

Il diabete a San Mateo del Mar (Oaxaca).

Processo di diagnosi e cronicità del male in una regione del Messico indigeno

Giulio Rizzoni

dottorando in Discipline etnoantropologiche presso la Sapienza Università di Roma
[giulio.rizzoni@gmail.com]

1. Introduzione

Il presente articolo costituisce un tentativo di analisi del processo di diagnosi del Diabete mellito di tipo 2 (DM2) in una regione del Messico indigeno contemporaneo, con l'obiettivo principale di mettere in rilievo il carattere composito e plurale del sistema medico locale⁽¹⁾, nel quale tuttavia la biomedicina è il principale riferimento terapeutico, ponendo l'attenzione in particolare su alcuni aspetti relativi alla comprensione e all'accettazione della diagnosi che si rivelano centrali nel percorso terapeutico del paziente diabetico. I materiali presentati costituiscono uno dei risultati del lavoro di ricerca etnografica da me svolto a San Mateo del Mar⁽²⁾, nello stato di Oaxaca, tra l'agosto del 2010 e il febbraio del 2011⁽³⁾. Si è trattato di un'indagine il cui principale obiettivo era quello di chiarire i termini del rapporto fra la popolazione locale e i servizi sanitari di stampo biomedico. In un secondo momento ho concentrato la mia attenzione in maniera specifica sull'analisi degli itinerari terapeutici dei pazienti affetti da DM2. Tale scelta risulta ben comprensibile se si considera che il DM2 rappresenta attualmente una vera e propria emergenza medica su scala nazionale⁽⁴⁾. Se sino a poco tempo fa si considerava il diabete una malattia tipica delle fasce benestanti delle società opulente, bisogna oggi constatarne l'esplosione anche in quei contesti, come per l'appunto il Messico indigeno, che hanno conosciuto una progressiva, seppur difficoltosa, integrazione al tessuto nazionale. Se consideriamo inoltre che la biomedicina ha assunto nelle zone marginali del Messico una rilevante diffusione proprio negli ultimi venti anni, risulta evidente come l'analisi del DM2 costituisca una chiave di lettura particolarmente efficace per meglio comprendere il rapporto fra la popolazione di un municipio quale San Mateo del Mar e il sistema di servizi di stampo biomedico.

La scelta di analizzare nello specifico il processo di diagnosi, facendo ricorso alle storie di vita dei pazienti e ai racconti e alle esperienze del personale medico, è motivata principalmente da due ragioni:

1. in primo luogo, l'analisi della pluralità dei singoli percorsi diagnostici, e del ruolo egemonico svolto dai servizi biomedici, permette di avere una misura della natura composita e plurale del sistema medico locale;
2. in secondo luogo, l'analisi delle reazioni alla diagnosi, permette di indagare i problemi che scaturiscono dall'accettazione e dalla comprensione della diagnosi stessa.

L'aspetto della diagnosi è stato analizzato in diverse occasioni nell'ambito della riflessione antropologico-medica, producendo una discreta varietà di letture sull'argomento. Numerosi autori si sono soffermati sul momento della diagnosi come impresa ermeneutica e sull'analisi del sintomo come realtà significativa (GOOD B. 1977; GOOD B. - DELVECCHIO M.-J. 1981), mettendo in luce soprattutto le conseguenze che una diagnosi, nell'ambito delle malattie cronico-degenerative, provoca rispetto alle esperienze individuali ed esistenziali dei soggetti (BURY M. 1982; CHARMAZ K. 1983; WILLIAMS G. 1984). Negli ultimi anni, soprattutto nell'ambito di quella che si definisce come "Sociology of health and illness", si sta affermando un filone di studi volto ad affrontare in maniera sistematica lo studio della diagnosi come processo sociale nelle società contemporanee. Alcuni contributi isolati erano già stati prodotti a partire dalla fine degli anni Settanta, ponendo le basi per lo sviluppo degli studi successivi (BLAXTER M. 1978; BROWN P. 1995). Proprio recentemente però, in seguito al convegno tenutosi a Boston nell'agosto del 2011 e alla pubblicazione di un numero monografico di "Social Science and Medicine" (JUTEL A. - NETTLETON S. 2011) e di una serie di libri sull'argomento (JUTEL A. 2011; MCGANN PJ - HUTSON D. - KATZ ROTHMAN B. 2011), il dibattito è stato ripreso in maniera più organica e sistematica. Si tratta di ricerche che assumono come oggetto la biomedicina, come campo il setting clinico, e che rimangono perlopiù confinate ai contesti euroamericani. Tuttavia, se si considera il grado di egemonia raggiunto dalla biomedicina anche in realtà quali il Messico indigeno, risulta evidente come le formulazioni teoriche prodotte in tale campo possano essere fruttuosamente utilizzate anche nel nostro caso.

