

# Mots et maux d'Occident

Antonio GUERCI (1) & Stefania CONSIGLIERE (2)

Dipartimento di Scienze Antropologiche  
Università degli Studi di Genova  
via Balbi 4, 16126 Genova (Italia)

(1)

tel. e fax: +39-010-2095987  
email: aguerci@nous.unige.it

(2)

tel. +39-010-2095917  
fax +39-010-2099517  
email: stefania@disa.unige.it

## 1. Introduction

Il rapporto fra le parole e le cose, fra il linguaggio che *dice* e il mondo che è, è tema d'elezione per filosofi e linguisti, per semiologi e logici. Da Platone a Derrida, le sottigliezze dell'analisi assumono spesso un sapore astratto e tecnico, che pare lontanissimo dall'esperienza quotidiana. Per questo, anche, chi fa ricerca «di campo» guarda a volte con sospetto a chi sviluppa la parte teorica più astratta e, viceversa, chi è uso ai meandri della teoria si avvicina talora con degnazione allo studio empirico. Non è solo il caso del linguaggio; in molte discipline accademiche la separazione fra l'impianto teorico e quello della ricerca applicata marca un limite, che spesso divide un medesimo ambito in due campi scarsamente disposti alla collaborazione<sup>1</sup>.

Affrontare questo genere di separazione all'interno della scienza e della conoscenza sarà probabilmente il compito più urgente del prossimo paio di generazioni di ricercatori, e molti indizi lasciano pensare che la scienza si trovi oggi di fronte a un travaglio concettuale, accompagnato da arrocco su posizioni specifiche, paragonabile a quello che attraversò il sistema scientifico antico prima che l'impostazione galileiana venisse a dare nuovo fiato e nuovi strumenti all'indagine del mondo.

Al di là (o al di qua) delle separazioni fra discipline ed entro le discipline, in questa sede vorremo provare a portare a giorno alcuni dei cortocircuiti che mettono in relazione l'analisi teorica con la pratica quotidiana, cercando di mostrare come le sottigliezze della teoria siano in realtà incarnate in modi specifici di fare le cose e di percepire il mondo, e quanto la *Weltanschauung* della vita

---

<sup>1</sup> Non solo, quindi, la separazione *fra* discipline ha da tempo reso necessario l'appello all'interdisciplinarietà, ma la stessa suddivisione entro una medesima disciplina frammenta oggi le conoscenze, portando fin nel cuore stesso della ricerca scientifica (o, più ecumenicamente, della ricerca *tout court*) una divisione del lavoro che parrebbe più funzionale a una fabbrica fordista che al progredire della conoscenza.

quotidiana si rifletta poi – seppure sotto spoglie alterate – nella maniera in cui si studia e si legge il mondo. Non mancano oggi, in occidente, né eccellenti teorie, né fenomeni da spiegare: manca a volte la disponibilità a mettersi nei panni scomodi di chi osserva se stesso, e spesso la forza di trarre conclusioni dai dati raccolti.

Per far ciò ci appoggeremo a dati provenienti dall'antropologia medica, e cioè da un settore disciplinare che, in Italia almeno, è ancora minoritario, seppure tutt'altro che marginale. La scelta dipende evidentemente dalla specializzazione di chi scrive, ma altri due fattori meritano almeno di essere accennati. Il primo, specifico dell'antropologia medica, riguarda la potenzialità di questo genere di studi, condotti nel punto d'intersezione di molte discipline, apparentemente divergenti fra loro: dalla storia alla clinica, dalla biologia all'etnologia, dall'economia alla farmacologia. Il secondo, più generale e legato in modo non secondario alle politiche universitarie, riguarda la possibilità di impostare la ricerca secondo criteri che, anziché all'esclusione su base disciplinare, mirino infine all'inclusione su base scientifica e prospettiva. Se l'impianto della razionalità scientifica dev'essere difeso come salvezza da forme becere di ignoranza e di oscurantismo, pure la versione corriva di razionalità all'interno della scienza merita oggi di essere rivista, e di tornare alla nobiltà delle sue origini.

Analizzeremo dapprima il concetto di *normalità*, sulle tracce di un preciso appiattimento semantico; poi la relazione che lega *salute* e *salvezza*; e infine l'idea stessa di *razionalità* in campo terapeutico. In tutt'e tre i casi lo scopo è di mostrare quanto il modo in cui pensiamo influenza ciò che sentiamo (e, viceversa, quanto il modo in cui sentiamo influenzi ciò che pensiamo). Ovvero, traducendo nei termini dell'indagine sperimentale: la ricerca descrive quello che vede, o vede quello che descrive?

