

*Il medico ha già dato l'ultimo tocco di bisturi. Si ritrae visibilmente soddisfatto del proprio operato, lasciando al monaco l'esercizio di tutt'altre pratiche taumaturgiche. Oppure deve ancora incominciare l'intervento risolutore, aspettando che l'uomo di chiesa, situato dal lato opposto del malato, termini quel rito incongruo che solo una spiccata credenza nell'irrazionale può benevolmente giustificare. Il monaco prende la gamba del paziente, la tocca, la solleva e la lecca: forse assaggia gli umori della ferita bluastro che ha posto l'intero arto in stato d'avanzata cancrena. Attivando una complessa batteria sensoriale, produce un'intercorporeità eteroclita e rituale, un contatto fisico fra corpi che, agli occhi del medico, appare come una via disperata e inutile verso la pur difficile cura. Ma il monaco non demorde, insiste silenziosamente e pazientemente nella sua operazione sacrale e somatica, fiducioso del fatto che solo il processo da lui attivato – espulsione degli umori malsani dal corpo del malato, parallelo inserimento in esso dei propri liquidi – potrà portare alla salute e, perché no?, alla salvezza. Il medico ha idee ben diverse, ed è pronto a esibire (o ha già terminato di farlo) una pratica terapeutica di ben altro rilievo e di sicura efficacia. Innanzitutto guarda proprio lì, il punto esatto da cui ha origine il male, e il malessere, del paziente, il luogo topico da cui l'intera scena trae senso, e per cui questo racconto assume un'importanza teoretica e un valore sociale. Guarda in modo competente: è consapevole dell'efficacia della sua azione sul malato, sul quale fra poco agirà lo strumento tecnicamente corretto che medierà, escludendolo, il contatto fisico fra il proprio corpo e quello ferito.*



*Appare evidente come i due soggetti che incorniciano il corpo malato – l'uomo di chiesa alla sua destra, quello di scienza alla sinistra – agiscano in modo diametralmente opposto. Il primo si protende sino a toccare, instaurando un rapporto diretto che mescola con sapienza e pazienza i fluidi dei due corpi: saliva, sangue, pus, umori vari. Attiva così un processo continuo, iterativo, di espulsione e di inserimento, un portar fuori e un porre dentro, possibili perché il corpo malato è un'entità porosa, dotata di un'esteriorità estetica gloriosa e di un'interiorità misteriosa e segreta. Per il monaco, il corpo ricopre e nasconde la carne, ma questa è portatrice di una divina spiritualità: la ferita è la via che s'offre adesso per recuperare, con un po' d'abnegazione e tanta fede, l'una e poi l'altra, l'una attraverso l'altra.*

---

<sup>1</sup> Introduzione a *Il discorso della salute. Verso una sociosemiotica medica*, Atti del XXXII Congresso dell'Aiss, a cura di G. Marrone, Roma, Meltemiexpress, 2005

*A sapienza e pazienza del monaco s'oppongono scienza e coscienza del medico. Per quest'ultimo, il corpo malato non ha un interno e un esterno, ma è un meccanismo complesso che ha perduto la sua funzionalità, e che va pertanto riparato, riportato alla totale efficienza. La ferita non è l'ingresso che si offre adesso verso la carne e l'interiorità spirituale, ma il sintomo diagnostico di una materia organica momentaneamente in disordine; e se v'è un mistero in essa, è solo per incompleta conoscenza delle cose da parte di un sapere per definizione progressivo: quello della scienza. Ben diverso è infatti il suo fare. Anche il medico, coinvolto e indaffarato, è proteso verso il paziente. Ma il contatto che instaurerà (ha instaurato?) col corpo malato è mediato dallo strumento tecnico, il bisturi, nel quale è tacitamente inscritta tutta un'esperienza pregressa e una scienza che l'ha sostenuta. Il bisturi non è una protesi esteriore dell'individuo medico ma la componente essenziale di un attore ibrido, di quella costruzione culturale e sociale che è il "corpo medico" – espressione che indica al contempo, omonimia non casuale, il corpo del medico e la corporazione di cui fa parte. Se quest'attore complesso – umano e non umano, individuale e collettivo – può usare la mano-bisturi per aggredire la ferita, è perché questo suo gesto è preceduto da uno sguardo competente: quello di un occhio clinico che – mantenendo la buona distanza – osserva e decide, sa e comprende, seleziona ed esclude. Laddove l'operato del monaco è durativo e complesso, affaccendato forse a casaccio, l'intera posa del medico è puntuale e individualizzante, deduttiva, tranciante. Non importa vederlo all'opera, mentre taglia, toglie e ricuce l'organo mal funzionante che ha di fronte: il suo fare effettivo è tutto lì, è già lì, preciso e sicuro di sé. È questa sicumera che dobbiamo ammirare, questa competenza talmente forte e radicata da farsi predeterminata garante della riuscita della successiva, banale performance.*

