

mappe, corpi & meridiani

Stefania Consigliere

Dipartimento di Scienze Antropologiche
Università degli Studi di Genova
Via Balbi 4
16121 Genova

antefatto

La medicina tradizionale cinese non si basa sull'anatomia: questa proposizione è stata ripetuta abbastanza spesso, da esperti veri o sedicenti e dai mezzi d'informazione, da diventare una specie di luogo comune.

A sentirla viene fatto di pensare che, evidentemente, il divieto di sezionare i cadaveri non ha trovato, nell'Impero celeste, trasgressori abbastanza determinati; o magari era fatto rispettare con rigore ferreo; o forse di Leonardo ne nasce uno solo al millennio, e la civiltà a cui tocca sarà la fortunata vincitrice di un'anatomia *scientifica*.

Il fatto è che la proposizione di cui sopra è solo una delle molte che il folklore scientifico e la vulgata antropologica trasmettono in giro senza troppo curarsi di precisare i dettagli. Ben più corretto sarebbe infatti dire che la medicina tradizionale cinese non si basa sull'anatomia di stampo occidentale; o ancora, che si basa su un'anatomia diversa da quella della medicina scientifica (detta anche *biomedicina*). Ma come spesso succede le culture universalizzano la propria visione, e nel processo finiscono con l'applicare surrettiziamente, senza neppure avvedersene, la figura retorica della *pars pro toto*: in questo modo, l'anatomia occidentale diventa l'intera anatomia, l'anatomia *par excellence*, e "medicina occidentale" un modo pomposo per dire semplicemente "medicina". Il passo seguente è assai breve: se, poniamo, la medicina cinese non si basa sull'anatomia occidentale, *allora* non si basa sull'anatomia *tout court* - e il gioco è fatto.

Ma c'è di più; il pregiudizio non si prosciuga con la sola spiegazione dei giochi linguistici, finché meccanismi ben più sottili restano in azione altrove. Quando in antropologia si affronta la questione delle medicine non occidentali, e si spiega pertanto che l'anatomia cinese - ad esempio - si basa sul sistema dei meridiani, la domanda che invariabilmente viene posta dagli ascoltatori (indipendentemente dall'età, dalla scolarizzazione e dalla professione) è sempre quella: *ma i meridiani esistono davvero?* Curiosità legittima, e altrettanto legittimo scetticismo. Ma la domanda, formulata in questo modo, è piena d'insidie.

Innanzitutto, richiede evidentemente una risposta secca, rassicurante: *sì, i meridiani esistono davvero*; oppure, *no, i meridiani non esistono*. Ma per sua parte, una risposta di questo genere è già fuorviante, e confonde la questione molto più di quanto soddisfi la curiosità. Per rispondere adeguatamente ci vorrebbe molto tempo a disposizione: bisognerebbe guardare la questione da vicino, analizzarne i termini, interrogarsi su cosa voglia dire «esistere davvero», fare qualche confronto fra sistemi medici diversi - insomma avere modo di divertirsi e divagare tirando in mezzo anche un po' di filosofia della scienza.

Ma la vita è breve e i tempi per le spiegazioni sempre troppo corti. Così alla domanda insidiosa si finisce col rispondere, altrettanto insidiosamente: *in un certo senso, sì; in un altro senso, no*; poi, probabilmente, si passa ad altro. Tutti se ne vanno salomonicamente contenti, mentre la vera posta in palio non è neppure stata sfiorata.

sulla perimetrazione

La posta in palio riguarda, nientemeno, la possibilità delle culture di accogliere elementi estranei e farli propri; la capacità degli individui di servirsi di strumenti concettuali differenti; e l'estrema necessità, per la scienza occidentale mondialmente egemone, di non precludersi a priori le conoscenze che non provengano da laboratori sterilizzati e da protocolli rigidi.