## 2. Sulla normalità

### § Un normale doppio senso

*Non c'è niente di più anormale della normalità.* Si tratta, beninteso, di una provocazione; ma prima di abbandonarla come *boutade*, la proposizione in questione dovrebbe essere interrogata più a fondo, fino a farle rivelare quel po' di verità che – come appunto si conviene alle provocazioni intellettuali – anch'essa contiene.

C'è grande confusione sotto il cielo della normalità, vocabolo solo apparentemente piano e comprensibile, di fatto vera e propria trappola semantica. Delle diverse accezioni di normalità soltanto una è quella comunemente intesa: normalità come *aurea mediocritas*, appartenenza al gruppo di coloro che non sono né stigmatizzati né stigmatizzabili. Tutti gli altri significati, che convivono loro malgrado sotto il medesimo tetto, non cessano né di litigare fra loro, né di restar nascosti. Per spiegare l'origine di questa convivenza burrascosa occorre sconfinare brevemente nella statistica.

Nel vocabolario statistico le *distribuzioni normali* rappresentano una famiglia di distribuzioni simmetriche che hanno la stessa forma generale, quella a campana descritta dalla curva di Gauss. L'asse del valore medio interseca il punto più alto della campana, che poi discende, più o meno ripidamente, da entrambi i lati. La maggiore o minore piattezza della campana è misurata dalla *deviazione standard*, che indica quanto variano attorno alla media i valori della popolazione

misurata. Le curve normali soddisfano la cosiddetta «regola empirica»: il 68% della popolazione presenta valori che distano dalla media al più di una deviazione standard; il 95% della popolazione presenta valori che distano dalla media fino a due volte la deviazione standard; e il 99,7% della popolazione presenta valori che distano dalla media fino a tre volte la deviazione standard. In altre parole, in una distribuzione normale quasi tutti i valori si differenziano dalla media per tre deviazioni standard al massimo; e nella maggior parte dei casi la parametrizzazione è fatta sulle prime due deviazioni standard, cioè sul 95% della popolazione. In termini statistici, per un qualsiasi individuo della popolazione in analisi per il carattere C, la probabilità che la misura di C si differenzi dalla media per un valore pari al massimo a due deviazioni standard è del 95%.

Qui si trova anche lo snodo semantico nascosto. La normalità statistica riguarda solo la frequenza: i valori che si differenziano dalla media di due (o tre) deviazioni standard sono detti *normali* perché quello è il loro nome statistico e non certo perché gli altri valori (quelli che stanno oltre le prime due – o tre – deviazioni standard) siano *anormali*. Ma a forza di usare una parola tecnica in contesti ambigui, la normalità tende a diventare *norma*, ad assumere cioè valore normativo: i valori che distano dalla media più di due deviazioni standard diventano *anomalie*<sup>2</sup>.

Ora, fra i caratteri medico-fisiologici e antropometrici moltissimi sono distribuiti normalmente, hanno cioè distribuzione a forma di campana, col 95% della popolazione che presenta *valori normali* che si allontanano dalla media di due sole deviazioni standard. Ma se invece di considerare un solo carattere se ne considerano due, fra loro indipendenti, allora la popolazione che presenta valori normali per entrambi i caratteri non è più il 95% ma il 90,25%<sup>3</sup>. Questa percentuale diminuisce rapidamente all'aumentare dei caratteri considerati: l'85,74% della popolazione è normale per tre caratteri indipendenti; il 60% lo è per dieci; e solo il 34% lo è per venti; quando si arriva a cento caratteri indipendenti, la popolazione che risulta normale per tutti si aggira intorno allo 0,5%. Dal momento che i parametri morfo-fisiologici statisticamente normali e presumibilmente indipendenti sono migliaia, rispetto alla distribuzione normale ogni individuo è mutante per qualche carattere; l'individuo più normale in assoluto, quello cioè che si trovasse sempre nella distribuzione centrale di ogni carattere, sarebbe al contempo anche quello statisticamente più anormale<sup>4</sup>.

## § Malati per definizione

Nell'area ampia delle scienze umane e della vita c'è una certa confusione fra valore statisticamente normale e valore non patologico; o per meglio dire c'è una sovrapposizione ingiustificata fra valore non normale e valore patologico, sebbene le due cose siano concettualmente e fattualmente distinte. La normalità statistica è fatta coincidere con la salute, mentre sono reputati patologici, o comunque

---

<sup>2</sup> La confusione terminologica e concettuale sulla curva statistica *normale* non è peraltro cosa recente: la curva stessa fu chiamata così proprio perché era in grado di descrivere la distribuzione «normale» (e cioè, in quest'accezione, *comune*) di caratteri influenzati da fattori molteplici e scarsamente controllabili.

