



Mondardini, Gabriella (2002) *Antropologia della salute in Mozambico*. In: Mondardini, Gabriella (a cura di). *Antropologia della salute in Mozambico*. Sassari, EDES Editrice Democratica Sarda. p. 11-39. (Quaderni del laboratorio di antropologia culturale e sociale, 3). ISBN 88-86002-53-X.

<http://eprints.uniss.it/6102/>

Università degli Studi di Sassari
Dipartimento di Economia Istituzioni e Società

Gabriella Mondardini Morelli
(a cura di)

Antropologia della salute in Mozambico



Editrice Democratica Sarda

In copertina:

Dipinto di *Malangatana Valente Ngwenya. Pavilhão de Moçambique – EXPO '98 – Lisboa*

Fotografie di:

Mariano E. C. - nn. 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34.

Mondardini G. - nn. 2, 3, 5, 17, 19, 20, 21, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41.

Vidili M. – nn. 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18.

ISBN 88-86002-53-X

2002

EDES - Editrice Democratica Sarda
Sassari - Via Nizza, 5/A - Tel. 079.292551

Stampa TAS - Tipografi Associati Sassari
Sassari - Via Predda Niedda, 43/D

Tel. 079.262221 - 079.262236 - Fax 079.260734

ANTROPOLOGIA DELLA SALUTE IN MOZAMBICO

di Gabriella Mondardini

Sulla scia di una domanda di antropologia

Henry Junod¹, l'etnografo e missionario svizzero che ha studiato in maniera minuziosa la cultura del Sud del Mozambico nei primi anni del '900, ha fornito anche una dettagliata documentazione della locale "arte medica"². Il suo interesse per questo settore, com'egli stesso nota, nasce dalla necessità di spiegare perché i suoi convertiti, quando si ammalano, abbandonano la missione e corrono dai loro "charlatões", talora interrompendo le cure di un missionario medico, col rischio di perdere la salute e la fede. Egli si chiede, inoltre, - dal momento che nei paesi "civilizados" per ottenere la qualifica di medi-

¹ Henri A. Junod (1863-1934), in accordo con la prospettiva evoluzionistica, mediata da James G. Frazer (1854-1941) del quale fu anche collaboratore, fornendo materiali e somministrando questionari, definisce qui i concetti di magia, religione e scienza, sottolineando che nella popolazione locale questi elementi sono "misturados": l'arte medica viene quindi collocata nella categoria della magia, insieme alla possessione, la fatucchieria e la divinazione. Nonostante i limiti teorici e metodologici legati al suo tempo, è ancor oggi apprezzato il suo ampio e approfondito lavoro etnografico, (già riconosciuto da Malinowski, Radcliffe-Brown e altri autori classici e contemporanei), che, come ha osservato José Fialho Feliciano nella prefazione all'edizione di *Usos e Costumes dos Bantu* (1996), "continua a ser indispensável a formação dos antropólogos e constitui uma das mais importantes fontes de conhecimento sobre a história, a vida e a cultura dos povos do Sul de Moçambique". Puntualmente infatti viene assunto come riferimento nelle ricerche dello stesso Feliciano (1998), Esmeralda Celeste Mariano (1998) e Ana Maria Loforte (2000).

² La distinzione fra magia, stregoneria e arte medica è ancora presente nella più tarda monografia di Evans-Pritchard *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande* (1937), a mostrare, secondo Byron Good, un modello analitico improntato alla tradizione empiristico-razionalista, che oppone la *conoscenza* alla *credenza* (1999:20-21); mentre per Marc Augè indica un approccio classificatorio che impedisce un'attenta valutazione della dimensione sociale della malattia (1986: 46-47).

co bisogna superare esami e dimostrare la propria capacità professionale mentre qui la qualifica di dottore deriva dall'aver ereditato da un antenato alcune ricette più o meno efficaci nella cura dei pazienti - se i governi coloniali debbano o no trovare provvedimenti per fermare l'attività dei medici indigeni o comunque stabilire regole di controllo su di esse. In ogni caso, egli afferma, "è necessário ter conhecimento preciso das práticas deles para responder conclusivamente a este ponto" (1996, II: 388).

Superato l'atteggiamento etnocentrico, di cui è intriso il paradigma evolucionista sposato da Junod, resta valido il fatto che il contributo dell'antropologia, nell'ambito dei fenomeni che riguardano la salute e la malattia è prima di tutto un contributo di conoscenza. Infatti, via via che i governi occidentali e le agenzie di cooperazione hanno mostrato interesse per i problemi sociali e culturali dello sviluppo sanitario, l'Antropologia culturale ha risposto con un consistente patrimonio di studi e ricerche, che hanno consentito di affinare gli strumenti teorico-metodologici per l'analisi delle pratiche terapeutiche e delle concezioni relative alla malattia e alla salute, sia fra i gruppi popolari dell'occidente, che in contesti diversi da quelli occidentali (Seppilli 1996: XIII).

E questo ambito disciplinare, che ha registrato negli ultimi trent'anni uno sviluppo crescente, costituisce una delle aree più vivaci dell'antropologia applicata (Good 1999: 41-45).

Ma non meno vivace è il dibattito fra gli specialisti del settore. Basti pensare che è in discussione la stessa denominazione del campo di studi, che alcuni preferiscono indicare come antropologia medica, altri etnomedicina, altri ancora antropologia della malattia. La questione è legata alla varietà delle tradizioni teoriche, degli approcci metodologici e dei contesti particolari delle ricerche, e non di meno al tentativo di eludere il rischio di servirsi di categorie occidentali nello studio di culture altre.

L'antropologo Marc Augè ci mette in guardia anche rispetto al pericolo di far affidamento a categorie mediche, piuttosto che antropologiche, col rischio di cadere in una situazione di subordinazione poco utile sia alla conoscenza antropologica che al dialogo e alla collaborazione con le istituzioni mediche (1986: 81). Più recentemente è

invalsa la dizione *antropologia della salute*³, a sottolineare un approccio globale che include l'attenzione alla cura del corpo, ai valori ecologici e alla qualità della vita. In questi termini si colloca anche la titolazione di questo libro che costituisce un primo contributo all'interno di un Progetto di formazione e ricerca nell'ambito dell'Accordo di collaborazione fra l'Università Eduardo Mondlane di Maputo e l'Università di Sassari⁴. E' in questi stessi termini infatti che si è espressa istituzionalmente la domanda di antropologia a livello locale⁵.

Il progetto si proponeva di elaborare, sulla base dell'approccio antropologico ai temi della salute e della malattia⁶, modelli educativi utili alla preparazione di formatori locali, per interventi mirati, di didattica e di ricerca, in campo sanitario. In verità non è mancata, fin dal momento della progettazione, la consapevolezza della complessità della situazione: la condizione multi-etnica della società mozambicana significa infatti anche molteplicità dei modi di concepire la salute e la malattia, delle tecniche di prevenzione e di cura, della definizione di

³ Non si tratta tuttavia di un fatto nuovo, infatti già Augè ed Herzlich, nella introduzione al testo *Il senso del male*, apparso nel 1983, osservavano: "Negli ultimi venti anni abbiamo assistito a un fenomeno radicalmente nuovo: tanto presso gli utenti della medicina quanto presso i rappresentanti ufficiali della politica medica, il discorso sulla salute ha avuto la tendenza a sostituirsi al discorso sulla malattia" (1986a: 8).

⁴ Il Progetto è stato cofinanziato dall'Università di Sassari (Murst 60%) e dalla Regione Sardegna, quale Progetto di cooperazione con i paesi in via di sviluppo, ai sensi della Legge Regionale 11 aprile 1996, n.19.

⁵ Negli incontri avuti personalmente (Maputo, agosto 2000) con le sedi istituzionali locali, quali Il Ministero della Sanità, la Facoltà di Medicina e la Facoltà di Lettere, ho potuto constatare un interesse particolare per i saperi e gli approcci specialistici degli antropologi e una domanda esplicita di esperti in Antropologia della salute.