Riprendendo il modello di BLAXTER (1978) è possibile individuare all'interno del campo della diagnosi due ambiti distinti: la diagnosi come "etichetta" e la diagnosi come "processo". In ambito filosofico, storico-medico, e antropologico è stato adeguatamente messo in rilievo il carattere storico, convenzionale, ideologico, contingente e paradigmatico dei siste-

mi di classificazione delle malattie nel sistema biomedico (FOUCAULT M. 1963; KLEINMAN A. - EISENBERG L. - GOOD B. J. 1978; KUHN T. 1970). In questa sede è mia intenzione invece prendere in analisi la diagnosi come quel “processo” attraverso il quale la categoria patologica viene assunta come interpretazione plausibile del proprio stato dal paziente, in una forma continuamente negoziabile. Si tratta di un processo che chiama in causa gli specialisti terapeutici, i gruppi di gestione della cura, gli enti predisposti ai servizi di salute, i servizi di informazione e comunicazione “medica”, il contesto sociale tutto, la cui analisi può essere utile sia per meglio comprendere le dinamiche che caratterizzano in maniera specifica il contesto medico locale, sia per mettere in luce alcune caratteristiche strutturali del diabete mellito di tipo 2 e del modello conoscitivo e organizzativo biomedico.

2. Il processo di diagnosi

Il diabete rappresenta sicuramente una novità nel quadro epidemiologico di San Mateo del Mar e sta acquistando una importanza progressivamente crescente; il rapido incremento della sua diffusione e la drammaticità delle sue conseguenze lo rendono un oggetto ingombrante del discorso quotidiano. Storie che riguardano parenti malati, o vicini di casa affetti dalla “misteriosa” malattia, sono molto frequenti, a un punto tale che quasi ogni nucleo familiare ha relazioni dirette o indirette con questo nuovo protagonista del panorama medico. Anche chi non ne è personalmente affetto riconosce la gravità della situazione ed è in grado di identificare una serie di elementi, prevalentemente di ordine sintomatico, che permettono di riconoscere la malattia nel contesto quotidiano; è possibile dunque parlare di una certa riconoscibilità sociale della malattia.

Il diabete, malattia “sorniona e irreversibile” (ROSSI I. 2003), presenta un quadro sintomatologico decisamente complesso. Durante le fasi iniziali del DM2 i pazienti avvertono pochi sintomi, o addirittura non ne avvertono affatto, e spesso la malattia rimane silente per molti anni; purtroppo le complicazioni spesso si sviluppano proprio in questo periodo. La comparsa dei primi sintomi preoccupanti può spingere il soggetto, in relazione alla gravità e durata di questi, ad interrogare il proprio repertorio intellettuale alla ricerca di una spiegazione convincente e a mobilitare i pareri delle persone a lui vicine, costruendo così una prima forma di diagnosi. In questo processo di iniziale decifrazione e interpretazione dei sintomi, assumono grande importanza la dimensione dell'autodiagnosi e

gli scambi di opinioni e conoscenze che il soggetto attiva sia all'interno del gruppo domestico di gestione della cura, sia nei più estesi contesti di socializzazione. Prendendo in analisi il corpus di narrazioni degli itinerari terapeutici da me raccolto, risulta evidente come, per quanto riguarda questo processo, sia largamente maggioritaria la diffusione di modelli di interpretazione dei sintomi tipici del diabete come propri di una malattia che i dottori della clinica sono in grado di identificare e in parte di fronteggiare. I percorsi che portano i differenti soggetti ad arrivare a una diagnosi in ambito biomedico presentano però numerose e notevoli differenze, che permettono di indagare il complesso scenario della distribuzione delle conoscenze e delle informazioni nel contesto sanmateano. Tra i fattori di varia natura che incidono in questo processo, alcuni assumono una particolare importanza ai fini della presente analisi: la sfera dei rapporti sociali intra- e interfamiliari, il ruolo delle politiche sanitarie di medicina preventiva, l'incorporazione nel contesto locale di saperi e prospettive di stampo biomedico.