<sup>3</sup> Vale qui, infatti, la *regola delle probabilità indipendenti*: se la probabilità di ottenere 6 lanciando un dado è di 1/6, la probabilità di ottenere due 6 lanciando due dadi è di  $1/6 \times 1/6$ , e cioè 1/36. La probabilità che due caratteri indipendenti presentino valori normali è di  $95/100 \times 95/100$ , e quindi di 90,25/100.

<sup>4</sup> Simonson 1966.

anormali e quindi preoccupanti, i valori che distano dalla media più di due deviazioni standard. La ricerca della salute è così ridotta alla riconduzione dei parametri fisiologici entro la consolante polla statistica circoscritta dalle due canoniche deviazioni standard. Si tratta di un'estensione semantica ingiustificata: nulla assicura che un valore statisticamente normale sia anche un valore sano e, soprattutto, che un valore che non cade entro le prime due deviazioni standard sia patologico. Potrebbero darsi casi in cui la normalità fisiologica dell'individuo non coincide con quella del resto della popolazione, o casi in cui i valori normali di popolazioni differenti sono fra loro sostanzialmente diversi – pur rientrando tutti nell'ambito in cui è possibile una vita sana.

Nondimeno, è capitato a molti di scoprirsi improvvisamente malati perché uno dei valori delle analisi del sangue non ricadeva nella fascia della normalità; e molte delle politiche nazionali e mondiali sono intraprese tenendo conto di una normalità a volte illusoria, altre volte determinata in base a campioni ben poco rappresentativi. In questa «corsa alla media» è ancora implicita una visione fortemente teleologica dell'essere umano, per cui tutti dovrebbero adeguarsi alla norma aurea dell'unico individuo perfetto, i cui valori sono tutti uguali alla media statistica. Tutto ciò che devia dalla media viene così a essere un *errore* e neppure è mancato chi, durante i primi sviluppi della statistica come disciplina indipendente, ha teorizzato una vera e propria fisica sociale basata sull'adeguamento della popolazione ai valori *normali*, interpretati surrettiziamente come *perfetti*<sup>5</sup>.

Ma la perfezione, com'è noto, non trova posto nell'evoluzione dei viventi, che procede semmai attraverso la plasticità e la variabilità. E d'altra parte la statistica stessa, se bene intesa, sconsiglia di perseguire la normalità nel vivente: proprio per motivi di distribuzione statistica, infatti, la corsa alla normalità può aver fine solo quando *tutta* la popolazione presenta, per ciascun carattere, un solo valore – ipotesi agghiacciante sia per le implicazioni evolutive che, ancor più, per quelle riguardanti la vita in comune.

Non si tratta, quindi, di ubbia da filologi del vocabolario scientifico: l'equivoco fra la normalità statistica e la salute *fa cadere ammalati* e influenza direttamente le scelte sociali. Il valore «normale» come feticcio del benessere e la ricerca ossessiva della salute come adeguamento alla soglia dei valori normali sono due miti ben visibili, e attivi, dell'occidente contemporaneo. La ricerca della felicità attraversa oggi quasi soltanto lo stato di salute del corpo, definito appunto come adeguamento a parametri fissi: basti pensare, in proposito, alle tirature dei giornali di «fitness & benessere» e al numero di analisi mediche routinarie eseguite ogni giorno su un insieme sempre più vasto della popolazione.

La riduzione della salute a una serie di parametri biologici misurabili, beninteso, non è opera dei medici, e discende in primo luogo da un generale ristagno nella discussione pubblica su cosa davvero sia la salute e in quale relazione si trovi col benessere e le malattie, con l'ambiente biotico e la società, con la situazione lavorativa, domestica, familiare e sociale, con le prospettive sul futuro e il grado d'istruzione, con la disponibilità di medicinali e di biblioteche. Manca insomma della salute un'idea comune in grado di fare finalmente decollare le reali possibilità preventive legate ai fattori extramedici.

Tutto ciò è tanto più deprimente quando si pensi che già nel 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità definiva la salute «non semplicemente l'assenza di malattia e di infermità, ma il completo

---

<sup>5</sup> Cfr. Quetelet 1835.

benessere fisico, psichico e sociale»<sup>6</sup>; e che, proprio criticando il nesso fra normalità e patologia, Canguilhem propose nel 1966 una concezione della salute che, rispetto a noi, è *ancora* innovativa.

### 3. Salute e salvezza

#### § Dall'anima al corpo, e ritorno

La medicalizzazione integrale della società è uno dei tratti distintivi dell'età postmoderna ed è uno degli strumenti più potenti di quel controllo della vita cui è stato dato il nome di *biopolitica*<sup>7</sup>. Essa non viene imposta dall'esterno a un gruppo di individui recalcitranti, ma risponde a un bisogno che parte ormai dai soggetti stessi: sul versante soggettivo, alle politiche che promuovono la medicalizzazione corrisponde un'inesauribile richiesta di salute<sup>8</sup>, e il ricorso al medico e al farmaco si fa più alto man mano che la salute si trasforma in norma etica e in salvezza immanente.