⁶ In questi anni ho avuto diverse occasioni di riflettere e condurre ricerche sulla dimensione sociale della malattia e della salute, dedicandomi in modo particolare ai problemi delle donne e ai servizi sanitari specialistici del mondo femminile. Più recentemente mi è stato affidato un insegnamento di Antropologia culturale in un corso di diploma nella Facoltà di Medicina, e da questa esperienza è ulteriormente cresciuto il mio interesse nell'ambito dell'antropologia medica. Ho condotto una riflessione specifica nel seminario sul tema "Corpo, salute e malattia" (tenuto nell'ambito del corso di Antropologia sociale aa.1999-2000). Fra le pubblicazioni più recenti *Narrazioni sulla scena del parto* (1999); *La domesticazione del parto selvaggio* (2000).

figure professionali specifiche, differenziate in ambito urbano e rurale, e in rapporto alla biomedicina. Ed è forse proprio per questo che qui la domanda di antropologia è esplicita: i contributi dell'Antropologia possono costituire, nel processo formativo del medico accademico e in generale del personale della sanità, un valido apporto cognitivo e attitudinale.

Condividere un modello unitario di uomo?

La domanda di antropologia della salute, nei contesti locali e istituzionali in cui si esprime, se pure si presenta come un segno di apertura nei confronti dei prodotti della conoscenza antropologica, rischia tuttavia di sottostimare e sottoutilizzare la pienezza dello sguardo antropologico. Questo perché la domanda, non meno di gran parte delle esperienze di incontro fra discipline differenti, resta in genere ancorata a quello che Clifford Geertz ha identificato come "modello stratigrafico" dell'uomo, che condiziona e orienta la relazione e quindi l'efficacia operativa dell'interscambio fra i saperi.

In cosa consiste questo modello stratigrafico?

Così argomenta Geertz:

In questa concezione l'uomo è un composto di 'livelli', ciascuno che si sovrappone a quelli sottostanti sostenendo quelli sopra. Analizzando l'uomo si sfogliano gli strati uno dopo l'altro: ognuno è in quanto tale completo e irriducibile, e rivela sotto di sé un altro strato di tipo completamente diverso. Sfogliando le forme variegata della cultura si trovano le regolarità strutturali e funzionali dell'organizzazione sociale; sfogliando anche queste a loro volta si trovano i fattori psicologici di base - i 'bisogni fondamentali' o comunque li si chiami - che le sorreggono e le rendono possibili. Sfogliando i fattori psicologici troviamo le fondamenta biologiche-anatomiche, fisiologiche, neurologiche - di tutto l'edificio della vita umana (1998: 50).

Questa immagine stratificata dell'uomo, in cui si collocano con spazi propri i livelli organico, psicologico, sociale e culturale, deve la sua fortuna al fatto che consente agli esperti di ogni livello di accostarsi agli altri senza conflitti. Ognuno è autorizzato e legittimato a esprimersi sul proprio settore di competenza, e questo è quanto gli altri si aspettano da lui. Le attese istituzionali di ambito medico (organi

ministeriali, istituzioni mediche, ecc.) sembrano iscriversi di frequente entro questo modello, fruendo riduttivamente dell'apporto dell'antropologia, assunta talora quale disciplina utile alla individuazione di credenze da correggere, alla identificazione di pratiche errate da modificare per una moderna educazione sanitaria, o alla ricognizione di saperi e risorse locali da elaborare e incanalare nei circuiti del mercato farmacologico globale.

Ma il contributo dell'antropologia, nella sua riflessione sulla cultura, mostra orientamenti teorici e possibilità operative di ben più ampia portata in tema di salute e malattia. Oliver Sacks media dal medico canadese William Osler la sollecitazione a "non chiedere che malattia abbia una persona, ma piuttosto quale persona abbia una malattia"(1998: 9)⁷. Ebbene la persona, oltre che singolo individuo (nell'accezione del pensiero occidentale), è un soggetto culturale, immerso in una rete di relazioni sociali che danno un senso preciso al suo essere maschio o femmina, giovane e anziano, ricco o povero, sano o malato. La persona ha un nome, e il nome è un elemento di autoidentificazione, ma anche di definizione e designazione di appartenenza sociale entro una dimensione storica individuale e collettiva. La persona abita un luogo, e il luogo, come insegna Marc Augé, è a sua volta, per le persone, identitario, relazionale e storico (1993); oppure può sperimentare una situazione di deterritorializzazione (Appadurai 1995), come spesso accade per le migrazioni intranazionali e internazionali. Se dobbiamo chiederci con quale persona abbiamo a che fare quando dobbiamo curare un malato, è con questo contesto culturale e sociale che dobbiamo misurarci. In questa direzione Arthur Kleinman, medico e antropologo statunitense, sostiene che è più proprio parlare di *persona malata* (sick person) piuttosto che di *paziente* (patient) perché il malato, in specie se portatore di una malattia cronica, passa molto più tempo come membro della famiglia malato, lavoratore malato, soggetto sociale malato, che in qualità di ogget-

⁷ Secondo Mattingly e Garro questa considerazione costituisce una vera e propria rivoluzione copernicana nella pratica medica (2000: 8-9) e nello stesso volume, Unni Wikan, facendo riferimento alla propria esperienza, discute sul fatto che la persona deve apprendere il ruolo di malato (sick role) (2000: 222).

to di cure mediche (1988: 3-4). I termini persona malata e paziente sono correlati a due modi diversi di intendere la malattia, indicata rispettivamente come *illness e disease*. *Illness* fa riferimento all'esperienza personale dei sintomi e della sofferenza, a come la persona malata, la sua famiglia e la comunità risponde alla situazione di difficoltà in cui si trova il malato. La cultura locale vi assume un ruolo importante:

Local cultural orientations (the patterned ways that we have learned to think about and act in our life worlds and that replicate the social structure of those worlds) organize our conventional common sense about how to understand and treat illness; thus we can say of illness experience that it is always culturally shaped. Paradoxical as it sounds, then, there are normal ways of being ill (ways that our society regards as appropriate) as well as anomalous ways (Kleinman 1988: 5)

Disease è invece il problema visto dalla prospettiva del medico, orientato a identificare la malattia come un'alterazione della struttura biologica col supporto di appropriate analisi cliniche, e dunque poco interessato all'esperienza personale e sociale della malattia⁸.

Il ruolo del contesto socio-culturale e dell'identità della persona nella malattia e nella cura si avvia ad essere sempre più riconosciuto in ambito medico (Sacks 1998: 19) ed è per ciò che un medico può desiderare di "estendere all'esperienza clinica il discorso antropologico" (Nguyen 1996: 63) o "sentire il bisogno di diventare antropologo", fino a sostenere che:

la medicina non può essere un affare puramente tecnico e biologico, non si può fare a meno di estendere il concetto di 'biologico' fino a comprendere la personalità e l'identità storica di ogni singolo paziente. Sono convinto che nel prossimo futuro le considerazioni di ordine culturale e sociale giocheranno un ruolo molto importante nella pratica medica (Sacks 1996: 156).

Le ricerche antropologiche, d'altro canto, mostrano che l'apparte-

⁸ Un terzo termine, *sickness*, indica invece la malattia intesa come problema sociale, che riguarda una popolazione in relazione alle condizioni socio-economiche; così si indica come *sickness* la tubercolosi, non in quanto esperienza della persona malata, ma in quanto correlata a situazioni di povertà e malnutrizione (Kleinman 1988: 6).

nenza di genere, di classe d'età, di status sociale e professionale, assume esperienze e significati diversi nelle varie culture, richiamando differenti concezioni del corpo, della salute e della malattia. Quindi, essere giavanesi, marocchini, europei o balinesi non è, come insegna Geertz, cosa priva di peso, ma significa sperimentare pratiche e rappresentazioni entro ordini sociali e simbolici differenti. E la corporeità individuale, non di meno del pensiero e delle emozioni, si iscrive entro questi ordini sociali e simbolici. Ogni cultura infatti, argomenta Remotti, "foggia umanità" sia per quanto concerne gli aspetti intellettuali, emotivi ed etici, ma anche igienici ed estetici, che implicano altresì il dar forma e il "prendersi cura" dei corpi individuali. Si tratta di una prospettiva che "senza negare l'importanza che i meccanismi biologici, soprattutto genetici, rivestono nell'organizzazione umana, (...) ritiene che la dimensione culturale sia prevalente. L'uomo è in gran parte un animale culturale" (2000: 49, 51, 112).