Esiste un dato, molto terrestre e materiale, che fa da sfondo ai grandi discorsi e alla stessa nostra percezione del mondo: è il *luogo*, ovvero la delimitazione nello spazio fisico entro cui le cose accadono o esistono, le coordinate in cui gli avvenimenti, come si dice nel linguaggio comune, «hanno luogo» o «non trovano luogo».

Il luogo è tale in rapporto a qualcosa: un altro luogo, o ciò che luogo non è. Il luogo non è lo spazio, non è un'astrazione geometrica che giace su coordinate infinite, né una sorta di contenitore vuoto che inglobi tutto quanto. Il luogo è qualcosa di costruito, di delimitato: è la zona che viene ritagliata dallo spazio indefinito quando si dà a un avvenimento (un incontro, un'interpretazione, una trasformazione) la possibilità di essere. Il luogo, pertanto, è lo spazio *misurabile* di una riuscita o di fallimento.

I luoghi, metaforici e materiali, hanno appunto questa peculiarità: sono misurabili, e cioè mappabili; e cioè, a dirla tutta, traducibili in una piantina geografica. Ci occuperemo in quest'intervento di luoghi in superficie assai diversi fra loro, uniti però saldamente dall'asse intorno a cui sono ritagliati: i luoghi della cura. E anzi, tratteremo soprattutto del luogo per eccellenza dell'impegno medico, il corpo umano, e della sua mappa, l'anatomia (o, per meglio dire, le anatomie).

Prima di procedere oltre è tuttavia necessario premettere una cautela: l'argomento dell'anatomia non sarà affrontato né dal punto di vista della storia della medicina

occidentale, né da quello più ampio della “medicina comparata”. Piuttosto, proveremo a vedere se una prospettiva radicalmente diversa, e perfino apparentemente estranea, non possa gettare per vie traverse utili lumi - nella convinzione che, a volte, nella luce radente si vede meglio che nella luce diretta.

mappe, ovvero anatomie

La geografia ha sviluppato lungo gli anni pregevoli disamine del suo strumento più importante, la carta geografica, in ciò aiutata da due inaspettati alleati: la letteratura e le cosiddette «scienze della mente».

Le carte geografiche sono oggetti affascinanti, e perfino seducenti, sia per l'estetica di cui partecipano che per la *ratio* che le sottende. Una carta geografica è una rappresentazione del mondo, la mappatura di una realtà esplorabile: non solo, e non tanto, perché essa aspira direttamente a *rappresentare* la realtà fisica circostante, a fornirne un modello, ma perché i suoi stessi snodi, i suoi «trucchi» grafici e concettuali sono, essi stessi, manifestazione implicita di un mondo soggiacente: quello culturale, concettuale e sociale del cartografo che ha disegnato la mappa.

Come scrive Denis Wood in un articolo sull'effettivo valore informativo delle mappe, «un altro motivo maggiore di fascino delle carte geografiche risiede poi nel loro essere tanto apparentemente oggettive quanto strutturalmente convenzionali. Tutte aspirando all'oggettività assoluta, ciascuna ricadendo - per fortuna - nelle radici stesse della sua necessità: l'utilità *pratica* che essa riveste» (1). Quello che non sempre è evidente agli utenti delle cartine, è, appunto, l'intrinseca convenzionalità del vocabolario e della sintassi di cui le mappe fanno uso. In sostanza le mappe, così come le immagini in generale, sembrano sempre oggettive *in quanto* visive, persuasive perché non discorsive. In realtà, è l'abitudine ai simboli che le costellano ciò che fa apparire le carte geografiche “oggettive” e indiscutibili (2,3).