*Iniziamo così a capire – noi, smalizziati e sospettosi, ma forse non l'entusiasta discente iscritto nel quadro – che l'opposizione fra i due soggetti in gioco dissimula un più profondo parallelismo. Apparentemente, il medico sta per fare o ha già fatto, mentre il monaco è in questo momento, già da un po' e per un altro po', all'opera. A ben considerare le cose, ci accorgiamo invece che entrambi esibiscono un'azione nel corso del suo preciso svolgimento, azione che è rappresentazione simbolica del rispettivo ruolo professionale e sociale, culturale e epistemologico: il medico (genuflesso) guarda e punta la mano-strumento, il monaco (molto meno deferente) tocca tirando fuori la lingua. Così, non c'è da un lato un contatto immediato fra corpi e dall'altro una calcolata distanza resa possibile da tecnologie specifiche: in tutti e due i casi v'è una relazione fra corpi mediata da oggetti competenti, ai quali viene delegata un'azione terapeutica o taumaturgica: a questo livello, il bisturi è come la lingua, l'occhio è come la mano. Sono tutti fatticci. Quel che cambia è semmai il valore che i due soggetti in gioco inscrivono in questi oggetti modali: se per il medico la mano e la lingua sono indici della solita superstizione (che alcuni chiamano religione), per il monaco sono in tutto e per tutto strumenti efficaci; parallelamente: se per il medico occhio e bisturi sono strumenti di indubbia efficacia, per il monaco sono patenti indici di una nuova superstizione (che alcuni chiamano scienza). Dipenderà dal valore che la cultura di riferimento darà a questi diversi valori, dalla valenza sociale che essi potranno assumere, il loro successo momentaneo, la loro vacillante verità.*

*Di questo mal celato parallelismo fra i due attori in gioco sembra consapevole il terzo soggetto della scena, quel signore elegante, con un gran cappello di potente, che svolge il ruolo cognitivo dell'osservatore rappresentato. Sta un po' più indietro rispetto agli altri, quasi in linea con il busto del malato, e assiste alla scena. A dire il vero, è anche lui leggermente proteso verso il punctum dove si svolge l'azione. Ma il gesto delle mani, allontanandolo in senso opposto, riequilibra il peso del suo corpo, lo ripropone nell'adeguata distanza di chi non partecipa ma valuta, mantenendo forse sino alla fine la perplessità incuriosita dell'antropologo simmetrico. Ambivalente è dunque anche il suo ruolo. Da una parte questo signore col cappello è il rappresentante del potere, che acconsente dall'alto della sua posizione alla doppia possibilità terapeutica: la medicina alternativa e quella ufficiale, la religione e la scienza, la tecnica e il corpo, il rosso e il nero. D'altra parte, o forse proprio per questo, è il nostro rappresentante, l'osservatore rappresentato che anticipa all'interno dell'immagine la nostra azione cognitiva di spettatori e di giudici, nonché i nostri processi passionali di disgusto e di curiosità.*