Nel caso della salute e della malattia, come da più parti sostenuto, ordine biologico e ordine culturale sono strettamente interconnessi. Lo specifico della malattia, secondo Augé, vede la messa in gioco contemporanea dell'individuo con la sua corporalità e la società con le sue istituzioni, i suoi saperi, le sue pratiche terapeutiche:

La malattia è allo stesso tempo il più individuale e il più sociale degli eventi. Ognuno di noi la sperimenta nel proprio corpo e può morirne. Avvertendola crescere minacciosamente dentro di sé un individuo può provare un senso di distacco dagli altri e da tutto ciò che costituiva la sua precedente vita. Eppure tutto in essa è allo stesso tempo sociale, non solo perché un certo numero di istituzioni si fanno carico delle diverse fasi della sua evoluzione, ma anche perché gli schemi di pensiero che permettono di individuarla, di darle un nome e di curarla, sono eminentemente sociali: pensare alla propria malattia significa fare già riferimento agli altri (1986a: 34).

Questa dimensione sociale della malattia, che sia pure con contenuti diversi si manifesta in ogni società, è l'elemento che spiega l'interesse e le ricerche degli antropologi in questo settore. Si tratta anche qui, come per altri ambiti culturali, di individuare i procedimenti di costruzione di senso (Augé 1995: 176; Geertz 2000: 28) che operano in ogni società, implicando pratiche e rappresentazioni che sono relazionabili agli eventi del corpo. Infatti, come sottolinea Augé,

un certo numero di rappresentazioni simboliche, poiché riguardano la nascita, la sessualità, la riproduzione, l'eredità, la malattia o la morte, concernono la materia prima dell'identità corporea e della relazione, hanno almeno in comune, nella diversità delle 'culture', questa materia prima, qualunque sia la sua forma in questa o quella cultura (1995: 180)

Se sul versante medico si sente la necessità di "estendere il concetto di biologico fino a comprendere la personalità e l'identità storica di ogni paziente", in sede antropologica non si può non tener conto di quella "materia prima" con cui l'ordine sociale e simbolico si deve misurare. Allora il problema di fondo è quello di liberarsi del modello stratigrafico dell'uomo e optare per un modello che consenta seriamente una integrazione teorica fra le istituzioni e i saperi, all'interno della quale vi siano spazi di negoziazione e di dialogo. In questo ambito specifico mi pare possa essere efficace la sollecitazione di Geertz di "sostituire la concezione 'stratigrafica' dei rapporti tra i vari aspetti dell'esistenza umana con una sintetica, una concezione cioè in cui i fattori biologici, psicologici, sociologici e culturali possono essere trattati come variabili entro sistemi unitari d'analisi" (1998: 58).

A sostegno di questa opzione l'argomentazione di Geertz sottolinea due importanti considerazioni, che, problematizzando la relazione natura-cultura, mi sembrano utili anche nell'economia della riflessione sul rapporto antropologia e medicina. La prima riguarda la concezione dei rapporti fra l'evoluzione fisica e lo sviluppo culturale dell'uomo: superata l'idea che la storia evolutiva disegni un ordine sequenziale in cui un primo stadio segna il completamento biologico dell'uomo e quindi su di esso, per un qualche 'incidente' genetico, prende corpo lo sviluppo culturale, le ricerche paleoantropologiche mostrano più verosimile un processo interattivo fra biologia e cultura dove lo sviluppo del cervello appare non solo come condizione della cultura, ma anche come prodotto di essa (Remotti 1996: 13; Geertz 1998: 60-63; Leroi-Gourhan: 1977, voll.I e II). Sostiene pertinentemente Geertz:

tra il modello culturale, il corpo e il cervello fu creato un effettivo sistema di retroazione in cui ciascuno foggia il progresso dell'altro, un sistema del quale l'interazione tra l'uso crescente degli attrezzi, la mutante anatomia della mano e la espansione della rappresentazione del

pollice sulla corteccia cerebrale è soltanto uno degli esempi più vistosi (1998: 62).

Ciò a mostrare la difficoltà di identificare una natura umana indipendente dalla cultura.

La seconda considerazione è che l'uomo è alla nascita un animale incompleto, che per completarsi ha bisogno della cultura. E la cultura è qui intesa non più secondo il concetto tradizionale che la definiva come sommatoria di costumi, usi, tradizioni e abitudini trasmessi da generazione a generazione (Tylor 1871), ma piuttosto come una serie di programmi – progetti, prescrizioni, regole, istruzioni – che suppliscono alle lacune genetiche, orientando il comportamento dei soggetti (Geertz 1998: 58). Questa asserzione, supportata anche dalle più recenti ricerche della neurologia e della genetica, sottolinea il ruolo del contesto sociale nella formazione dell'uomo: il nuovo nato si appropria via via, a partire dalla nascita e nel corso della sua crescita, di programmi culturali, “fonti simboliche di illuminazione per trovare la strada nel mondo”, grazie al gruppo sociale di appartenenza.

Questa considerazione ha come corollario la sottolineatura della particolarità delle culture: i luoghi in cui si formano pensieri ed emozioni hanno, come habitat naturale “il cortile di casa, il mercato e la piazza principale della città”. Qui si dispiega il “traffico di simboli significanti” che conferisce senso a parole, gesti, suoni, immagini e comportamenti, nella specificità della comunità di appartenenza. Fra le molte possibilità di essere uomini che l'equipaggiamento naturale consentirebbe, la nascita e la crescita in una particolare comunità decide la scelta culturale: noi potremmo “vivere mille tipi di vita, ma finiamo con l'averne vissuta una sola” (Geertz 1998: 59). Se ovunque, nei tempi e nei luoghi, l'uomo ha bisogno della cultura per completarsi e rifinirsi, questo avviene attraverso forme di cultura particolari che assegnano identità diverse ai diversi gruppi sociali. La teoria dell'uomo come animale incompleto – scrive Remotti – apre immediatamente la questione dell'identità:

Nel momento in cui l'essere umano ha da uscire dalla precarietà e dall'incompletezza affronta il problema dell'identità : di una sua specifica identità culturale. L'identità si presenta perciò come irrinunciabile: non è una faccenda che si possa procrastinare. Non solo, ma se specifiche

e particolari forme di umanità sono quelle che garantiscono il completamento di esseri umani, in quel luogo culturale, in quel contesto sociale, in quel determinato periodo storico, ciò significa che si realizzano legami di dipendenza rispetto a quelle forme (1996: 17).

E la singolarità dell'identità culturale esprimerà altrettante singolarità delle pratiche e delle rappresentazioni che riguardano il corpo, il sé, e gli eventi attesi e non attesi del mondo della vita. Vi si possono includere, ad esempio, diversi stili di stare in piedi e seduti, mangiare e bere, ridere e piangere; insieme a modi distintivi di espletare le funzioni corporali come sputare, tossire, urinare e defecare. Ma anche modalità di ritualizzazione, che marcano il corpo per denotare l'appartenenza sociale, come le scarificazioni guayaki o i tatuaggi maori, nonché lo status sociale all'interno della comunità, segnato da riti di passaggio che spesso comportano interventi dolorosi come le pratiche chirurgiche sui genitali maschili e femminili (Remotti 2000). E ancora il contesto locale informa i significati sociali di eventi naturali del corpo come il menarca, la gravidanza e la menopausa, valorizzandoli o devalorizzandoli in base alle relazioni di potere relative al sesso, all'età e allo status sociale. Eventi inattesi e spesso sconcertanti come la malattia, a loro volta, sono elaborati culturalmente, a partire dal riconoscimento dei sintomi in quanto tali, alla loro denominazione e comunicazione, fino alla loro collocazione entro più ampi sistemi di significato in cui ordine del corpo, ordine sociale e ordine cosmologico sono correlati.

Il riconoscimento di questo intreccio fra ordine biologico e ordine sociale potrebbe essere una base comune di partenza per un dialogo efficace fra antropologi e medici, da cogliere nello spirito di un'apertura alla collaborazione, dove le differenti specializzazioni possono trovare stimoli e sollecitazioni di crescita anche nel proprio settore di analisi.