Per comprendere gli esatti termini della questione, possiamo tentare un esperimento mentale. Immaginiamo dunque un che geografo marziano sbarchi sulla terra, con l'intenzione di disegnarne una mappa da riportare su Marte ai colleghi astronomi. Il nostro marziano è un tipo un po' strano, che oltre a esibire antenne verdi, tre occhi e quattro braccia, ha anche la curiosa abitudine di disegnare le proprie mappe usando i colori e i simboli secondo un codice diverso. Anziché in marrone, colora le montagne in rosa; le pianure le fa bianche; i mari rossi. Il sud e il nord sono rovesciati, e in questo le sue mappe assomigliano a quelle dei geografi medievali (4). Le dimensioni delle città sono segnate non già coi consueti cerchi concentrici, ma attraverso un complesso codice binario. L'effetto finale sarà abbastanza sconcertante per un umano, ma pur sempre traducibile in termini di “piantine terrestri”: si tratta, in questo caso, di un mero problema di vocabolario.

Ma in modo ancora più bizzarro, il geografo dallo spazio profondo omette dati che sulle nostre cartine compaiono sempre, e ne indica altri che noi solitamente omettiamo. Così le sue piantine riportano sempre la principale direzione dei venti; la temperatura media al 12 giugno; l'età media della popolazione dei centri abitati; il consumo elettrico procapite; e anche se le città siano - secondo i suoi parametri marziani - belle o brutte, accoglienti o inospitali; e se in esse vi sia un luna park. (In compenso, omette sistematicamente di segnalare l'esistenza delle autostrade, l'altezza delle montagne e la profondità dei mari.)

A questo punto, il problema non è più solo di vocabolario, e la questione si è fatta di semantica e di sintassi. A prima vista, le piantine del marziano paiono illeggibili ai terrestri, e facilmente potranno sembrare inutilizzabili e perfino irrilevanti o prive di senso. Così c'è da scommettere che molti umani rinunceranno a capirle e le dimetteranno con un'alzata di spalle, pensando che una mappa che non segnala le strade non è neppure degna di quel nome.

Ma coloro che si prenderanno la briga di imparare il codice cartografico marziano, dopo un periodo più o meno lungo di apprendistato (si tratta, né più né meno, di imparare a *leggere*), potranno cominciare ad apprezzare quelle piantine all'inizio così strane, a usarle per tracciare a loro volta una rotta, o progettare una passeggiata, o integrare le proprie mappe. Inoltre, si potrebbero fare esperienze interessanti. Ad esempio arrivando in una città sconosciuta, e leggendo sulla pianta l'età media della popolazione, sarà poi più facile stimare quale genere di divertimenti vi si trovino, se le strade siano popolate da *skater* o da impiegati, se vi siano molte discoteche o molte case di riposo, se si giochi di più a videogames o a tombola. Si potrebbe alla fine perfino scoprire che queste informazioni, che noi terrestri omettiamo, sono in fondo assai utili.

il termine medio: la realtà

Quanto detto per le cartine geografiche vale anche per un altro genere di mappe: quelle medico-anatomiche. E se ci sembra - presuntuosamente - che una mappatura del corpo diversa da quella cui siamo abituati possa solo essere superstizione o fola, basti pensare a tutto ciò che separa l'anatomia del medico occidentale da quella dell'altrettanto occidentale e altrettanto colto paziente.

Le diverse anatomie sviluppate dalle popolazioni mondiali lungo i millenni della civilizzazione non delineano spazi omogenei o isomorfi, ma neppure, come meglio vedremo, universi incomunicanti.

L'anatomia *non* è il corpo: semmai, è un modello del corpo che – nei casi migliori – riesce a rendere conto dei fenomeni che riguardano la salute e la malattia, a prevederne il decorso e perfino a fornire schemi di intervento per favorire il transito dallo stato di malattia a quello di salute. Questo ci porta, ancora una volta, a

mettere in discussione uno dei presupposti più taciti e potenti del pensiero occidentale: quell'idealismo che discendere le cose dalle idee, la materia dal pensiero.

Cos'è infatti che garantisce che due o più piantine geografiche di un medesimo luogo, nonostante la simbologia diversa e il diverso insieme di informazioni riportate, saranno convergenti? Cosa mi lascia ipotizzare che mi forniranno informazioni che per lo più non saranno contraddittorie? Il fatto che tutte sono state disegnate a partire da una realtà esterna che si voleva, appunto, utilmente ed efficacemente perimetrare. Non è la piantina che crea la geografia; semmai, è la geografia che, nella sua eccedenza di caratteristiche mappabili, permette diversi tipi di piantine e diversi livelli di dettaglio.