*E il malato? In fondo, è di lui che stiamo parlando: è lui il centro, almeno potenziale, della scena che abbiamo dinanzi, di quest'immagine che stiamo cercando di descrivere. Tutte le azioni, le passioni e i saperi che si agitano, si oppongono e si confondono hanno lui come fulcro ordinatore, la sua salute come obiettivo finale. Così dovrebbe essere, ed è in apparenza. La ferita è insieme studium e punctum: centro da cui si dipartono, e convergono, le dinamiche plastiche e figurative del quadro; oggetto che ci prende e ci coinvolge, ci turba e ci intriga. Ma le cose non sono così semplici. A ben vedere, infatti, quest'attore presenta, forse ancora più palesemente degli altri tre, una doppia possibilità di lettura. Da una parte, in quanto paziente, è oggetto che subisce l'azione e non soggetto che la compie; ora come spirito incarnato per il monaco, ora come meccanismo organico per il medico, è qualcuno che ha perduto la propria autonomia pragmatica e decisionale: la ferita nella gamba gli impedisce di camminare, ma soprattutto d'aver cura di sé, di agire riflessivamente. D'altro canto, se pure sul solo piano affettivo, il malato mantiene comunque una certa dose di soggettività: è sospettoso, rassegnato, terrorizzato forse, senz'altro in forte agitazione interiore, in tumulto passionale. Lo si vede dal gesto opposto delle due mani: la destra è aperta, riconoscente ma sospettosa, turbata ma speranzosa (fa rima quasi, figurativamente, con quella del potente/giudice alla sua sinistra); la sinistra è adagiata sul letto, su quell'altra invisibile gamba sotto la coperta, con evidente gesto di rassegnazione per il doppio accanimento terapeutico che egli sta suo malgrado, per destino superiore, subendo. Lo confermano anche gli occhi: attirati e terrorizzati dalla ferita (come verosimilmente l'intero corpo dolorante e fremente), ma già un po' socchiusi, miranti al raggiungimento di quella pace fisica e spirituale che esibisce beatamente l'altro ammalato alle sue spalle.*

*A rendere ordinaria e al tempo stesso perturbante la scena è proprio quest'altro attore sullo sfondo. Costui, visibilmente, sta per addormentarsi. Non è ancora disteso comodamente sul suo letto d'ospedale; è semmai appoggiato a un braccio, come a perdere progressivamente coscienza e dirigersi verso un sonno ristoratore. Sembra insomma aver già subito un analogo doppio, simmetrico trattamento medico, e avviarsi finalmente sulla via della guarigione. Oppure, al contrario, sta soltanto, con timore crescente, aspettando il suo turno, attendendo con ansia di diventare oggetto paziente della terapia ufficiale e alternativa al contempo. Più che distendersi progressivamente per addormentarsi, sta invece risvegliandosi e rialzandosi, per prepararsi all'intervento? Entrambe le letture sono consentite, ed è indifferente scegliere qual è la più indicata. Precedente o successivo, poco importa: Ci troviamo nella corsia d'un ospedale: quel che sta vivendo il malato in primo piano lo ha vissuto o lo vivrà anche lui, soffrirà terrorizzato e guarirà soddisfatto, e in un medesimo modo sarà preso dal sospetto per l'incognua messinscena di un'alternativa che finisce per neutralizzarsi in corso d'opera, dinanzi a un Potere che, controllandola, profondamente se ne disinteressa.*

Ecco perché abbiamo scelto questo quadro di Marco Zapatta (*Assistenza ai malati nell'ospedale sant'Andrea di Cuzco*, olio su legno, XVIII sec., Cuzco, Istituto nazionale di cultura; riprodotto su "Sfera" n. 37, 1993, p. 32, editrice Sigma-Tau) come immagine del XXXII Congresso della Associazione italiana di studi semiotici dedicato a "Il discorso della salute. Testi, pratiche, culture" (Spoleto, Chiostro di San Nicolò, 29 ottobre – 1 novembre 2004)<sup>1</sup>. Esso racchiude e rilancia molte delle questioni che, presumevamo, in quell'occasione di studio sarebbero state sollevate e discusse; come effettivamente è accaduto, e come questo volume adesso testimonia.

Una tematica del genere, già da tempo di pertinenza di molteplici discipline, sia nel campo delle scienze della natura sia in quello delle scienze umane e sociali, è di fondamentale interesse anche per la semiotica per un gran numero di ragioni. Innanzitutto, va ricordato che le questioni legate alla salute e alla malattia, nonché alle cure mediche e alla ricerca del benessere, non possono non coinvolgere le origini storico-concettuali della scienza dei segni e della significazione – origini doppie, come è noto: moderne per un verso (la semiologia contemporanea è nata dalla congiunzione dello strutturalismo linguistico e del prag-