Inquietudini

Da un punto di vista antropologico la riflessione sull'intreccio fra ordine del corpo e ordine sociale rende quasi inevitabile l'esigenza di

misurarsi con i fenomeni che riguardano la salute e la malattia. Come sottolineavano Augé ed Herzlich, nella *Introduzione* al testo *Il senso del male* (ed. or. 1983),

un certo numero di etnologi, che non avevano come oggetto primo della loro ricerca la malattia o la medicina, abbiano constatato di non poter osservare e comprendere la vita sociale, politica e religiosa delle società che studiavano senza prendere in considerazione il loro sistema nosologico così come questo si esprime nella elaborazione diagnostica o nella prescrizione terapeutica, nelle istituzioni che le mettono in opera e nei differenti agenti di questa messa in opera. Senza prendere cioè in considerazione la 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 (1986: 8).

Inversamente, se la ricerca è focalizzata sulla malattia, come argomenta lo stesso Augé in un articolo più recente, la malattia ci dice sempre qualcosa sul rapporto degli uomini con la natura, con sé stessi e con gli altri (1996: 17).

Se l'attenzione allo specifico della malattia non può prescindere dal più ampio contesto sociale, che tradizionalmente costituisce l'oggetto privilegiato della ricerca antropologica, sul piano teorico-metodologico l'approccio ai temi che riguardano il corpo, la salute e la malattia, non può sottrarsi ai problemi, agli interrogativi e alle inquietudini che agitano il dibattito disciplinare di oggi. L'identità della disciplina, come osservava acutamente Geertz in un articolo dedicato allo *stato dell'arte* (2001: 107-115), appare più definita e chiara all'esterno che all'interno del settore. La prospettiva antropologica, adottata ormai diffusamente da discipline come la storia, la filosofia, la critica letteraria ed altre ancora, sembra godere di un prestigio ormai assodato. Il contributo dell'antropologia, in altri ambiti disciplinari, sociali e non, viene solitamente riferito all'originalità del suo metodo, identificato col lavoro etnografico di campo:

Quello che noi facciamo e che gli altri non fanno, o fanno solo occasionalmente e non così bene, è (secondo questa visione) parlare all'uomo nella risaia o alla donna nel bazaar, in larga misura informale-

mente, come in una normale chiacchierata in cui una parola tira l'altra, nella lingua locale e per lunghi periodi di tempo, osservando in tutto questo tempo, molto da vicino, come essi si comportano. La specialità di 'ciò che gli antropologi fanno', il loro approccio alla ricerca sociale olistico, umanistico, soprattutto qualitativo, fortemente artigianale, è il cuore della materia (così noi abbiamo imparato a sostenere) (Geertz 2001: 111).

Arthur Kleinman, come vedremo, sembra privilegiare questa attitudine della pratica antropologica allorché propone, per i giovani che si preparano alla professione medica, di cimentarsi con una mini-ethnography (1988: 230-236).

Ma l'approccio antropologico è più complesso e problematico di quanto appaia al suo esterno. La stessa pratica di campo non è esente dagli interrogativi sulla propria rispettabilità scientifica e sulla propria legittimità morale (Geertz 2001: 112). Le riflessioni critiche degli ultimi decenni hanno denunciato fenomeni di complicità degli antropologi coi regimi coloniali, contestato il diritto di parlare per gli "altri", evidenziato il rischio etnocentrico degli orientamenti teorico-metodologici e le implicazioni delle procedure di costruzione dei testi etnografici. Tutto questo, nei casi migliori, ha comportato un affinamento dell'attenzione e della cautela, senza cessare tuttavia di sostenere un approccio alla ricerca sociale che ritiene ancora efficace lo specifico del lavoro di campo, marcato dal contatto e dal dialogo cogli "altri", anche quando le differenze culturali del passato si riducono ad un mondo di asimmetrie e di "sensibilità conflittuali in inevitabile contatto"⁹.

Nell'ambito dell'antropologia medica le riflessioni critiche sviluppate nel più generale dibattito disciplinare si associano a specifiche problematiche settoriali. La ricerca sembra trovarsi qui alle prese con una sorta di ambivalenza. La critica al sapere bio-medico per la sua indifferenza alle culture locali, si scontra con situazioni sanitarie di svantaggio per le quali l'intervento medico risulta invece auspicabile. Inoltre, come ha sottolineato Byron Good,

⁹ A. Danto, *Mind as Feeling; Form as Presence; Langer as Philosopher*, in "Journal of Philosophy", 81 (1984), pp. 641-647, citato in Geertz (2001: 86).

ogni analisi di culture mediche locali – delle rappresentazioni della malattia da parte dei singoli o delle forme del sapere medico di una società, sottocultura o tradizione terapeutica – richiede all'antropologo una propria posizione epistemologica verso le pretese di conoscenza dei nostri informatori. Ciò costringerà gli antropologi ad affrontare spinose questioni implicite nella scelta di una strategia analitica. (...) come situare le nostre analisi delle rappresentazioni culturali della malattia, codificate nelle tradizioni terapeutiche etniche o popolari, o nei saperi e nelle pratiche individuali, rispetto alle pretese di verità della biomedicina? (1999: 44-45).

Gli approcci specialistici disegnano sensibilità, attitudini e strategie diverse.¹⁰ Assumendone le cautele e i motivi di all'erta, onde evitare esiti bloccanti, avanzerei alcune ipotesi operative che traggono dalla mia esperienza di ricerca e riflessione¹¹. Indicherei pertanto, quali percorsi di riflessione, (facendo salva l'idea che sia il contesto stesso della ricerca ad indicare le strategie e le tecniche più efficaci da seguire¹²), due orientamenti che mi paiono utili guide alla ricerca empirica. Il primo si concentra sull'"esperienza di malattia", il secondo sugli "itinerari terapeutici". Si tratta di pratiche complementari: nel primo caso l'accentuazione è rivolta ai vissuti dei malati, nel secondo al contesto sociale.

¹⁰ Per un'utile classificazione degli orientamenti teorici nell'antropologia medica si veda Byron Good, *Le rappresentazioni della malattia nell'antropologia medica: una disanima della materia*, in Id. 1999: 40-100.

¹¹ Mi riferisco ad una prolungata frequentazione nella pratica delle storie di vita (1978; 1989; 1997; 1999) che mi ha orientato verso quegli studi che si sono interessati ai vissuti personali e al racconto di essi. E non di meno alla sperimentazione, per l'analisi delle culture professionali, dell'approccio tecnico economico (Angioni 1986), che coi suoi concetti di catena operativa, fasi operative, ecc., consente di cogliere la processualità degli eventi.

¹² Nel lavoro di riflessione propedeutica alla ricerca di campo, una prima considerazione di base è stata la messa in discussione della possibilità di costruire a tavolino un modello di ipotesi guida da sperimentare sul terreno, ritenendo che sia il contesto stesso della ricerca ad indicare le strategie e le tecniche più efficaci da seguire (Mondardini 1999: 21). Era necessario tuttavia esplorare i principali orientamenti e alcune ricerche specialistiche disponibili nella letteratura per acquisire attitudine e sensibilità nello specifico dei problemi che riguardano la malattia.