Allo stesso modo, non sono la medicina e l'anatomia che creano il corpo umano, con le sue forme di equilibrio e le sue malattie; ma il corpo stesso, realtà complessa, permette lo sviluppo di diverse anatomie, a seconda dei caratteri che vengono messi in rilievo. Nondimeno, l'esistenza dello stesso *corpo sofferente* garantisce una finale convergenza delle anatomie e delle tecniche mediche. Resta fermo che la mappa anatomica è comunque convenzionale: il fatto stesso che altre mappe siano possibili e legittime sottrae a ciascuna la pretesa all'universalità o alla verità. Detto altrimenti, le tavole di Vesalio e i manichini smontabili delle sale di esercitazione medica sono *modelli* del corpo umano tanto quanto i meridiani cinesi e i *dosha* indiani: come tali, non possono avanzare nessuna pretesa di verità che in prima istanza non pertenga anche ai meridiani cinesi o agli umori indiani.

Si può discutere, semmai, ed è bene farlo, dell'efficacia delle diverse anatomie e della loro maggiore o minore utilità nel gestire in modo soddisfacente le malattie riconducendo il corpo alla salute. Nella categoria delle mappe geografiche esistono molte cartine poco dettagliate, o fatte male, che per gli scopi comuni si rivelano pressoché inutilizzabili; ma ci sono altresì molte cartine ben dettagliate, fra cui si può scegliere a seconda di ciò che si voglia ottenere. Così, se è mia intenzione calcolare la distanza in linea d'aria fra Londra e Parigi, una cartina che mostri tutte le strade di ciascuna capitale sarà senz'altro troppo grossa; mentre se dalla Stazione Principe di Genova voglio arrivare in via Cairoli, una cartina dei rilievi d'Italia mi sarà alquanto disutile. Ma attenzione: se per ipotesi volessi stabilire, prima di partire, quale città fra Dublino e Berlino sia più ospitale e meglio dotata di luna park, le mappe terrestri saranno del tutto inutili: e molto meglio sarebbe cercare queste informazioni nelle strane mappe del geografo marziano.

Alla stessa maniera si può legittimamente interrogarsi sull'utilità relativa delle mappe anatomiche delle diverse tradizioni culturali, evitando gli scogli gemelli del riduzionismo "filo-occidentale" e del rifiuto, ancora più assurdo, del modello scientifico. In sostanza, le mappe e le anatomie vanno valutate facendo riferimento al contesto in cui sono sviluppate e a ciò in vista di cui vengono usate. Così, se il

problema è un'appendicite, sarà sensato appoggiarsi a un chirurgo che conosca a menadito l'anatomia biomedica; mentre se soffro di nevralgie ricorrenti al trigemino, è possibile che gli interventi della medicina cinese risultino più efficaci degli antalgici di sintesi.

Per non ingenerare equivoci, sarà bene chiarire subito due questioni. Con quanto appena detto non si vuole affatto suggerire che le medicine non occidentali sono utili solo per le malattie, diciamo così, "non gravi": se la chirurgia, insieme alla prevenzione tramite vaccinazione, è probabilmente il fiore all'occhiello della medicina occidentale, le maggiori tradizioni mediche mondiali hanno sviluppato indipendentemente tecniche terapeutiche di tutto rispetto (5). In secondo luogo, una situazione in cui fosse effettivamente possibile scegliere la terapia in base ai propri bisogni è ben lontana, sia in termini sociali e culturali che in termini economici; non penso, ovviamente, alla popolazione occidentale, che ha accesso a molte forme di terapia e se lo desidera può permettersi di praticare la cosiddetta "medicina alternativa"; mi riferisco, piuttosto, alle popolazioni del resto del mondo, troppo indigenti per poter fruire dei rimedi della medicina scientifica, e quindi legate a doppia mandata ai soli rimedi della medicina tradizionale (6).