matismo filosofico); antiche, per un altro (lo studio del segno ha una complessa genealogia, oltre che nella sapienza greca presocratica, nelle culture indiana, sumerica e babilonese). Da entrambe le origini emerge infatti un fantasma indeterminato ma preciso: quello della semeiotica medica. Sappiamo che i primi abbozzi di una teoria inferenziale del segno nella Grecia antica nascono proprio nel passaggio epistemologico dalle pratiche divinatorie alla medicina empirica; passaggio tutt'altro che brusco e netto, con forme complesse di continuità e al tempo stesso di rottura che si ritrovano già nel *Corpus Hippocraticum*, soprattutto per quel che riguarda la questione del tempo (anamnesi, diagnosi, prognosi) e delle varie sensazioni implicate nell'esame del corpo malato (vista, ma anche tatto etc.). E sappiamo altresì che i primi teorici della semiotica moderna si erano posti la questione dell'indagine e della cura mediche, nella sua relazione strettissima con la teoria della comunicazione e della significazione. Si pensi alla nota classificazione proposta da Thomas Sebeok (1976) dei sei tipi di segno (segnale, sintomo, icona, indice, simbolo, nome) che considera il sintomo un "segno naturale" dove la relazione fra significante e significato è coercitiva, dunque tutt'altro che arbitraria. Si pensi alle prime pagine del *Trattato di semiotica generale* di Umberto Eco (1975), che ascrive a tutti gli effetti la semiotica medica nel campo di una semiotica generale ("la cosiddetta 'semiotica medica' [...] da un lato studia il rapporto motivabile tra determinate alterazioni esterne e alterazioni interne [...] e dall'altro studia il rapporto comunicativo e i codici impiegati nella interazione tra medico e paziente"). E si pensi anche a un saggio di Roland Barthes su "Semiologia e medicina" dove si propone di definire il sintomo e il segno come, rispettivamente, la sostanza e la forma dell'espressione di Hjelmslev: il sintomo è il fatto bruto che emerge nel corpo autosegnalandosi come presenza morbosa, è pura fenomenicità; il segno è il sintomo messo in discorso, ripreso nel linguaggio del medico, è la malattia nominata, inscritta nella sfera dell'intelligibile. La semiotica medica non sarebbe dunque per Barthes, com'è in Sebeok, una disciplina che si occupa di un tipo particolare di segni, ma si costituirebbe semmai nel *passaggio esperienziale dal sintomo al segno*, che è al tempo stesso il passaggio epistemologico dalla fenomenologia alla semiotica.

Dopo questi primi abbozzi, all'interno della semiotica, per così dire, istituzionale ci sono stati ben pochi studi specifici dedicati alla questione della medicina, fra l'altro tutti provenienti non dalla teoria generale ma da indagini specifiche nel campo della testualità, della comunicazione e della vita quotidiana (Floch, Fontanille, Marsciani, Pezzini). Ma oggi sembra tornato il momento in cui la semiotica può riprendere e sviluppare questo genere di questioni: sia alla luce delle attuali ricerche sulla sensorialità, l'estesia e la corporeità; sia nell'ambito della cosiddetta sociosemiotica, che da diversi anni, soprattutto in Italia, sta conoscendo un periodo di grande sviluppo; sia – soprattutto – all'interno dei diversi tentativi attualmente in corso di coniugare fruttuosamente le due tematiche precedenti. La sensorialità e la socialità, infatti, possono non essere affatto due elementi per principio opposti come l'immediato e il mediato, l'originario e il costruito, il naturale e il culturale – come tradizionalmente si è pensato. Esse possono essere invece intese come due processi mediante cui si costituisce la soggettività: il pre-soggettivo e l'intersoggettivo si intrecciano nella produzione della soggettività. Il corpo – sano o malato, in ogni caso vivo – sta in un mondo, è corpo in azione, è già sempre corpo sociale: cosa che, appunto, fa del sintomo morboso qualcosa che è sempre già in un discorso e in un testo. Potremo dire così che oggi non si tratta più, come pensava Barthes, di riflettere sul modo in cui il sintomo viene messo in discorso, ma – più precisamente - a come il sintomo emerge nel discorso come qualcosa che idealmente lo precede, e che però non può manifestarsi – testualmente – se non in esso e con esso.

Detto ciò, abbiamo dinnanzi un'enorme quantità di problemi e un immenso campo di studi, praticando il quale si potrebbe incorrere in una serie di gravi pericoli teorici e metodologici. La prima impressione che si ricava dirigendo lo sguardo semiotico verso il problema della salute e della malattia produce ancora una volta l'immagine stereotipa dell'elefante che visita l'esposizione di cristalli: per acchiappare qualcosa, corre il rischio di romperne tante altre; altrimenti passa il tempo a schivare i delicati oggetti che sfiora, andando via a mani vuote. Allo stesso modo, una "semiotica della medicina" che non vuol restare mera applicazione dei suoi sperimentati modelli, e che avrà qualcosa di specifico da aggiungere a quanto altre discipline hanno già sostenuto circa il medesimo problema, si trova ad affrontare in modo relativamente maldestro i nuovi oggetti della sua indagine.