L'esperienza di malattia e il suo racconto

La formazione medica, secondo Kleinman, così come è organizzata nelle facoltà di medicina, non è interessata, come invece dovrebbe in specie nei casi di malattia cronica, all'esperienza umana dei sintomi e della sofferenza, e ai significati sociali della malattia. I disturbi che accusano i pazienti, quando si recano dal medico, sono vissuti ed espressi in termini che sono elaborati nel contesto familiare e nella più ampia rete delle relazioni sociali del malato. Se il medico condivide la cultura a cui appartiene il paziente potrà instaurare con lui un dialogo iniziale positivo, mentre differenze etniche, linguistiche, religiose, occupazionali e di genere, possono creare grosse difficoltà di comprensione reciproca. In ogni caso il medico, in accordo con la sua formazione scientifica, reinterpreterà quanto espresso dai pazienti e dai loro familiari nei termini del modello bio-medico, identificando alterazioni biologiche o funzionali, senza tener conto del vissuto della persona malata. L'esperienza di malattia, gravida di sconcerto, di paure, di frustrazioni e di domanda di senso, non è istituzionalmente legittimata ad avere un suo spazio nella pratica dell'intervento medico. La stessa anamnesi si traduce in una canalizzazione medica dell'esperienza (Kirmayer 2000), sostenuta da appositi moduli prestabiliti, piuttosto che in un racconto aperto che possa comunicare come la persona percepisce, vive e risponde ai sintomi e alla disabilità. Nel caso delle malattie croniche infatti la storia di malattia diventa un tutt'uno con la storia di vita dei malati. Allora, suggerisce Kleinman, è necessario legittimare l'esperienza di malattia, dare spazio alle sue espressioni, ai suoi racconti. Ciò significa riconcettualizzare la cura in modo che istituzionalmente incorpori questa esperienza nella sua dimensione sociale. Questo comporta l'introduzione delle scienze umane e sociali a pieno titolo nella formazione del medico. L'approccio etnografico vi assume un ruolo importante: ogni studente di medicina, secondo Kleinman, dovrebbe mettersi alla prova sperimentando una "mini-ethnography":

Skill in conducting a mini-ethnography can be honed by sending students out of the lecture hall and hospital to follow up on their patients in the local community. They can observe patients at home and in their

dealings with health care and social welfare agents and agencies (1988: 256).

Ma una pur mini-ethnography ha senso proprio perché fondata antropologicamente. Sull'esperienza di malattia e sul tema più generale dell'esperienza umana la riflessione antropologica non ha mancato di misurarsi, confrontandosi con una pluralità di discipline e configurando una tradizione di ricerca che si è cimentata con specifici riferimenti epistemologici, messa a punto di strategie metodologiche e pratiche specialistiche di campo. Se la ricerca sugli itinerari terapeutici sottolinea la dimensione sociale della malattia, orientandosi a identificare le logiche sociali condivise ed espresse nelle pratiche del corpo e nelle pratiche sociali, l'attenzione all'esperienza di malattia si concentra sul soggetto malato per coglierne rappresentazioni, emozioni, sentimenti e vissuti.

L'individuazione di un'antropologia dell'esperienza si deve a Victor Turner (1986; 1986a; 1993), che trae ispirazione dalle riflessioni del filosofo tedesco Wilhelm Dilthey (1833-1911) in particolare per quanto concerne i concetti di *esperienza* ed *espressione*¹³. Dilthey, a partire dalla sua *Introduzione alle scienze dello spirito* e nelle sue puntualizzazioni successive, propone di fondare le scienze dello spirito o "scienze della cultura", differenziandone oggetto e metodo rispetto alle scienze della natura: mentre queste ultime si riferiscono allo studio del mondo esterno all'uomo, le scienze dello spirito si interessano al mondo umano come mondo storico-sociale, e dunque sono rivolte agli uomini, ai loro rapporti reciproci e ai loro rapporti con la natura. Le prime si fondano sull'esperienza esterna, mentre le seconde si fondano sull'esperienza interiore, sulle espressioni di questa esperienza e "nell'intendere rivolto a queste espressioni" (1954: 136). La dimensione primaria del mondo umano, secondo Dilthey, "... non è qualcosa che si mostri attraverso i sensi, non è un semplice riflesso di qualcosa che è reale in una coscienza, ma è la realtà stessa interna e immediata,

¹³ Victor Turner, come osserva puntualmente Bruner, ha saputo cogliere la rilevanza antropologica dei concetti di esperienza ed espressione elaborati da Dilthey, fornendo così un altro padre fondatore degli studi antropologici (1986: 4 e sgg), ma attinge indicazioni utili anche dagli studi sulla produzione artistica elaborati da Dewey (1934), su cui vedi Turner 1986a.

qualcosa che sperimentiamo dentro di noi” (1992: 76), ed è su questa esperienza interiore che si fondano le “scienze dello spirito”. Quest’attenzione al mondo interiore dei soggetti, espressa nel concetto di esperienza vissuta (Erleben), ben si accorda con l’ esigenza di Turner di comprendere eventi “saturi di intenzioni, di emozioni e di significati”, per i quali gli approcci positivistic e funzionalistico risultavano inadeguati. Com’egli osserva, dietro l’immagine del mondo di Dilthey c’è il fatto fondamentale dell’essere umano totale alle prese con il suo ambiente, “dell’essere umano che percepisce, pensa, sente, desidera”, dove “la vita coglie la vita” (1986: 36).

Ma come accedere all’esperienza individuale che è un fatto personale, interiore, intimo? Come riconosce lo stesso Dilthey, “il modo in cui la realtà ci viene data nell’esperienza interna, comporta grandi difficoltà per la sua comprensione oggettiva” (1992: 76). Difficoltà che Edward Bruner sottolinea argomentando sulla differenza fra esperienza e comportamento:

Experience, in our perspective, is not equivalent to the more familiar concept of behavior. The latter implies an outside observer describing someone else’s actions, as if one were an audience to an event; it also implies a standardized routine that one simply goes through. An experience is more personal, as it refers to an active self, to a human being who not only engages in but shapes an action. We can have an experience but we cannot have a behavior; we describe the behavior of others but we characterize our own experience. It is not customary to say, ‘Let me tell you about my behavior’; rather, we tell about experiences, which include not only actions and feelings but also reflections about those actions and feelings. The distinguishing criterion is that the communication of experience tends to be self-referential (1986: 5).

In effetti noi possiamo prendere coscienza della nostra propria esperienza, mentre, pur essendo esperti nella pratica della “osservazione partecipante” diffusa da Malinowski¹⁴, non possiamo sperimentare i vissuti degli altri. La soluzione del problema per Dilthey è che,

¹⁴ Cfr. Bronislaw Malinowski, *Oggetto, metodo e fine della ricerca*, in Id. 1978, pp.29-50.

poiché “gli stati di coscienza si esprimono continuamente in suoni, in gesti del volto, in parole, e hanno la loro oggettività in istituzioni, stati, chiese, istituti scientifici...” (1954: 146), noi possiamo accedere all’esperienza degli altri attraverso le sue *espressioni*¹⁵. E Turner così commenta:

In Dilthey’s view, experience urges toward expression, or communication with others. We are social beings and we want to tell what we have learned from experience. The arts depend on this urge to confession or declamation. The hard-won meanings should be said, painted, danced, dramatized, put into circulation (1986a: 37).

Turner assume dunque come espressioni di esperienza¹⁶ ed esplicazioni della vita ogni performance culturale, inclusi il rito, la cerimonia, il carnevale, il teatro e la poesia:

Mediante il processo stesso della performance ciò che in condizioni normali è sigillato ermeticamente, inaccessibile all’osservazione e al ragionamento quotidiani, sepolto nelle profondità della vita socio-culturale, è tratto alla luce: Dilthey usa il termine *Ausdruck* ‘espressione’, da *ausdrucken*, letteralmente ‘premere o spremere fuori’. Il ‘significato’ è spremuto fuori da un evento che è stato esperito direttamente dal drammaturgo o dal poeta, o che reclama a gran voce una comprensione (*Verstehen*) penetrante e fantasiosa (1986: 36).

L’espressione mette dunque in luce il *significato* e il significato viene colto attraverso la *comprensione*.

A queste riflessioni e articolazioni concettuali si ispirano gli antropologi che sono interessati all’esperienza di malattia e ai vissuti di

¹⁵ Come commenta Pietro Rossi nell’*Introduzione* a W. Dilthey, *Critica della ragione storica*: “L’*Erleben* si oggettiva nell’espressione, e l’intendere si rivolge appunto a questa, per cogliere attraverso essa l’*Erleben* proprio o altrui che le ha dato origine manifestandovisi” (1954: 26).