la mappa occidentale: cenni

Molteplici fattori intervengono nella definizione della medicina, della malattia e della cura, creando un insieme complesso, e talora inestricabile, di razionalità, credenze, superstizioni ed empirismo. Di fatto, medicina e conoscenza medica possono essere lette come casi particolari di una cultura articolata, un'emergenza specifica di un sistema sociale, culturale e "di vita" assai più ampio (7).

Cominciamo dunque col vedere rapidamente cosa siano, nella nostra cultura, salute, malattia e medicina. In tutt'e tre i casi si tratta di luoghi ampiamente descritti dalla medicina scientifica, le cui mappe tutti noi portiamo in testa non solo come modelli in scala del mondo o come attrezzi utili per muoversi da un posto a un altro (dalla malattia alla salute, di solito) ma, soprattutto, come fossero duplicazioni iperrealistiche della realtà, o la realtà stessa.

Nel mondo occidentale la salute (e si badi: non già un generico equilibrio, ma il *perfetto stato di salute*) fa parte dei segni dello status sociale. Se ai nostri occhi questo sembra normale, sarà necessario fare uno sforzo per apprezzare invece la portata eminentemente *culturale* di un simile concetto di salute. Si tratta, peraltro, di un ideale pressoché irraggiungibile (non esiste lo stato di salute *perfetto*), che si trascina dietro un intero corteo di perversioni, dalla ricerca ossessiva dei parametri ideali all'angoscia di fronte a qualsiasi perturbazione della salute individuale. Inoltre, si consideri altresì fino a che punto l'approccio tecnologico alla cura (per altri aspetti irrinunciabile), ha separato la malattia dal resto della vita dell'individuo,

facendone un capitolo interamente a parte, una parentesi da risolvere - metaforicamente e letteralmente - in modo "chirurgico".

Questa situazione viene spesso giustificata con la necessità scientifica di isolare l'oggetto di studio (la malattia, in questo caso) per meglio comprenderne il funzionamento. Questa esigenza è seria e legittima fintantoché si tratta di studi di laboratorio, e quindi di modellizzazioni disciplinari dell'oggetto scientifico "malattia". Ma se si estende il modello da laboratorio alla gestione della società si crea una confusione surrettizia e pericolosa fra l'*isolamento teorico* dell'oggetto (fondamentale non solo in medicina o nelle diverse scienze, ma nella costruzione di qualsiasi modello del mondo), e l'*isolamento reale* del soggetto portatore della malattia.

Quel che viene perduto nel processo è l'esperienza vissuta della malattia, dacché il paziente non vive affatto la sua malattia come un *exemplum* di oggetto scientifico, ma come una vera e propria, complessa situazione sociale. E per sua stessa natura, la medicina è un fatto di relazione: essa sorge dall'interazione fra una cultura tecnico-professionale, variegata dalla cultura propria del medico, il cui compito è di contornare la cultura profana che impregna il giudizio e le attitudini del paziente. Nella medicina occidentale i motivi di malinteso prosperano, e la decifrazione fra medico e paziente è mutua: essa mette faccia a faccia donne e uomini che incarnano delle visioni del mondo la cui compatibilità deve costruirsi attraverso la negoziazione e il compromesso (8).