L'estrema delicatezza – teoretica, religiosa, etica, giuridica, sociale ma anche e soprattutto pragmatica – di tale campo di studi costituisce comunque il punto di partenza della ricerca, e colloca subito lo sguardo del semiologo al centro delle principali questioni possibili. L'opposizione salute/malattia, difatti, è oggi fortemente problematica: costruita e ricostruita discorsivamente nella semiosfera, l'idea di salute (e di malattia come sua negazione) incrocia inevitabilmente sia diverse possibili immagini scientifiche (e in generale culturali) del corpo sia diverse possibili funzionalizzazioni sociali del corpo stesso. Oggi, fra l'altro, gli enormi sviluppi della scienza e della tecnologia introducono, accanto alla questione della malattia come cattivo funzionamento del corpo (o, che è lo stesso, della salute come resistenza agli inevitabili deterioramenti somatici), anche l'idea di un possibile miglioramento del corpo stesso e delle sue performance: medicina preventiva, interventi sul Dna, pratica degli Ogm, fecondazione in vitro, inserimento di protesi, chirurgia estetica, cultura fisica, doping etc. propongono, accanto alla questione della "soglia inferiore" che lega la salute alla *malattia*, anche quella della "soglia superiore" che la lega invece al *benessere* – reale o soltanto apparente. In tal modo, la cura non si configura più soltanto come una lotta contro un nemico – interno o esterno – da combattere a tutti i costi, ma anche come un vero e proprio intervento di *sperimentazione sul corpo*, variabile volta per volta a seconda dei valori sociali e individuali in gioco, nonché degli obiettivi che localmente ci si prefigge di raggiungere.

Da cui l'ulteriore messa in crisi del patto tacito che per lungo tempo ha legato il medico al paziente, sulla base di una quasi assoluta podestà del primo (detentore del sapere e quindi implicitamente dei valori relativi alla vita e alla morte) sul secondo (corpo oggettivato da dissezionare nel teatro anatomico e ispezionare come una macchina da riparare). L'attuale indeterminatezza ed estrema variabilità dei valori relativi alla vita e alla morte, ma forse soprattutto l'evidenziazione delle varie forme di continuità fra i due poli di questa semplicistica opposizione ("restare in vita, ma a quale prezzo?"), trasforma e moltiplica gli attori sociali in gioco nell'arena polemico-contrattuale della pratica medica.

(i) Innanzitutto, questa situazione modifica la figura del paziente, il quale tende a recuperare quella "umanità" che lo sguardo scienziato del medico gli aveva espropriato, ritrovando al di sotto dell'oggettività del corpo-macchina il suo essere innanzitutto un corpo proprio fondato soggettivamente; ritrovamento talvolta forzato, che gli impone delle responsabilità di scelta su se stesso che non è detto egli voglia assumersi ("dottore, è lei che deve curarmi!"). (ii) Trasforma l'istituzione medica, che – da una parte – mostra enormi resistenze corporative a questo processo di umanizzazione delle sue pratiche (il quale gli toglie gran parte del suo carisma sociale) e – dall'altra – fa leva proprio su questa presunta umanizzazione del paziente per scaricarsi di una responsabilità che non vuole o non sa as-

sumersi (“scelga lei come vuole che la curi”). (iii) Introduce la figura del giudice, tale istituzionalmente o semplice opinionista, chiamato sempre più spesso a decidere circa la validità di scelte terapeutiche a lui estranee, sulla base di principi locali e cangianti. (iv) Si consolida il ruolo decisivo delle apparecchiature tecniche specializzate alle quali spesso viene delegata la competenza dello sguardo medico. Cosa che pone il problema delle forme di delega o di riappropriazione (débrayage e embrayage) dell’occhio clinico, degli esiti specifici di queste traduzioni, ma anche della responsabilità della diagnosi ormai attribuita alle macchine, che divengono così attori sociali a tutti gli effetti. (v) Dà sempre più spazio ai media, che si inseriscono in questo spazio aperto, problematico e indeterminato, fra il medico e il paziente proponendosi come succedaneo di una parola medica socialmente svalutata (trasmissioni sulla medicina e i farmaci, supplementi-salute dei quotidiani, siti internet su malattie specifiche...) e offrendosi come luogo controllato di dibattito pubblico e di conflitto sociale. (vi) Permette la moltiplicazione e la diffusione di pratiche terapeutiche “altre” (popolari, etniche, alternative o quant’altro) e di luoghi canonici a esse destinati, le quali forniscono ulteriori valori e immagini del corpo, e che si mescolano variamente fra loro e con la medicina scientifica tradizionale, finendo per produrre una specie di *identità patchwork* della salute, estremamente dinamica e cangiante. (vii) Consente la costruzione di uno spazio d’azione al marketing, soprattutto delle aziende farmaceutiche, che per i suoi fini specifici assume spesso il ruolo di attore autorevole e competente circa la definizione della salute, della malattia e del benessere. (viii) Infine, nutre la cosiddetta opinione – pubblica o privata – che s’arrabatta alla meno peggio fra la ricerca affannosa di una cura efficace (“dicono che quel medico lì...”) e il ricorso tattico a consigli qualsiasi (“mia cognata s’è curata con...”).