A fondamento del processo sta anche una particolare intersezione fra il nesso giuridico, quello morale e quello religioso. Nei testi medievali la salvezza dell'anima è detta, con vocabolo oggi straniente, *salute*: il termine non aveva allora nulla a che fare con la prestanza o lo stato fisico dell'individuo ma, proiettando il soggetto al di là dei problemi materiali e corporei, indicava la possibilità dell'anima (ma anche del corpo risorto e quindi, a ben vedere, dell'intero soggetto) di salvarsi dal male eterno, la definitiva liberazione dalle miserie del vivere quotidiano. È sottintesa a ciò l'idea che la salute del corpo non abbia in sé alcun particolare valore se deprivata della salute dell'anima; non a caso, la diade salute-salvezza è ancora ben presente nel vocabolario della teologia e continua, seppure un po' in sordina, a far parte della riflessione dei medici cattolici. L'organo della salute, dunque, non era affatto il corpo e la salute era cosa ben diversa dal buon funzionamento organico. Semmai, il soggetto "in salute" era l'anima cui, alla fine dei tempi, si sarebbe unito il corpo risorto, finalmente privo delle pesantezze e dei dolori della materia. *Corpus sano in anima sana*.

La modernità, invece, separa e distingue e poi anche, per molti aspetti, riduce. Salute e salvezza si lasciano, seguendo ciascuna il suo diverso destino, in stretta unione con parti diverse dell'antico soggetto unitario. Ciò cui pertiene la salute è ora solo il corpo, mentre è riservata all'anima l'immateriale salvezza. In questa visione è implicita l'idea secondo cui, dopo la morte, se pure l'anima si salva, il destino dei corpi è quello di decomporsi e scomparire: non ci sarà nessuna resurrezione al compiersi dei tempi e nulla mai verrà a redimere la pesantezza del mondo. Leonardo fa trafugare cadaveri un secolo prima che Cartesio separi definitivamente *res extensa* e *res cogitans*.

---

<sup>6</sup> WHO / OMS 1978.

<sup>7</sup> Che cosa sia la biopolitica contemporanea emerge con chiarezza esemplare nel mutamento nel paradigma di ordine sociale indagato da Foucault (2001): da una società antica che *lasciava vivere e faceva morire*, incarnata nel diritto sovrano di vita e di morte, a una moderna che *fa vivere e lascia morire*. Con le questioni bioetiche emergenti siamo forse anche al di là di questo: il far vivere include oggi anche la morte e il *post-mortem*.

<sup>8</sup> Dufour 2001.

Il passo successivo è compiuto, fra XVIII e XIX secolo, con l'oblio apparente di un'anima ormai inutile. Ma con l'anima non scompare la salvezza che, riportata al solo polo organico (e non di *corpo* si tratta ma di *macchina biologica*), inizia a ossessionare l'occidente. Il movimento, propulsivo al suo avvio e disperante nell'esito, è ambiguo nei contenuti: l'unica salute possibile è senz'altro quella terrestre, la salvezza è qui. Ciò che era dell'anima trascendentale è riportato, nella scomparsa di quest'ultima, non già al corpo immanente ma alla macchina biologica, che immanente non è affatto. Quest'orizzonte organico della salute della macchina come salvezza nell'aldilà è spesso presentato come la più conseguente e radicale delle posizioni materialiste, unico obiettivo sensato che un razionale uomo di scienza possa proporsi; si tratta di fatto di una posizione fortemente metafisica. Le aspettative di salvezza, reali anche se del tutto implicite, che l'occidente riversa sulla salute sono testimoniate, fra l'altro, dalle recenti statistiche dell'OMS, secondo cui quanto più un paese è laico, tanto più alto è il tasso di depressione<sup>9</sup>. Come ha scritto Jackie Pigeaud, «À la question de savoir si la mélancolie est une maladie de l'âme ou du corps, nous devons répondre qu'elle est maladie de la relation de l'âme et du corps»<sup>10</sup>.

Nella richiesta di salute / salvezza che l'occidente contemporaneo rivolge alla medicina c'è un bisogno innegabile: che la salute, come facoltà basilare degli esseri umani, sia curata e mantenuta. Ma l'identificazione della salute della macchina biologica con la salvezza del soggetto rende infine un pessimo servizio. In primo luogo, seguendo ancora Canguilhem, la salute è una facoltà, e quindi un *processo*, mentre la salvezza è uno *stato*; la prima sta nel movimento, la seconda nell'immobilità. D'altro canto, una volta risolte le questioni organiche il benessere è tutt'altro che raggiunto e, soprattutto, non è un bene inalienabile di cui si disponga una volta per tutte. Inoltre, potrebbe essere oggi opportuno ripescare, dalla tradizione filosofica nostrana, la distinzione di Aristotele fra *zoé*, quella che oggi diremmo "nuda vita" o vita biologica, il mero fatto di essere in vita, e *bíos*, il modo di vivere proprio di un gruppo, la «buona vita» di una comunità<sup>11</sup>. La «buona vita» si fonda sulla vita biologica ma non si ferma lì, e ha a che fare non solo con la salute del corpo ma anche con la possibilità di sviluppo (individuale, sociale, culturale, affettivo, intellettuale ecc.) dei soggetti.

