definizioni, principi e concetti*, presentato al IX Convegno su: «Fragilità sociale e tutela della salute: dalle disuguaglianze alla corresponsabilità», presso l'Istituto Superiore di Sanità, 13 dicembre 2006. Roma.

Strauss, C. e Quinn, N.

1994, «Un'antropologia cognitivo-culturale», in Borofky R., *L'antropologia culturale oggi*, pp. 348-366. Meltemi Ed. Roma.

Tuassig M.T.,

2006, «Reificazione e coscienza del paziente», in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, pp. 75-106, Raffaello Cortina Editore. Milano.

Turner, V.,

1976 (1967), *La foresta dei simboli*. Morcelliana. Brescia.

Van Gennep A.,

1909, *Les rites de passage*, Nourry Paris.

Volpini D.,

2005. «La ricerca sull'immigrazione in Medicina sociale», in Todisco A., Gini G., Volpini MP. (a cura di), *Immigrazione, salute e partecipazione*, pp. 29-34. Atti Istituto Italiano di Medicina Sociale. Roma.

Vergati S., Di Franco G., Memoli R., et Als.

1999, *Dimensioni sociali e territoriali della qualità della vita*. La Goliardica Ed., Roma.

Weddell R, Oddy M, Jenkins D.

1980, «Social adjustment after rehabilitation: a two year follow-up of patients with severe head injury», in *Psychol Med*. 1980 May;10(2):257-63.

Young A.,

2006, «Antropologie della “illness” e della “sickness”», in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, pp. 107-148. Raffaello Cortina Ed. Milano.