

“Medical Pluralism: Techniques,
Politics, Institutions”:
First Medical Anthropology
Network Conference of EASA
Rome, 7-10 September 2011

Roberta Raffaetà
Università degli Studi di Trento

Giulia Zanini
European University Institute

Una calda Roma di fine estate ha ospitato circa centoventi antropologi venuti da tutto il mondo per partecipare alla prima conferenza del Medical Anthropology Network dell'EASA (European Association of Social Anthropologists). La conferenza, organizzata da Pino Schirripa (Sapienza Università di Roma) e Viola Hörbst (ISCTE-IUL Instituto Universitário de Lisboa), ha avuto come tema il pluralismo medico: “Medical Pluralism: Techniques, Politics, Institutions”, articolato in sedici panel. La conferenza è stata introdotta da due *keynote*. La prima, tenuta da Tullio Seppilli¹ – presidente della SIAM (Società italiana di antropologia medica) – è servita per definire il “campo” della conferenza: Seppilli ha illustrato l’evoluzione storica del pluralismo medico in Italia e la sua situazione attuale. Poi, Anita Hardon – presidentessa del Medical Anthropology Network di EASA – ha introdotto e discusso criticamente la nozione di pluralismo medico.

Seppilli ha illustrato come, a partire dalla metà degli anni Cinquanta del XX secolo, l’antropologia italiana abbia prodotto un ricco materiale etnografico riguardante le medicine popolari, percepite come “subalterne” rispetto alla biomedicina. Nel corso della seconda metà del XX secolo una serie di fattori (i processi di globalizzazione, l’incremento di malattie degenerative, la frammentazione specialistica della biomedicina, la modificazione del rapporto medico-paziente, la burocratizzazione e tecnologizzazione della cura) hanno contribuito a rendere il panorama medico italiano più sfumato e diversificato. Seppilli afferma, però, che l’organizzazione

L’Uomo, 2013, n. 1-2, pp. 275-278

del pluralismo nel panorama medico italiano è inadeguata e frammentata. La legge nazionale che regola le varie forme terapeutiche è ferma in Parlamento e i parametri in base ai quali le varie medicine vengono riconosciute legalmente sono bio-centrici e inadatti a cogliere la complessità inerente all'esperienza di malattia. Seppilli denuncia come, in assenza di un'istituzionalizzazione competente e sistemica di varie forme di cura, tutta una serie di problemi (clinici, organizzativi, legali e educativi) rimangono irrisolti; conclude infine il suo intervento sottolineando la sostanziale convergenza epistemologica tra l'antropologia medica e la biomedicina: entrambe si basano su un modo di pensare scientifico e, per questo, sono complementari l'una all'altra. L'antropologia può contribuire ad accrescere il livello di scientificità della biomedicina, dato che quest'ultima "pecca" di scientificità, spesso tralasciando l'influenza che i fattori soggettivi, storici e culturali hanno sullo stato di malattia. L'antropologia può bilanciare l'omissione di questi importanti fattori e aiutare ad identificare le giuste priorità per la clinica e per la ricerca.

Nel secondo intervento, Anita Hardon ha discusso la nozione di pluralismo medico ripercorrendo le sue ricerche sulla percezione locale di vari farmaci in diverse parti del mondo. Hardon ha offerto una breve storia dei principali approcci teorici al fenomeno del pluralismo medico e spiegato che, inizialmente, le varie interpretazioni enfatizzavano gli elementi di discontinuità e differenza tra le cosiddette diverse tradizioni mediche. In una fase successiva, si è cercato di far emergere le zone di contiguità e di armonia all'interno di un panorama medico differenziato. Secondo Hardon negli ultimi anni sta tornando la tendenza a sottolineare le zone di conflitto, a scapito dell'identificazione di come diverse modalità di cura entrino in relazione. Anita Hardon ha fornito degli esempi concreti di come quest'ultima possibilità si possa realizzare e mostrato come i farmaci siano dei "mediatori inventivi" che spesso combinano aspetti tradizionali con significati nuovi. I farmaci sono oggetti complessi e ciò è inerente alla loro natura dal momento che rispondono a diverse esigenze, non solo fisiologiche, ma anche simboliche e sociali. La multivocalità del farmaco è sfruttata sempre più dai processi di mercificazione della salute. Hardon ha concluso il suo intervento ricordando che l'accesso ai farmaci è sempre facilitato da qualcuno. Con questa osservazione finale incoraggia lo sviluppo di ricerche future che esplorino che tipo di formazioni sociali (*social forms*) accompagnano tanto i farmaci quanto gli interventi di cura, andando ad esplorare le interazioni multiple tra attori e risorse, che si vengono a creare all'interno, e oltre, l'orizzonte di spazi locali.

Nei giorni seguenti la conferenza è stata caratterizzata dalla presentazione di sedici panel. In particolare, nel panel 12, intitolato *Medical pluralism and the plurality of the sciences*, si è tracciata una cornice teorica

all'intero incontro, attraverso la discussione del concetto di pluralismo medico da un punto di vista epistemologico, con l'invito a superare le dicotomie tipiche del discorso moderno (modernità-tradizione, globale-locale, egemonia-subordinazione, scienza-magia) e bilanciare l'egemonia dei paradigmi biomedici.