¹⁶ Turner estrapola da Dilthey anche la distinzione fra *mera esperienza* e *una* esperienza, dove la prima si riferisce al flusso temporale degli eventi vissuti, mentre la seconda corrisponde a ciò che Dilthey individua come struttura dell’esperienza, quale unità di sentire, di intendere e di volere, dove gli eventi assumono significato in riferimento al passato, ma consentono anche di stabilire mete per le esperienze future (Dilthey 1954: 61 e sgg; Turner 1986: 35 e sgg.).

prostrazione e di sofferenza¹⁷. I vissuti di sofferenza sono più personali e privati di altri e dunque più di altri si mostrano inaccessibili. Il dolore fisico, come ha mostrato Elaine Scarry, si caratterizza per l'impossibilità di essere condiviso. Diversamente da qualunque altro stato di coscienza non ha referenti esterni attraverso i quali possa essere espresso:

Sebbene la capacità di esperire il dolore fisico sia per gli esseri umani un fatto altrettanto importante quanto la capacità di udire, toccare, desiderare, temere, aver fame, il dolore si distingue da questi eventi e da ogni evento somatico e psichico, poiché non ha un proprio oggetto nel mondo esterno. Si odono e si toccano oggetti posti al di fuori dei confini del corpo, un desiderio è un desiderio di x, la paura è paura di y, la fame è fame di z: ma il dolore non è 'di' o 'per' qualcosa, è soltanto se stesso (1990: 278).

Questa mancanza di oggetto comporta un'estrema difficoltà ad oggettivarlo nel linguaggio. *Sussurri e grida* sono le sue espressioni¹⁸. Una ragazza che si innamora, osserva Virginia Woolf, può esprimersi con le parole di Shakespeare o di Keats, ma ognuno di noi ha sperimentato la difficoltà di trovare le parole per descrivere al medico i propri sintomi e il proprio dolore¹⁹.

Dar voce all'esperienza di dolore e di malattia, come auspica Kleinman, significa, da un punto di vista antropologico, porsi in una situazione di ascolto dei pazienti, dei loro tentativi di oggettivazione del dolore e delle espressioni che ne risultano; ma, sulla scia di Dilthey, *interpretare* queste espressioni per *comprendere* l'esperienza

¹⁷ Penso all'ampio dibattito identificato come antropologia dell'esperienza (Turner and Bruner 1986), alla sempre più ricca letteratura intorno alla narrazione della malattia (Kleinman 1988, Good 1999, Mattingly e Garro 2000) e alla pratica delle storie di vita, che si è andata via via affinando con contributi di psicologi, sociologi e storici oltre che antropologi (i. a. Thompson 1978; Clemente 1988; Mondardini 1978; 1987; 1997; 1999; Bertaux 1998; Chamberlain and Thompson 1998).

¹⁸ Il riferimento è all'opera *Sussurri e grida* (1973) del regista Ingmar Bergman, citato in Scarry, p. 19.

¹⁹ V. Woolf, *On Being Ill*, in *Collected Essays*, vol. IV, New York, Harcourt, 1967, p. 194, citato in Scarry, p. 19.

interiore del dolore²⁰, significa porre questa esperienza in una sfera dialogica e di senso più ampia rispetto all'angusto rapporto medico-paziente, per recuperarne la dimensione sociale di esperienza umana (Kleinman 1988; Mattingly e Garro 1988; Mattingly 1989; Good 1999). L'attenzione alle *narrazioni di malattia* nelle varie culture si colloca in questa direzione. Ma la prospettiva non è priva di problematicità: vi si discute, in particolare, la relazione fra eventi, esperienza e narrazione di essi (Bruner 1986; Mattingly e Garro 2000). Ciò comporta il riconoscimento della parzialità della narrazione e la necessità di andare oltre il testo²¹, per esplorare il contesto: il mondo sociale, politico e culturale in cui la storia è narrata. Gran parte degli studiosi ritiene che la vita sia più ricca di quanto possa emergere nelle narrazioni e che un'eccessiva enfasi sulla narrazione rischi di oscurare altri aspetti culturali dell'esperienza umana (Bruner 1986; Wikan 2000; Dreier 2000; Kirmayer 2000). Il dibattito, in definitiva, rimette in discussione la pratica della ricerca e la necessità di un approccio plurale al lavoro di campo, dove le narrazioni non escludono l'osservazione e altre tecniche di raccolta e analisi dei dati. Il tentativo di esplorare, in un'area particolare, gli itinerari terapeutici, ha sicuramente bisogno di questa apertura.

Gli itinerari terapeutici

La nozione di itinerario terapeutico, che medio da Marc Augé (1986) sebbene si basi sull'osservazione dei percorsi individuali, as-

²⁰ Bruner ha sottolineato che l'antropologia dell'esperienza, concentrando l'attenzione dei ricercatori sull'esperienza e le espressioni dei soggetti, coglie i significati indigeni; di conseguenza le unità d'analisi, piuttosto che stabilite a priori, emergerebbero dai soggetti stessi. Nello specifico dell'esperienza del dolore, accogliere le espressioni dei pazienti può significare avere, non solo strumenti per la comprensione dei pazienti stessi a vantaggio della possibilità di stabilire una relazione positiva con loro, ma anche indicazioni utili per la messa punto della diagnosi (Melzack 1973).

²¹ L'analisi del testo narrativo, quando non cada negli eccessi del testualismo post-modernista, va a costituire un ulteriore arricchimento dell'analisi culturale: così per Turner l'articolazione narrativa replica le fasi del dramma sociale e per gli studiosi delle narrazioni di malattia, il dramma della sofferenza umana.

sume come elemento fondante, per un'approccio antropologico alla malattia, la sua dimensione sociale. Per Augé la nozione "si applicava in primo luogo ai percorsi dei pazienti africani che alternativamente ricorrono a diversi guaritori, a diversi profeti, ma anche all'ospedale e ai rappresentanti (spesso sprovvisti di mezzi) della bio-medicina" (1995: 182). In una situazione multietnica differenti scelte terapeutiche possono essere correlate a specifici sistemi di rappresentazioni, ma possono esservi anche casi di interazione e di prestito. La rilevazione e l'analisi degli itinerari terapeutici può considerarsi una via d'accesso efficace per la conoscenza di situazioni individuali e sociali complesse, con l'obiettivo di costruire, analiticamente, una categoria dinamica di lettura della realtà che attiene al corpo, alla salute e alla malattia.

L'indagine sugli itinerari terapeutici concentra la propria attenzione su cosa la gente fa quando si ammala; ma i comportamenti, i rituali, i discorsi e le scelte terapeutiche dei malati sono strettamente collegate alle loro concezioni della malattia, elaborate nel contesto sociale di appartenenza. Queste concezioni includono l'interpretazione dei sintomi e il riconoscimento della malattia in quanto tale, la sua denominazione, l'eziologia e le prospettive intorno ai possibili rimedi. Si tratta di un corpo di rappresentazioni e di orientamenti di cui l'individuo e il suo gruppo dispongono nell'ambito della propria cultura (Heritier 1982; 1997), dove, come s'è visto, ordine del corpo e ordine sociale sono correlati (Augé 1986). Come ha indicato nel merito Sylvie Fainzang

I start from the hypothesis that the search for a medical cure cannot be regarded as the only determining factor in the choice of therapy. This choice is also connected with the interpretation of the illness and with the social tensions which that interpretation expresses. On this basis, I study the behaviour of sick people in the context of their personal histories and cultural identity, and in the light of the wider life of the commune. This will lead to a reconstruction of the situation in terms of elements belonging to different levels of social life and thought-systems, and will provide an explanation for paradoxes like the apparent recourse on the part of a patient to what he regards as less effective medical treatment (Fainzang 2000: 42)

Lo studio degli itinerari terapeutici dovrebbe dunque consentire di

comprendere il comportamento del malato nel contesto della sua esperienza individuale, connotata storicamente e culturalmente e quindi inserita in una più ampia dimensione sociale.

Gli approcci alla malattia tendono a polarizzarsi o sull'aspetto eziologico o su quello sintomatologico. L'aspetto eziologico tratta di fatti biologici, magici e religiosi, l'aspetto sintomatologico tratta di percezioni e rappresentazioni individuali di sofferenza e dolore²². L'analisi degli itinerari terapeutici dovrebbe comprenderli entrambi includendoli nel contesto sociale in cui la malattia e la cura si manifestano. Ad esempio gli studi di Marc Augé, nei sistemi voodoo delle regioni del Benin, indicano due itinerari terapeutici:

con il primo che privilegia il sintomo e il secondo la causa. Nel primo è la natura delle piante scelte per trattare il sintomo a comportare, in via subordinata, il compimento di riti e di sacrifici nei confronti degli dei che ne sono i signori. Nel secondo è l'identificazione degli dei causa del male che avviene attraverso pratiche divinatorie e indipendentemente da ogni indicazione sintomatologica, a suggerire la scelta delle piante necessarie alla guarigione (Augé, Herzlich 1986: 11).