Per delineare il problema con maggiore cura, può essere utile un breve excursus nell'antropologia medica anglosassone che distingue, nel vocabolario inglese, tre modi diversi e irriducibili d'intendere la malattia, che si possono tradurre in italiano solo con perifrasi. *Illness* è il male che ho addosso, quello che mi sento, il dolore che provo o il disagio che mi condiziona: il «mal di testa» che ho è sempre e solo quello presente in questo momento. *Sickness* è la mia malattia come viene percepita dal mio ambiente; per i miei colleghi, ad esempio, ho «uno dei suoi mal di testa»; mi consiglieranno quindi di prendere un'aspirina, oppure di andare a casa a riposare; i più gentili si offriranno di finire il lavoro per me. *Disease*, infine, è la malattia così come viene definita dal linguaggio medico, dal vocabolario tecnico di una casta di professionisti; in questo caso, sono affetta da «cefalea» o da «emicrania». La «cefalea» del medico descrive un fenomeno che è solo parzialmente coestensivo col «mal di testa» che io sento, e con «uno di quei suoi mal di testa» di cui parlano i miei colleghi.

Un solo oggetto – la «malattia», e anzi, un'affezione specifica – tre modi diversi di percepirlo e di viverlo all'interno di una medesima cultura: anche senza andare a cercare l'esotico, mappe diverse di un medesimo territorio sono già presenti nel cuore stesso della nostra maniera quotidiana di percepire e trattare la malattia.

le mappe di altri luoghi

Altre anatomie e altre medicine (ma l'aggettivo non dev'essere inteso come indice di differenze invalicabili o di impossibili traduzioni), sono state praticate nel passato. Possiamo farvi in questa sede solo rapidi cenni, sperando anche che i riferimenti non lascino ipotizzare alcun rimpianto per i tempi in cui non c'erano a disposizione né aspirine, né antibiotici. Si tratta, semmai, di un debito di riconoscenza, poiché a leggere oggi le opere di Ippocrate, ciò che salta a gli occhi con massima evidenza è proprio l'attualità del suo pensiero medico, che aveva teorizzato compiutamente l'inestricabilità di tutto ciò che pertiene all'essere umano. Ippocrate raccomanda di tener conto di *ogni possibile fattore*:

Questi i fenomeni relativi alle malattie dai quali traevo le mie conclusioni, fondandole su quanto v'è di comune e quanto di individuale nella natura umana; sulla malattia, sul malato, sulla dieta, e su chi la prescriveva (che da ciò dipendono sviluppi favorevoli o funesti); sulla costituzione generale e specifica dei fenomeni celesti e di ciascuna regione, sui costumi, il regime, il modo di vita, l'età di ognuno; sui discorsi, i modi, i silenzi, i pensieri, sul sonno e sull'insonnia, sui sogni – come e quando –, sui gesti involontari – strapparsi i capelli, grattarsi, piangere –, sui parossismi, le feci, le urine, gli sputi e il vomito; e sulla concatenazione delle malattie – quali derivino dalle passate e quali generino in futuro –, e sugli accessi, se sono segno di morte o di crisi, sul sudore, i brividi, il freddo, la tosse, gli starnuti, il singhiozzo, il respiro, le emorragie, le emorroidi. Sulla base di tutto ciò si estende l'indagine anche a quanto ne consegue (11).

Siamo lontanissimi, e non nel senso deteriore, dalla medicina moderna come teorizzata in epoca positivista. Di fatto, questa citazione di Ippocrate sarebbe sottoscritta, senza modificarne una sola parola, dai sostenitori delle più moderne teorie dell'antropologia medica. Paradossalmente, il corpo di cui parla Ippocrate è ben più lontano da Omero di quello dei moderni anatomopatologi: laddove il poeta e il medico contemporaneo separano gli organi per farne quasi entità a sé stanti dotate di vita autonoma (e certo di una medicina autonoma: si pensi al numero di specializzazioni mediche esistenti), Ippocrate legge il corpo come un ente fondamentalmente unitario, in cui tutti i fenomeni rimandano alla globalità.