Gli altri panel possono essere suddivisi in tre grandi gruppi. I panel appartenenti al primo gruppo (panel numero 1, 2, 3, 4, 5, 11) sono stati organizzati attorno alla localizzazione geografica dei contributi. La presentazione di *case studies* dall'Africa, dall'Asia e dall'America Latina ha permesso di discutere l'importanza della globalizzazione, della migrazione e del transnazionalismo nelle conoscenze e pratiche mediche locali. Nei panel appartenenti al secondo gruppo (numero 6, 7, 8, 9, 10), si è cercato di analizzare quali forme sociali e quali ontologie affiorino, informino e derivino dai servizi di salute pubblici e come i medicinali circolino all'interno, attraverso e fuori da questo contesto. L'ultimo gruppo riunisce i contributi che si sono focalizzati su temi specifici quali la malattia mentale, l'invalidità (panel 13 e 14) e la salute materna, sessuale e riproduttiva (panel 15 e 16).

L'ultimo giorno della conferenza gli organizzatori di tutti i panel si sono riuniti con il compito di comparare le questioni fondamentali emerse in ciascun panel. A causa della varietà e della diversità dei temi trattati e delle prospettive adottate, il compito non si è rivelato scontato. Questo incontro collegiale è stato una buona occasione per rendere espliciti molti livelli d'analisi, evidenziando le potenzialità delle etnografie sul pluralismo medico e invocando un'analisi più sistematica e comprensiva di diversi *case studies*, campi etnografici, strutture sanitarie e approcci teorici. Nel corso dell'assemblea generale conclusiva, moderata da René Gerrits dell'Università di Amsterdam, si è cercato di rintracciare i percorsi di ricerca non ancora del tutto compresi o adeguatamente esplorati, incoraggiando così nuove indagini riguardanti il pluralismo medico. I filoni di ricerca individuati possono essere riassunti attraverso una serie di opposizioni binarie:

Livello micro vs macro: il pluralismo medico è un fenomeno diffuso e complesso. Una certa confusione può sorgere quando si usa lo stesso termine per fare riferimento a fenomeni diversi. Svitati livelli d'analisi (sistema sanitario nazionale, professioni, pazienti, pratiche, soggettività ecc.) e le loro interazioni possono essere resi più espliciti se le ricerche includono un'esplorazione di come la cura è organizzata e distribuita a livello macro.

Legittimazione vs contestazione: gli studi condotti in vari contesti di pluralismo medico possono mettere in luce come i medicinali vengano legittimati all'interno di determinate reti di potere o come siano, invece,

contestati. Una maggiore attenzione a quest'ultimo aspetto è auspicabile, esplorando, per esempio, come la contestazione venga espressa attraverso strumenti meno convenzionali quali l'arte e quale sia il ruolo delle emozioni in questi processi. Questi aspetti, se presi in considerazione più scrupolosamente, potrebbero rivelare scenari inediti.

Materialità vs relazioni: molti contributi hanno evidenziato come la cura è sia materiale che relazionale. Ricerche future potrebbero arricchire la comprensione della cura come una forma socio-tecnica di interazione.

Situato vs transnazionale: il ruolo dello spazio in situazioni di pluralismo medico è stato evidenziato in molte presentazioni. La migrazione di persone, idee, conoscenze, competenze, pratiche, tecnologie e agenti patogeni porta a concepire lo spazio come una dimensione transnazionale e veicola le nozioni di flusso, processo e ibridità. Allo stesso tempo, la ricerca antropologica si pone in maniera critica di fronte alla situazionalità e localizzazione di pratiche mediche plurali e alla necessità di rilevare se tali flussi, descritti in una dimensione locale, abbiano come conseguenza un'ulteriore chiusura, invece che un'ibridazione di significati e pratiche.

Sapere vs pratica: il sapere medico ha provato di non poter rispondere in maniera soddisfacente, se preso singolarmente, alle complessità prodotte dalle situazioni di malattia. Molte presentazioni hanno sottolineato il bisogno di superare l'analisi del sapere per indagare come l'efficacia venga messa in pratica. In che modo venga misurata l'efficacia e che cosa significhi "pratica" in un contesto di cura sono alcuni tra i tanti interrogativi che richiedono un approfondimento.

Nel complesso, la conferenza ha rappresentato una grande opportunità per gli accademici europei interessati all'antropologia medica di incontrarsi, scambiare idee ed esperienze e discutere dello stato dell'arte della disciplina attraverso l'analisi, nello specifico, del concetto di pluralismo medico. L'assistenza efficiente e partecipe dello staff della Sapienza Università di Roma ha reso l'esperienza particolarmente piacevole e l'attesa di un prossimo, altrettanto fruttuoso, incontro, appare ricca di stimoli.

Note

1. Il discorso è stato letto da Alessandro Lupo, vice-presidente della SIAM, vista l'impossibilità per Seppilli di esser fisicamente presente.