Si tratta qui di modelli cognitivi e simbolici che vanno oltre lo specifico della malattia per includere un modello cosmologico e antropologico più ampio a cui l'antropologo è interessato quando tenta di identificare la cultura di un gruppo sociale. Perché la malattia ha una dimensione sociale che si iscrive nella cultura e viceversa l'analisi della cultura non può trascurare l'evento di malattia. Così fra i Dogon dell'altipiano del Bandiagara, come ha osservato Barbara Fiore, gli itinerari terapeutici rivelano

complicati intrecci di vie percorse dai malati in un vagare di persona in persona, di villaggio in villaggio, alla ricerca di cure chimiche e vege-

²² E' a questo secondo aspetto che generalmente ci si riferisce quando si parla di narrazione della malattia (Good 1999). A questo livello la nozione di itinerario terapeutico include la pratica delle storie di vita e la riflessione sul concetto di narrazione (Mondardini 1996; 1999). Nell'ambito di questa esperienza di ricerca e riflessione, lo specifico dell'itinerario terapeutico rimanda alla narrazione, da parte dei pazienti, dell'apparizione dei disturbi, l'eventuale intervento individuale o familiare, l'evolversi nel riconoscimento della necessità di rivolgersi ad un guaritore, ecc.

tali, per sanare la parte malata del corpo colpita, e di divinazioni, sacrifici agli spiriti e offerte agli altari, per sanare invece le cause. Alla base di questo, la visione di un universo al cui interno tutto è in costante, reciproca relazione, esseri umani e esseri incorporei, spiriti che, come si dice, abitano gli spazi 'vuoti', alberi, animali, luoghi, eventi passati contenuti nel mito, eventi presenti. Un universo come una rete fatta dei legami fra tutte le singole parti e all'interno della quale ogni accadimento, e quindi anche la malattia, dev'essere interpretato e risolto (2001: 69-70).

Qui, come nella regione del Benin studiata da Marc Augé, l'intreccio dei rituali e dei sistemi di cura esprime un meticciamento culturale (Amselle: 1990) ormai diffuso in ogni luogo del pianeta. Ma in ogni luogo del pianeta questo meticciamento si manifesta con peculiarità locali che incidono diversamente sulle concezioni della malattia e le pratiche della guarigione. Le une e le altre comportano relazioni fra gli uomini che non escludono rapporti di potere (Fassin 2000). Se assumiamo come perseguibili le due direzioni della ricerca antropologica, indicate da Augé, dove la prima si interessa alle forme e alle modalità del potere, e la seconda alle relazioni dell'individuo con le forme simboliche che danno senso ai suoi percorsi (1995: 180), la ricostruzione degli itinerari terapeutici sembra prestarsi efficacemente anche nei contesti di pluralismo culturale e terapeutico-sanitario: i racconti dei malati, dei guaritori di diverse specializzazione e dei medici, possono condurre a identificare realtà composite, armoniche o conflittuali, a definire momenti storici in cui si articolano le vite quotidiane nei loro momenti di crisi e di sofferenza.

Il Progetto di formazione e la ricerca nel quartiere di Xipamanine

Su questi temi si è discusso durante il lavoro preparatorio del Progetto di Formazione in Antropologia medica in Mozambico. Il programma di lavoro prevedeva i seguenti tipi di intervento:

- a) formazione teorico-metodologica in Antropologia culturale e in particolare nel settore dell'antropologia medica.

b) ricerca di campo in un'area significativa del Mozambico.

c) messa a punto di un modulo didattico per operatori sanitari.

Alla formazione teorico-metodologica, tenuta nei mesi di luglio e ottobre 1999, hanno partecipato Esmeralda Celeste Mariano e Monica Vidili, le quali, oltre allo studio delle tecniche di ricerca in ambito antropologico, hanno esplorato approcci e ricerche specifiche nell'ambito dell'antropologia della salute.

Si trattava poi di individuare un'area campione per la ricerca. La scelta si è orientata al quartiere di Xipamanine, un agglomerato della periferia di Maputo, sia per cogliere un'area urbana particolarmente interessata all'immigrazione rurale, sia perché su questo quartiere si erano concentrate le rilevazioni dei ricercatori della Facoltà di medicina, in collaborazione con l'Università di Sassari²³. Quest'ultimo dato avrebbe consentito di poter aprire un dialogo avendo un riferimento concreto comune.

In questa prospettiva Esmeralda Celeste Mariano ha condotto la ricerca di campo nel quartiere di Xipamanine dal dicembre 1999 all'agosto 2000. Monica Vidili si è invece concentrata sui temi che riguardano le relazioni sociali e simboliche nel contesto della cooperazione internazionale e nell'elaborazione di un modulo didattico di sensibilizzazione antropologica per operatori sanitari²⁴. Di particolare interesse si è rivelato il rapporto con gli antropologi locali Ana Maria Loforte e Rafael da Conceição²⁵, che potevano dar conto per esperienza diretta della situazione socio-culturale e politica locale. Ana

²³ In questo testo, Da Costa J. L., Colombo M., Da Costa I., Folgosa E., Sidat M., Cappuccinelli P., *Factores de risco associados à transmissão da diarreia em crianças dos 6 meses aos 7 anos no bairro do ipamanine*.

²⁴ Una prima messa alla prova del modulo è stata sperimentata in un Corso di perfezionamento in medicina della cooperazione con i paesi terzi, organizzato dalla Facoltà di medicina dell'Università di Sassari. Per l'elaborazione degli interventi di adattamento alla specificità locale e nell'attività del Corso stesso ha collaborato la dottoressa Luisa Linguini, responsabile sanitario dell'A.V.A. S. S. S. Gourò (Associazione Volontari Assistenza Socio-Sanitaria agli Stranieri).

²⁵ Entrambi sono docenti della Facoltà di Lettere dell'Università Edoardo Mondlane di Maputo.

Maria Loforte, ad esempio, aveva da poco concluso un lavoro di ricerca nel bairro di Lulane, identificando, nel fenomeno di immigrazione urbana conseguente alla guerra, processi di trasformazione della tradizione, sia nelle pratiche economiche e sociali che nelle relazioni familiari e di genere (2000). Una situazione analoga poteva ipotizzarsi anche per il quartiere di Xipamanine, ma cosa accadeva per i comportamenti, gli atteggiamenti e le rappresentazioni intorno al corpo, la salute e la malattia? La rilevazione degli itinerari terapeutici poteva dare una risposta a questi interrogativi? Una prima tappa di riflessione complessiva si è svolta nel seminario tenuto a Sassari il 22-26 febbraio 2001²⁶, che ha avuto anche un momento di discussione pubblica con studenti e cittadini sassaresi²⁷. Questo libro riporta gli interventi presentati in quella occasione e dunque, più che un lavoro conclusivo, presenta interrogativi, ipotesi di lavoro e soprattutto una sollecitazione a continuare ed approfondire la ricerca.

²⁶ Hanno partecipato al seminario, Esmeralda Mariano, Ana Maria Loforte, Rafael da Conceição, Mauro Colombo (in rappresentanza della Facoltà di Medicina e dei ricercatori che hanno condotto la ricerca a Xipamanine), Rossana Carta e Monica Vidili del Laboratorio di Antropologia culturale e sociale; ad una seduta hanno partecipato anche i dottorandi in *Strutture e metodi delle scienze sociali* del Dipartimento di Economia Istituzioni e Società.