Nulla di tutto ciò è mantenuto nell'interpretazione della salvezza immanente come puro e semplice buon funzionamento organico; d'altra parte, la "salute perfetta" è solo apparentemente più immanente della salvezza ultramondana del cristianesimo: come questa, anche quella è altrettanto irraggiungibile.

## § La delega

La progressiva medicalizzazione della società impone controlli medici sempre più stretti su larga parte della vita quotidiana. Il fine nobile e condivisibile è la prevenzione, e se è da credere che per la maggior parte dei terapeuti questa sia effettivamente lo scopo coscientemente perseguito, pure, al di sopra del loro lavoro e ben al di là delle loro intenzioni, si sono edificati meccanismi sociali e comunicativi di tutt'altro genere.

---

<sup>9</sup> WHO / OMS 2001a, 2001b.

<sup>10</sup> Pigeaud 1981.

<sup>11</sup> Agamben 1995.

Le variazioni nei premi assicurativi; i *futures* che danno una resa finanziaria in base al trapasso di chi si sia assicurato con una polizza sulla vita, poi rivenduta; le pressioni delle multinazionali farmaceutiche sui sistemi di assistenza sanitaria nazionali; il dumping di prodotti scaduti nei paesi del terzo mondo: questi sono alcuni dei tributi pagati alla medicalizzazione e a quella che Beck ha definito la «diffusione del rischio»<sup>12</sup>. Si giunge infine al paradosso della diffusione della paura fra gli stessi occidentali che, forti della loro medicina e dei sistemi sanitari nazionali, sono la fascia di popolazione mondiale più garantita, e che dovrebbe quindi essere anche quella meno preoccupata dalla possibilità dell'insorgenza di malattie.

L'abitante d'occidente, e massime quello urbano, è continuamente esposto a messaggi che dietro lo schermo della prevenzione veicolano timori molteplici: il bastone del terrore sembra avere molto più appeal pubblicitario della carota del piacere<sup>13</sup>. Le *pensement du monde* è l'obiettivo di un sistema medico che ha delegato a economisti, industriali e giuristi la gestione del benessere e della salute.

La medicina occidentale ha avuto un forte ruolo propulsivo per il benessere globale nel periodo fra Ottocento e Novecento quando, a seguito dell'identificazione e dello studio dei patogeni ambientali, venne perseguito un efficace miglioramento delle condizioni igieniche, con ricadute immediate sui livelli di salute dell'intera popolazione. Non a caso, la diffusione delle norme igieniche e la disponibilità di farmaci generici a buon mercato sono reputati i fattori principali nell'allungamento della vita media che ha caratterizzato il secolo scorso. Motore teorico e pratico di quel periodo è stata la scoperta di un vero e proprio *ambiente patogeno*, sul quale era necessario intervenire attivamente per limitarne la morbilità.

Ma una volta affrontata con successo la questione dei germi che causano le malattie, la relazione fra ambiente circostante nel suo complesso e patogenesi non è stata portata alle ovvie conseguenze. Se i successi della manipolazione dell'ambiente fisico patogeno individuato nel XIX secolo sono chiari e ormai consegnati alle pagine migliori della storia della biomedicina, l'intervento medico è stato valutato più difficile quando l'ambiente patogeno da manipolare risieda nell'organizzazione sociale e negli effetti dell'industrializzazione, dello sfruttamento, dell'inurbamento, delle guerre e dell'incremento demografico.

L'ovvia prosecuzione dell'intervento sulle patologie causate dall'ambiente fisico avrebbe dovuto essere l'intervento sulle patologie causate dall'ambiente sociale; ma questo passaggio (che aprirebbe peraltro la ricerca più promettente nella storia della medicina) deve ancora farsi<sup>14</sup> e la medicina occidentale si ha scelto di applicarsi, piuttosto che al miglioramento delle condizioni di salute, al progetto di una "personalizzazione" integrale delle cure mediche, affidata agli sviluppi della farmacogenomica e spesso presentata come rivoluzione imminente. Di fatto, tale modificazione non sembra affatto prossima e ciò comporta la necessità, per i medici, di iniziare a cambiare il loro modo di pensare la cura. È un errore aspettarsi dal genoma una fonte di predizioni e certezze:

---

<sup>12</sup> Beck 1986.