Una visione sociosemiotica della questione, nel tentativo di proporre un originale punto di vista e un conseguente incremento di conoscenza su di essa, potrebbe disporre questo genere di fenomeni, e le questioni che essi suscitano, entro le varie tappe canoniche di un racconto, con le relative relazioni fra loro, i passaggi e le presupposizioni previsti dal modello narrativo. (I) C’è in primo luogo tutto il settore della performance: qui si colloca la relazione medico-paziente, diretta o mediata, con quel che comporta, per esempio, in termini – per l’uno – di decifrazione dei sintomi somatici (spesso delegata ad apparecchiature specializzate) o – per l’altro – o di esperienza del dolore (più o meno dicibile); ma anche, più a monte, con quel che comporta in termini di processi di medicalizzazione oggettivante e di umanizzazione soggettivante; e qui si colloca anche la relazione fra il medico e altri medici “nemici” che s’oppongono alle sue pratiche. (II) Il che presuppone un problema di competenze del medico, acquisite per tradizione o messe in discussione ogni volta; ma anche di competenze del paziente, che rivendica, o viceversa rigetta, un eventuale specifico sapere sul proprio corpo. (III) Ciò porta alle diverse possibili forme di sanzione, e alle conseguenti diverse figure di giudici, della pratica terapeutica, che la tengono costantemente in scacco, proprio perché (IV) legate a preventive forme variabili di contratto circa i valori in gioco nel “racconto” della medicina. Così, per esempio, lo studio delle conversazioni fra medico e paziente può coinvolgere tutti e quattro i momenti previsti, riguardando sia le pratiche terapeutiche da effettuare sia il saper-fare che esse presuppongono, ma assumendo spesso anche la forma di giudizi circa quelle pratiche o di preliminari contrattazioni circa i valori da condividere intersoggettivamente.

In tal modo, per quanto inizialmente maldestro, lo sguardo semiotico inizia a modificare il proprio oggetto d’indagine, traducendo il campo problematico della medicina nei termini di un vero e proprio *discorso della salute*, intreccio dinamico di testi e di pratiche, di codici e di corpi, di rappresentazioni e di metalinguaggi; un discorso detto da qualcuno, che

può più o meno assumerne i contenuti, a qualcun altro, che può a sua volta più o meno accettarli. L'analisi testuale e la ricostruzione socio-culturale corroborano e integrano in tal modo – com'è costume delle discipline semio-linguistiche – la dimensione storica e la speculazione teorica. Da questo punto di vista, il Congresso di Spoleto – qui replicato sulla carta – può essere considerato come una prima tappa di un vasto programma di ricerca che una semiotica ormai matura non potrà più esimersi dall'affrontare.

---

<sup>1</sup> La realizzazione del Congresso è stata possibile anche grazie all'ausilio di un certo numero di Enti, Istituzioni e Aziende, che vorrei qui nuovamente ringraziare: la Regione Umbria; la Provincia di Perugia; il Comune di Spoleto; le Università di Palermo e di Perugia; la Fondazione Sigma-Tau; l'editore Meltemi; la Società italiana di Antropologia medica e la Fondazione Angelo Celli per la salute.

Gli interventi della tavola rotonda "Droghe e altre dipendenze" che si è tenuta durante il Congresso, a cui hanno partecipato Juan Alonso, Nicola Dusi, Paolo Peverini e Lucio Spaziantè, sono stati pubblicati separatamente, con l'aggiunta di altri due saggi (Gianfranco Marrone, Federico Montanari), nel volume *Sensi alterati. Droghe, musica, immagini*, curato da scrive, Roma, Meltemi 2005.