Le ricerche medico-antropologiche ed etnomediche hanno mostrato che in generale, e contrariamente a quanto accade nella biomedicina, le definizioni culturali della malattia interpretano gli squilibri della salute come dipendenti dagli altri dominî della realtà sociale, quali l'organizzazione familiare, le relazioni politiche fra gruppi, le interazioni ambientali, etc. La medicina popolare tratta il corpo e la persona secondo una strategia che, in termini di scienze umane, potremmo definire "fortemente socializzata". I sistemi terapeutici tradizionali rimandano a sistemi di segni accumulati e di compromessi storici: sono i luoghi dove si giocano progetti multipli, articolati e congruenti; ogni società umana integra la malattia nella propria visione del mondo, conferendole un senso e un valore: ciò significa che disegna la

piantina della salute e della malattia sulla base del proprio codice culturale e dei propri simboli (9). Le modalità di percezione del corpo; la spiegazione delle cause delle affezioni; le teorie sulle malattie (diagnosi, eziologia, prognosi): tutti questi fattori sono impregnati di simboli e di valori che eccedono largamente l'ambito meramente sanitario. Facciamo un esempio: mentre in occidente le ansie individuali riguardano principalmente le malattie cardiache, nel sud-est asiatico invece sono concentrate sulla scomparsa degli organi genitali esterni (10).

È dunque chiaro come le ricerche di antropologia medica e di etnomedicina coinvolgano tutte le dimensioni del sociale e mobilitino tutte le discipline afferenti alle scienze umane. Salute e malattia rimandano, in primo luogo, a un insieme di rappresentazioni e di percezioni di sé che si inscrivono in una esperienza globale della vita e del mondo.

della traduzione

Una volta ammesso che la realtà è abbastanza complessa da permettere la possibilità e l'esistenza di mappe differenti, si para un rischio opposto e complementare: quello di credere che le cartine siano mutamente in traducibili, che rimandino a modi di percepire la realtà assolutamente eterogenei e estranei, per cui, alla fin fine, non ci sarebbe nessun dialogo possibile fra individui appartenenti a culture diverse, dacché ciascuno di essi porterebbe in testa mappe (e parole, e atteggiamenti, e credenze) irriducibili a quelle dell'altro. Si tratta, se vogliamo, di una versione «culturale» del solipsismo di antica tradizione filosofica: la solitudine dell'individuo che non è certo dell'esistenza del mondo e degli altri viene in questo caso tradotta in solitudine delle culture, che strutturalmente non possono comunicare fra loro.

Ma per fugare i fantasmi di questa deriva filosofica basterebbe sfogliare, insieme, un libro di sistematica e un resoconto di etnobotanica o etnozoologia: le classificazioni tassonomiche della più smalzata scienza occidentale corrispondono quasi per intero alle classificazioni «popolari», le cosiddette *folk taxonomies*, sviluppate dalle popolazioni locali per muoversi dentro il loro mondo e trovare soluzioni ai problemi della sopravvivenza e del benessere. L'elegante formalizzazione della scienza occidentale finisce così con l'incontrare una «saggezza» popolare che, a suo modo e per una strada diversa, è altrettanto razionale e altrettanto sperimentale.

Inoltre, sarà di qualche interesse notare come sorprendenti convergenze sono state trovate fra pratiche mediche lontane e, presumibilmente, indipendenti: così l'idea di sollecitare alcune aree della superficie del corpo allo scopo di ottenere effetti su organi anche profondi e inaccessibili, non è soltanto cinese; ventose, salassi, scarificazioni e finanche le "fontanelle" della Scuola di Salerno si ritrovano un po' in tutte le medicine; le "sostanze amare" sono di uso pressoché universale; e si

verifica spesso che il medesimo vegetale sia usato da popolazioni lontanissime per curare le stesse affezioni (12).

Di nuovo, ciò che entra in gioco a garantire la convergenza dei modelli e delle mappe è l'irriducibile realtà del corpo e della malattia. Occorre quindi guardarsi dalla tentazione di credere che vi sia una completa intraducibilità dei sistemi medici e delle malattie, o di ipotizzare che ciò che la nostra rigidità mentale non riesce a capire sia una "sindrome etnospecifica", una malattia dall'eziologia completamente culturale che colpisce solo quelle popolazioni che tale malattia hanno, per così dire, "inventato".