<sup>13</sup> Skrabanek & McCormick 1989, p. 177: «Nella teologia medica contemporanea la salute ha sostituito il paradiso e la strada per la santità è lastricata da uno «stile di vita salubre», mentre la ricerca del piacere conduce all'inevitabile punizione e alla morte. Piuttosto che ammettere l'ignoranza delle cause del cancro e delle malattie cardiocircolatorie e l'incapacità di curarle, i medici tendono sempre di più a colpevolizzare i pazienti. La malattia è il prezzo del peccato.»

<sup>14</sup> Ongaro-Basaglia & Bignami 1979.

considerato come funziona l'evoluzione biologica, la natura umana (o meglio, la natura del vivente in generale) risiede non già nella stabilità e nella norma, ma nella diversità e nelle imperfezioni di sistemi fisiologici che possono adattarsi ai cambiamenti delle situazioni ambientali.

## 4. La razionalità al vaglio della razionalità

Per discorrere a ragion veduta dei sistemi di cura «tradizionali» occorre praticare con perizia l'arte dell'equilibrio, e sapersi mantenere in rotta sopra un crinale scosceso. Due sono infatti i pericoli possibili: da una parte vi è il dirupo dello scetticismo a ogni costo, che ama travestirsi da scientismo; dall'altra parte si apre invece il precipizio della notte della ragione, in cui tutte le vacche non solo sono grigie. Occorre, insomma, saper profittare dell'arte scettica – che appunto è un'arte e non una petizione di principio – e saper cogliere e seguire ciò che è valido e promettente, lasciandosi risolutamente alle spalle quanto è intraducibile o ingiustificabile.

### § Critiche preliminari

L'antropologia medica ha prodotto negli ultimi due decenni eccellenti analisi dei sistemi di cura «non occidentali», delineandone punti di forza e debolezze e mostrando all'occidente quanta razionalità si celasse nelle pratiche terapeutiche altrui. Ma anche, dopo aver analizzato e descritto le pratiche mediche degli altri, l'antropologia medica si è, per così dire, girata su se stessa e sulle proprie origini, e ha studiato la medicina occidentale con i medesimi criteri adoperati per le altre<sup>15</sup>.

Questo movimento riflessivo ha permesso di impostare subito la questione teorica e politica del rapporto fra la biomedicina e gli altri sistemi di cura, trasformandosi rapidamente in approccio critico alla medicina occidentale, cui sono state mosse diverse critiche circostanziate<sup>16</sup>.

Innanzitutto, l'antropologia medica ha equiparato la biomedicina a qualsiasi altro sistema terapeutico, interpretandola come il complesso delle cure di una società particolare (quella industrializzata e terzariizzata) in un preciso punto della sua storia: la biomedicina come sistema terapeutico della tribù degli aristotelici. Di fronte a una lettura così relativizzante, i settori più sensibili della biomedicina hanno tentato di ridefinire i criteri di universalità e scientificità e, soprattutto, hanno apertamente riconosciuto le radici storiche del proprio impianto concettuale<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Guerri & Consigliere 2002.

<sup>16</sup> Le relazioni dell'antropologia medica con le due «discipline madri» sono state assai più facili sul versante dell'antropologia che su quello della medicina. Ciò dipende da un lato dalla posizione di frontiera dell'antropologia, che la rende più disponibile a prospettive di studio atipiche; e dall'altro, in modo ancora più incisivo, dalla storica aspirazione della medicina occidentale a divenire una scienza “hard”, al pari della fisica o della chimica. In questo tentativo di trasmutazione epistemologica, lo sguardo medico, come ha insegnato Foucault (1963), si è fatto progressivamente più rigido, ed è oggi in una posizione in cui è difficile ogni mediazione che non sia affidata alla buona volontà (e alla buona coscienza) dei singoli operatori.

<sup>17</sup> Hahn & Kleinmann 1983; Martin 1987.



Altre critiche sono poi state fatte in base all'analisi della pratica biomedica<sup>18</sup>. Alcune delle categorie apparentemente più proprie al pensiero della medicina scientifica, fra cui le opposizioni diagnosi vs. trattamento, cura tecnologica vs. cura non tecnologica, specificità vs. generalità, sono state messe in discussione, così come la dipendenza della ricerca biomedica dall'industria farmaceutica<sup>19</sup>.

Un'ampia analisi si è poi incentrata sulla prospettiva fortemente riduzionista invalsa negli studi biomedici<sup>20</sup> e proprio qui ha cominciato a venire in luce la questione più spinosa, nonché quella più complessa e rischiosa: quella della razionalità. Ancora una volta ci si è ritrovati a discutere di parole, e ancora una volta un problema apparentemente solo semantico, al più filosofico, ha rivelato implicazioni decisamente materiali.