²⁷ Il 23 febbraio 2001 si è tenuto, nell'aula Eleonora d'Arborea della sede centrale dell'Università di Sassari, il Colloquio Internazionale di studio su Antropologia della salute in Mozambico, che ha visto sorprendentemente un'ampia partecipazione di studenti e cittadini locali. Vi hanno partecipato, oltre ai ricercatori del seminario, il prof. Paolo Fois, Direttore del Dipartimento di Economia Istituzioni e Società; il prof. Piero Cappuccinelli, Presidente della Commissione per la Cooperazione con i paesi terzi; Alberto Merler, Direttore del Centro di Ricerca sull'Interculturalità e la Condizione umana e altri studiosi e autorità varie.

Riferimenti bibliografici

Amselle J. L.

- 1990 *Logiques métisses. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs*, Paris, Payot.

Angioni G.

- 1986 *Il sapere della mano*, Palermo, Sellerio.

Appadurai A.

- 1995 *The production of locality*, in Fardon R. (ed.), *Counterworks. Managing the diversity of knowledge*, London, Routledge.

Augé M.

- 1986 *L'anthropologie de la maladie "L'Homme"*, XXVI (1-2), pp. 81-90.
1986 *Ordine biologico, ordine sociale*, in Augé M. e Herzlich C. *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Milano, Il saggiatore, (ed. or. 1983), pp.33-85.
1995 *Il senso degli altri. Attualità dell'antropologia*, Milano, Anabasi, (ed. or. 1994).
1996 *Antropologia cultura e medicina*, in Donghi P. (a cura di), *Il sapere della guarigione*, Bari, Laterza, 1996, pp.15-24.

Augé M. e Herzlich C.

- 1986 *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Milano, Il Saggiatore, (ed. or. 1983).

Bertaux D.

- 1999 *Racconti di vita. La prospettiva etnosociologica*, Milano, Franco Angeli.

Bruner E. M.

- 1986 *Experience and Its Expressions*, in Turner V. W. and Bruner E. M., *The Anthropology of Experience*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press, pp.3-30.

Chamberlain M. and Thompson P.

- 1998 *Narrative and genre*, London, Routledge.

Clemente P.

- 1988 *Autobiografia al magnetofono. Una introduzione*, in Di Piazza V. e Mugnaini D., *Io so' nata a Santa Lucia*, Castelfiorentino, Società storica della Valdesia, pp. 7-20.

Danto A.

- 1984 *Mind as Feeling; Form as Presence; Langer as Philosopher*, in "Journal of Philosophy", 81, pp. 641-647.

Dewey J.

- 1934 *Art as Experience*, New York: Minton, Balch & Co.

Dilthey W.

- 1974 *Introduzione alle scienze dello spirito*, Firenze, La Nuova Italia.
1954 *Critica della ragione storica*, Torino, Einaudi.
1992 *Estetica e poetica*, Milano, Einaudi.

Dreier O.

- 2000 *Psychotherapy in Clients' Trajectories across Contexts*, in Mattingly C. e Garro L.C., *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.

Evans-Pritchard E. E.

- 1976 *Stregoneria, oracoli e magia tra gli Azande*, Milano, Franco Angeli, (ed. or. 1937).

Fainzang S.

- 2000 *Of Malady and Misery. An Africanist perspective on European Illness*, Amsterdam, Het Spinhuis.

Fassin D.

- 2000 *Les Enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatorien-nes et françaises*, Paris, Karthala.

Feliciano J.F.

- 1996 *Prefacio a Junod H. Usos e Costumes dos Bantu*, T. I e II, Maputo, Arquivo Historico de Moçambique, pp. 15-20.
1998 *Antropologia economica dos Thonga do sul de Moçambique*, Maputo, Arquivo Historico de Moçambique.

Fiore B.

2001 *Il bosco del guaritore*, Torino, Bollate Boringhieri.

Geertz C.

1986 *Making Experiences, Authoring Selves*, in in Turner V. W. and Bruner E. M., *The Anthropology of Experience*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press, pp. 373-380.

1998 *Interpretazione di culture*, Bologna, Il Mulino, (ed. or. 1973).

2001 *Antropologia e filosofia*, Bologna, Il Mulino, (ed. or. 2000).

Good B.

1999 *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Milano, Edizioni di Comunità, (ed. or. 1994).

Héritier Augé F.

1993 *AIDS. La sfida antropologica*, Roma, Ei Editori.

Junod H.

1996 *Usos e Costumes dos Bantu*, T. I e II, Maputo, Arquivo Historico de Moçambique.

Kirmayer L. J.

2000 *Broken narratives: Clinical Encounters and the Poetics of Illness Experience*, in Mattingly C. e Garro L.C. *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.

Kleinman A.

1988 *The Illness Narratives. Suffering, Healing & the Human Condition*, New York, Basic Books.

Kleinman A. e Kleinman J.

1998 *Suffering and its Professional Transformation. Toward an Ethnography of Interpersonal Experience*, in van der Geest S. e Rienks A., *The Art of Medical Anthropology*, Amsterdam, Her Spinhuis Publishers.

Leroi-Gourhan A.

1977 *Il gesto e la parola*, voll. I e II, Torino, Einaudi.

Loforte A. M.

2000 *Género e Poder entre os Tsonga de Moçambique*, Maputo, PROMEDIA.

Malinowski B.

1978 *Argonauti del Pacifico occidentale*, Roma Newton Compton, (ed. or. 1922).

Mariano E. C.

1998 *Concezioni inerenti alla sterilità della donna e alla infertilità della terra presso la comunità rurale di Djabissa del distretto di Matutuine, provincia di Maputo, Mozambico*, Tesi di laurea, Genova, a.a. 1997-98.

Mattingly C. e Garro L.C.

2000 *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.

Melzack R.

1976 *L'enigma del dolore. Aspetti psicologici, clinici e fisiologici*, Bologna, Zanichelli, (ed. or. 1973).

Mondardini G.

1978 *Storia di case, di donne e di ovvietà*, in Lelli M. (a cura di), *Sassari perchè e per chi*, Sassari, Dessi, pp. 31-52.

1989 *Storie di vita e di lavoro*, in AA. VV., *Donne e società in Sardegna*, Sassari, Iniziative culturali, pp. 33-58.

1997 *Infanzia, educazione, memoria. Fra antropologia e storia*, in Caimi L. (a cura di), *Infanzia, educazione e società in Italia tra Otto e Novecento*, Sassari, EDES, pp. 11-125.

1999 *Narrazioni sulla scena del parto*, Sassari, EDES.

2000 *La domesticazione del parto selvaggio*, in Tognotti E., *Salute e malattia fra '800 e '900 in Sardegna e nei paesi dell'Europa Mediterranea*, Sassari, EDES, pp. 427-437.

Nguyen V. K.

1996 *Il corpo critico e la critica della razionalità: l'Aids e la produzione di esperienza in un ospedale universitario nordamericano*, in Pandolfi M. (a cura di), *Perchè il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio*, Roma, Meltemi, pp. 57-74.

Remotti F.

1996 *Contro l'identità*, Bari, Laterza.

2000 *Prima lezione di antropologia*, Bari, Laterza.

Rossi P.

1954 *Intoduzione a Dilthey W., Critica della ragione storica*, Torino, Einaudi.

Sacks O.W.

1996 *Biologia e identità*, in Donghi P. (a cura di), *Il sapere della guarigione*, Bari, Laterza, pp. 145-157.

1998 *Un antropologo su Marte*, Milano, Adelphi, (ed. or.1995).

Scarry E.

1990 *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, Bologna, Il Mulino, (ed. or.1985).

Seppilli T.

1996 *Presentazione a Cozzi D. e Nigris D., Gesti di cura*, Torino, Colibri.

Thompson P.

1978 *The voice of the past. Oral history*, Oxford New York, Oxford University Press.

Tylor E.B.

1971 *Primitive Culture. Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art and Custom*, voll. I e II, London, Murray.

Turner V.W.

1986 *Dal rito al teatro*, Bologna, Il Mulino, (ed. or. 1982).

1986a *Dewey, Dilthey, and Drama: An Essay in the Anthropology of experience*, in Turner V. W. and Bruner E. M., *The Anthropology of Experience*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press, pp. 33-44.

1993 *Antropologia della performance*, Bologna, Il Mulino, (ed. or. 1986).

Wikan U.

2000 *With Life in One's Lap*, in Mattingly C. e Garro L.C., *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press, pp. 212-236.