Un esempio chiarirà meglio il senso di quanto detto. Nel DSM 1994, stilato dalla Società Americana di Psichiatria, comparivano 25 sindromi etnospecifiche (fra cui *corazon*, corridori di Amok, *cuajo caido*, *culebrilla*, *koro*, *kuru*, *latah*, *susto*, etc.). Si tratta di sindromi che all'interno del sistema concettuale psichiatrico non trovano una spiegazione convincente, e che vengono quindi ascritte a una specifica ritorsione nosologica di culture particolari (di converso, depressione, anoressia e bulimia sono talora ascritte alle sindromi etno-specifiche della civiltà occidentale). Ma si prenda il caso del *kuru*: inizialmente fu descritto in giovani uomini del sud-est asiatico; successivamente, tuttavia, epidemie furono descritte anche in paesi africani (13); e più recentemente si è visto come esso presenti analogie significative con la "sindrome della mucca pazza". E anche occorre aggiungere che anoressia nervosa, bulimia e depressione non sono certamente esclusivo appannaggio della cultura occidentale.

La traduzione delle mappe, sempre possibile, non è però un lavoro banale. L'ultimo dei traduttori sa per esperienza che, se tradurre è un po' tradire, tradurre è, soprattutto, una faticaccia - e richiede precisione, delicatezza e un infallibile senso della misura e del gusto.

Note e bibliografia

- (1) WOOD Denis, 1993. Il valore informativo delle carte geografiche. «Le Scienze» 299: 61-65.
- (2) LODOVISI Achille & TORRESANI Stefano, 1996. *Storia della cartografia*. Bologna: Pàtron.
- (3) BAROZZI Pietro & BERNARDI Roberto, 1992. *Cercando il mondo*. II ed. Bologna: Pàtron.
- (4) Per la precisione, fino al XIII sec. l'orientamento prevalente delle mappe era verso oriente; poi per qualche secolo prevalse l'asse nord-sud, orientato tuttavia in senso opposto a quello cui siamo abituati.

- (5) GUERCI Antonio & LUPU François, 1997. *Healing, Yesterday and Today. Tomorrow?* Genova: Erga Multimedia.
- (6) Qualche numero aiuterà a rendersi conto delle esatte proporzioni: i «pazienti» della biomedicina - che a noi pare spesso l'unico modello possibile di medicina - sono stimati in circa 800 milioni. Ciò significa, facendo una semplice sottrazione, che oltre 5 miliardi di individui non solo non utilizzano i rimedi della biomedicina che a noi paiono scontati, ma non ne diverranno *mai* fruitori in quanto indigenti.
- (7) KLEINMAN A., 1980. *Patients and Healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- (8) SAPIR E., 1967. *Psychiatrie, culture et salaire minimum*. Paris: Anthropologie.
- (9) ROSSI Ilario, 1997. L'apogeo del sacro o le metamorfosi del corpo sciamanico. In: GUERCI Antonio & LUPU François (eds), 1997. *Healing, yesterday and today. Tomorrow?* Genova: Erga Multimedia, 1997.
- (10) COPPO Piero, 1994. *Guaritori di follia. Storie dell'altipiano Dogon*. Torino: Bollati Boringhieri, 1994.
- (11) IPPOCRATE, *Opere*. Utet, 1976.
- (12) GUERCI Antonio, 1994. Equivalenti della medicina orientale nella medicina europea. «Ars Regia», IV (17): 12.23.
- (13) ERON Carol, 1981. *The virus that ate cannibals*. New York: Macmillan Publishing Co.

Questo documento è pubblicato sotto licenza **Creative Commons Attribuzione-Non commerciale 2.5**; può pertanto essere liberamente riprodotto, distribuito, comunicato al pubblico e modificato; la paternità dell'opera dev'essere attribuita nei modi indicati; non può essere usata per fini commerciali. I dettagli legali della licenza sono consultabili alla pagina <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/it/deed.it>