Partiamo pertanto dalla definizione stessa di medicina “occidentale”, dalla ricerca del fattore specifico che la differenzia da tutte le altre medicine. Un criterio inaggirabile impone di usare (o, se il caso, reperire) vocaboli che non siano immediatamente valutativi; ma nessuna delle definizioni finora proposte regge a un'analisi approfondita<sup>21</sup>. Una delle prime soluzioni era basata sul criterio geografico, ma si è osservato che la «medicina occidentale» non è affatto l'unica forma di cura praticata in occidente e il pluralismo medico si sta rapidamente diffondendo<sup>22</sup>. Analoghi problemi incontra la definizione temporale di «medicina moderna», dacché tutti i sistemi di cura attualmente praticati sono di fatto contemporanei; né vale il criterio «accademico», poiché altri sistemi medici sono insegnati a livello universitario (si pensi all'Ayurveda in India e ai sistemi medici cinesi), e altre discipline “di cura” dispongono oggi di corsi (para)universitari nello stesso occidente (osteopatia, agopuntura, omeopatia, etc.). Si è infine proposto il criterio «scientifico», secondo cui la biomedicina sarebbe l'unico sistema terapeutico a impiegare i principi del metodo scientifico (sperimentazione, verificabilità, ripetibilità ecc.).

## § Stregoni aristotelici e scienziati indigeni

L'appello alla scientificità – della medicina nel caso in questione, ma il discorso vale, più in generale, per tutto l'impianto accademico-disciplinare – è a volte usato come mero principio di autorità, un «ipse dixit» della contemporaneità che non sempre è sufficientemente argomentato; ancor più radicale l'appello alla razionalità, fondamento stesso della scientificità. Vale pertanto la pena di vedere più da vicino cosa s'intenda quando si attribuisce alla biomedicina l'attributo della «scientificità» o della «razionalità», cui non parteciperebbero le medicine non occidentali.

Il punto, sia chiaro, non è quello di far di tuttata l'erba un fascio, in omaggio al relativismo e, a ben vedere, all'indifferenza; siamo ben lungi dal sostenere che *ogni* pratica di *ogni* medicina è razionale o scientifica, o che rappresenta sempre una soluzione vantaggiosa. Ma è proprio qui che si gioca l'attendibilità delle analisi dell'antropologia medica e dell'etnomedicina: nella capacità di valutare caso per caso, considerando di ciascuna pratica terapeutica l'*efficacia biologica*, l'*efficacia*

---

<sup>18</sup> Hahn & Kleinmann 1984; Rhodes 1990.

<sup>19</sup> Csordas & Kleinmann 1990

<sup>20</sup> Good 1994.

<sup>21</sup> Leslie 1975.

<sup>22</sup> McGuire 1988.

*culturale* e l'azione specifica all'interno di un contesto che, in quanto umano, è sempre *storico*. Questi tre fattori, com'è evidente, sono separati solo per comodità di osservazione e sperimentazione: l'azione terapeutica è l'esito non tanto della loro *interazione* (ciò che rimanda a una separazione) quanto del loro fondersi in un vero e proprio ambiente umano che accoglie, nel momento della cura, l'intera vita del paziente e del terapeuta<sup>23</sup>.

Con «razionalità» s'intende la *capacità di adeguare i mezzi ai fini*. L'adeguamento dei mezzi dipende, ovviamente, dai fini: ciò vale senza bisogno di traduzioni anche per le pratiche mediche, tanto nel caso di un'efficacia prevalentemente culturale quanto di un'azione prevalentemente biologica. Più in generale, la razionalità non ha a che fare con procedure specifiche o con un insieme preordinato di strumenti e di concetti; semmai, è razionale ciò che sa *produrre* strumenti e concetti adatti al contesto, all'epoca e ai problemi. Assertire che solo la scienza occidentale è razionale equivale grosso modo a sostenere che solo le lingue indoeuropee sono comunicative.

Tornando alla terapeutica, l'antropologia medica e l'etnomedicina hanno prodotto ottime analisi dei nessi che legano le strategie terapeutiche al più ampio contesto culturale delle popolazioni che le praticano; e attraverso l'ausilio di scienze correlate hanno rilevato come molti rimedi presentino, oltre a una valenza simbolica, anche una reale efficacia farmaco-chimica e clinica. (Di fatto, il miglior indice dell'efficacia terapeutica delle medicine tradizionali sta forse proprio nell'interesse che gli studi etnomedici hanno acceso nelle industrie farmaceutiche.) Non si tratta quindi di contrapporre sistema a sistema, razionalità buona a irrazionalità cattiva, ma di analizzare, all'interno di ciascun caso, cosa è razionale e cosa non lo è, e perché. Detto altrimenti, la razionalità non è qualcosa che si raggiunge una volta per tutte, una proprietà che si possiede o di cui intrinsecamente si dispone. È un modo di fare le cose, di risolvere dei problemi, di cavarsi da impicci sempre nuove.

Se la si vuole usare come metro di analisi dei sistemi medici, allora è indispensabile evitare di appiattare la molteplicità e la varietà delle ragioni e dei contesti altrui alle ragioni e al contesto occidentale. Il criterio forse più basilare per valutare della razionalità delle terapie diventa allora non già la prova di laboratorio o la sperimentazione clinica, ma l'efficacia reale e osservabile del rimedio impiegato all'interno del contesto in cui lo si usa. L'esito di confronti incrociati fra rimedi "nostrani" e rimedi "altri" non è per nulla scontato e il criterio adoperato – questo sì, pienamente scientifico e razionale – saprebbe finalmente rendere ragione dei meriti e dei demeriti di ciascuna soluzione.

## Bibliografia

Agamben G., 1995. *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*. Torino: Einaudi.

Beck U., 1986 et 1999. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris, Aubier, 2001.

---

<sup>23</sup> Può essere utile rammentare, a questo proposito, la distinzione introdotta dall'antropologia medica anglosassone fra *disease*, *illness* e *sickness*. *Illness* è la malattia presente nella coscienza individuale: è il male che ho addosso, quello che mi sento, il dolore che provo o il disagio che mi condiziona; *sickness* è la malattia di qualcuno per come essa viene percepita dagli altri membri della comunità, dall'ambiente sociale del malato; *disease*, infine, indica la malattia in quanto sindrome individuata da un insieme di tecniche e definita entro un vocabolario specialistico (quello appunto della medicina).

- Canguilhem G., 1966. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.
- Csordas T.J. & Kleinmann A., 1990. The therapeutic process. In: Johnson T.M. & Sargent C.F. (eds), *Medical anthropology. A handbook of theory and method*. New York, Westport, London: Greenwood Press, pp. 11-25.
- Dufour D.-R., 2001. Les désarrois de l'individu-sujet. «Le Monde Diplomatique», février 2001: 22-23.
- Foucault M., 1963. *La naissance de la clinique*. Paris: PUF.
- Foucault M., 2001. *L'herméneutique du sujet. Cours au Collège de France (1981-1982)*. Paris: Gallimard/Seuil.
- Good B.J., 1994. *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Guerci A. & Consigliere S., 2002. Anthropologie médicale. In: Suzanne C., Chiarelli B. & Rebato E. (éds), *Anthropologie biologique. Evolution et biologie humaine*. De Boeck Université (Belgique), pp. 625-630.
- Hahn R. & Kleinmann A., 1983. Belief as pathogen, belief as medicine. «Medical Anthropology Quarterly» 14 (4): 16-19
- Hahn R. & Kleinmann A., 1984. Biomedical practice and anthropological theory. «Annual Review of Anthropology» 12: 305-333.
- Leslie C.M., 1975. Pluralism and integration in the Indian and Chinese Medical Systems. In: Alexander E., Kleinman A. & Kunstadter P. (eds), *Medicine in Chinese cultures*. Washington D.C.: John E. Fogerty International Center, National Institute of Health.
- Martin E., 1987. *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- McGuire M., 1988. *Ritual healing in suburban America*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Ongaro-Basaglia F. & Bignami G., 1979. «Medicina / medicalizzazione». In: *Enciclopedia Einaudi*, vol. IIX. Torino: Einaudi.
- Pigeaud J., 1981. *La maladie de l'âme. Étude de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*. Paris: Les Belles Lettres.
- Quetelet A., 1835. *Sur l'homme et le développement de ses facultés, ou essai de physique sociale*. 2 voll. Bruxelles, 1836.
- Rhodes L.A., 1990. Studying biomedicine as a cultural system. In: Johnson T.M. & Sargent C.F. (eds), *Medical anthropology. A handbook of theory and method*. New York, Westport, London: Greenwood Press, pp. 159-173.
- Simonson E., 1966. The concept and definition of normality. In: Brozek J. (ed), 1966. *The biology of human variation*. Ann. New York Academy of Sciences, 134.
- Skrabaneck P. & McCormick J., 1989. *Idées folles, idées fausses en médecine*. Éd. Odile Jacob, Coll. " Médecine ", 1992.
- WHO / OMS, 1978. *Primary health care*. Genève: World Health Organization.
- WHO / OMS, 2001 a. *World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization, 2001.
- WHO / OMS, 2001 b. Fact Sheet N° 265 (December 2001), «Mental and Neurological Disorders». World Health Organization, 2001.

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>