Nello spezzone di intervista qui di seguito riportato è evidente il ruolo che può assumere il gruppo di familiari nel processo di prima interpretazione del male, che può portare il soggetto che avverte i sintomi propri del diabete a ricorrere all'aiuto di un medico:

«Orinavo molto, e quando andavo al bagno mi faceva male... in principio però non volevo andare dal dottore... mi ci hanno portata i miei figli, perché io non volevo, non mi fidavo. Quando sono andata dal dottore, lui mi ha detto che avevo bisogno di fare degli esami del sangue e anche dell'orina. È stato con i risultati, che mi hanno detto che avevo questa malattia. Per questo ancora oggi li ringrazio molto, i miei figli...» (M.L. 15 dicembre 2011).

Nelle parole di M.L., donna sposata di 52 anni che amministra insieme con la figlia un banco di frutta e verdura nel mercato municipale, si può individuare uno dei possibili percorsi che, dall'identificazione di una classe di sintomi preoccupanti, può portare a una diagnosi di diabete in ambito biomedico. Un ruolo di primo piano, in questo come in molti altri casi, è costituito dallo scambio di saperi in termini intergenerazionali. Sono infatti i figli della venditrice, i quali hanno entrambi portato a termine gli studi fino alla maggiore età, a convincere la madre ad affidarsi in prima istanza agli strumenti diagnostici biomedici. Sembra quasi di assistere ad un ribaltamento dei ruoli convenzionalmente attribuiti rispetto alla tutela e alla gestione della salute in ambito familiare, con le giovani generazioni, mediamente caratterizzate da un livello di scolarizzazione più elevato rispetto a quelle precedenti, che spesso

tentano di orientare i propri genitori e parenti verso un utilizzo degli strumenti diagnostici e terapeutici di stampo biomedico. In alcuni casi, come in quello sopra riportato, questo processo si svolge senza produrre significativi conflitti. Si tratta spesso di famiglie in cui la scolarizzazione, l'alfabetizzazione, il raggiungimento di una certa dimestichezza con le dinamiche e i linguaggi della società meticcia sono viste di buon occhio. In altre situazioni questo scambio intergenerazionale di saperi e prospettive può invece degenerare in un conflitto gravido di conseguenze, come nel caso di L.L. Egli, prima che il suo stato si aggravasse costringendolo alla sedia a rotelle in seguito all'amputazione della gamba destra, era uno stimato, e da alcuni temuto, specialista terapeutico locale. Anche per questo ha intrattenuto nel corso della sua vita dei rapporti di esplicita ostilità con le diverse forme di assistenza biomedica presenti nel *pueblo*. Si è infatti sempre rifiutato di fare affidamento sui servizi di assistenza pubblica, ai quali avrebbe diritto in quanto affiliato al programma *Oportunidades*, e avendo stipulato il *Seguro Popular*⁽⁵⁾. Fin dai primi sintomi e dalla prima diagnosi L.L. si è rivolto dunque, quando le risorse economiche lo hanno permesso, a risorse terapeutiche di stampo biomedico esterne al *pueblo*, ma più spesso ha strutturato egli stesso il proprio percorso di cura utilizzando le proprie conoscenze della medicina tradizionale huave. La diagnosi biomedica, fornitagli da una costosa clinica privata nella vicina Salina Cruz, è stata temporaneamente accantonata da L.L., che ha iniziato a sperimentare sul proprio corpo cure rituali ed erboristiche, che però non sono riuscite ad arginare efficacemente i sintomi dell'avanzamento del diabete. Le sue condizioni sono progressivamente peggiorate fino a un punto di rottura. Secondo la versione dei figli, l'anziano terapeuta, restio ad accettare e a manifestare socialmente l'incapacità di curare la propria malattia, insuccesso che chiaramente ha avuto come conseguenza l'interruzione delle attività di guaritore che prima svolgeva, ha smesso gradualmente di uscire di casa per paura che i compaesani si accorgessero che era malato, e ha iniziato a bere alcolici in quantità sempre più elevate, fino ad arrivare a uno stato di quasi totale incoscienza quotidiana. Di fronte alle pressioni dei figli, che hanno più volte spinto il padre a rivolgersi ai servizi biomedici, questi ha opposto il suo più netto rifiuto; si è spinto così in una spirale di complicazioni, culminate con la quasi totale cancrena della gamba destra, ostinatamente tenuta nascosta alla famiglia con una coperta posta in grembo. Quando, in un momento di incoscienza del padre, una delle figlie ha sollevato la coperta, la corsa in taxi a Salina Cruz e l'amputazione della gamba sono diventate inevitabili:

«Dopo tanto dolore che aveva sofferto, tanto *mezcal* che aveva bevuto, non riusciva più a vedere, non ci riconosceva, stava quasi per morire... perché al principio non ci ha dato retta. Noi gli abbiamo sempre detto: “Vai alla clinica, lì ti possono dare gratis le medicine per il tuo diabete, per la tua gamba, ti possono pulire le ferite, disinfettarle!” Ma lui ha continuato a fare di testa sua e non voleva andare alla clinica di qui... non voleva che la gente capisse che non poteva curarsi da solo. Per questo siamo riusciti a portarlo solo in punto di morte» (figlia di L.L. 18 gennaio 2011).

Il caso di L.L. – che ora passa la maggior parte del suo tempo quotidiano seduto sulla sedia a rotelle a intessere fili per le reti da pesca dei figli, accudito amorevolmente dalla famiglia – mi sembra esemplificativo del carattere conflittuale che può caratterizzare lo scambio intergenerazionale di saperi e prospettive mediche, specialmente quando in campo non ci sono solo orientamenti valoriali, ma anche, in una certa misura, la propria posizione sociale, nel caso specifico la messa in discussione della legittimità della propria competenza nelle arti mediche, sulla quale si basava in passato il prestigio sociale di L.L.

L'itinerario diagnostico e terapeutico dell'anziano guaritore porta anche inevitabilmente a riflettere sui forti conflitti che la graduale introduzione e affermazione della biomedicina ha provocato e provoca tutt'ora in contesti come San Mateo del Mar, nei quali fino a una trentina di anni fa quest'ultima rappresentava una modalità terapeutica importante ma minoritaria⁽⁶⁾.

In un *pueblo* come San Mateo del Mar è estremamente frequente che episodi come quello appena descritto divengano immediatamente e automaticamente di dominio pubblico, assurgendo a casi emblematici che rendono reali e concrete le possibili conseguenze nefaste della malattia “misteriosa”. Si accumulano così nel discorso pubblico e quotidiano i riferimenti alle diverse amputazioni patite dai soggetti malati, come anche alle morti degli ultimi anni, testimonianze indelebili della pericolosità del diabete.

Un ruolo significativo nell'orientare la diagnosi in ambito biomedico è svolto inoltre dalle politiche di informazione e di pedagogia medica legate ai progetti di medicina preventiva inseriti nel programma *Oportunidades*. Fra le condizioni vincolanti di adesione al “programma di sviluppo integrale” vi è quella di dover assistere a un incontro mensile su tematiche di medicina preventiva negli spazi della piccola clinica locale. A prescindere dalla reale e concreta efficacia di questi incontri e dalla legittimità di una operazione di induzione forzata all'acculturazione biomedica, in questa sede si tratta di esaminare principalmente le conse-

guenze di lunga durata di questo tipo di interventi sul sistema medico locale. Seppur incompleti e spesso contraddittori, questi programmi contribuiscono infatti in maniera decisiva a rafforzare il ruolo di prestigio e l'egemonia della clinica di San Mateo e della biomedicina che vi si esercita. Le informazioni e i consigli che vengono dati in questa sede entrano poi in circolo in maniera autonoma, e si diffondono nella società sanmateana secondo dinamiche "anarchiche", attraverso lo scambio di idee ed opinioni in situazioni di socialità abituale, come è reso esplicito nel caso riportato qui di seguito:

«Tra noi donne chiacchieriamo spesso di queste cose, perché a volte nella clinica ci fanno queste *pláticas* [discorsi], quelle a cui dobbiamo andare per *Oportunidades*, quello che stiamo prendendo dal governo... Beh, per ricevere i soldi dobbiamo andare a queste *pláticas* ed è lì che ci parlano del diabete, ci spiegano quello che dobbiamo fare, e quello che non dobbiamo fare. Per questo, quando ho chiesto alle amiche, loro mi hanno risposto: "Può essere che hai il diabete? Perché non vai a farti un controllo con il dottore?". Io mi sono spaventata molto, perché la gente muore di questa malattia. Hai saputo del tizio al quale hanno tagliato la gamba? [...] Per questo sono andata dal dottore, per vedere se avevo questa malattia, e in effetti l'avevo» (E.O. 14 gennaio 2011).

Attraverso le *pláticas* informative mensili che si tengono nella clinica locale si diffondono dunque nella popolazione modelli di interpretazione spesso semplici e confusi degli stati sintomatici, ma che rafforzano in definitiva il ruolo della biomedicina come principale riferimento diagnostico e terapeutico al quale rivolgersi in casi di sospetto diabete. Accanto ai casi di persone che scelgono di fare affidamento sugli strumenti diagnostici biomedici di propria iniziativa, o più spesso sotto il consiglio di parenti o amici, sono numerosi quelli di coloro che scoprono di essere diabetici in seguito ai controlli imposti dal programma *Oportunidades*. In base alle condizioni di affiliazione al programma, le famiglie devono rispettare una serie di obblighi la cui infrazione comporta l'interruzione dell'erogazione monetaria. Nel caso specifico, tutto il nucleo familiare è tenuto a recarsi alla clinica in corrispondenza delle due visite di controllo annue concordate con il personale medico. Il denaro è dunque utilizzato come uno strumento di coercizione "dolce" e indiretta, attraverso il quale favorire l'assunzione di determinati *habitus* rispetto alla frequentazione degli spazi biomedici. A prescindere dal giudizio rispetto alla legittimità e dalla problematizzazione delle logiche assistenzialiste e delle retoriche che orientano questo tipo di operazioni, basti qui sottolineare che un discreto numero di pazienti da me contattati hanno visto attribuirsi lo status di diabetico proprio in seguito ai controlli obbligatori sopra descritti.

Per comprendere a fondo le dinamiche che orientano il processo di diagnosi non si può prescindere, infine, da un'analisi delle conseguenze di lunga durata dell'impatto della biomedicina sulla società sanmateana. Si è trattato di una penetrazione lenta e progressiva (con una evidente accelerazione negli ultimi vent'anni) che ha contribuito in maniera rilevante a ridefinire i confini del sistema medico locale. Quest'ultimo, lungi dall'essere una realtà monolitica, impermeabile, oppositiva rispetto alla biomedicina, si rivela invece poliedrico, poroso e profondamente influenzato da questa. Se si analizzano i percorsi biografici dei singoli cittadini sanmateani è possibile avere la misura di questi mutamenti, e il quadro che ne viene restituito consente di parlare di un processo di graduale incorporazione della biomedicina nel contesto locale; incorporazione che al giorno d'oggi ha fra le sue conseguenze più evidenti la composizione "indigena" di gran parte del personale medico della clinica, costituito per buona metà da persone nate e vissute nel *pueblo* huave. Esemplicativo è il caso della stessa direttrice del centro la quale oltre ad essere la principale "rappresentante" della cultura biomedica nel *pueblo*, è allo stesso tempo membro di una famiglia sanmateana fra le più socialmente influenti, e nipote di un noto terapeuta tradizionale ormai defunto. Si tratta di una donna che gode della fiducia della gran parte dei suoi compaesani, i quali spesso oltre che presso la clinica si recano nella sua abitazione privata per avere consigli e indicazioni terapeutiche. Quello della direttrice del centro è un caso sicuramente significativo e che rappresenta una tendenza non trascurabile della società sanmateana, caratterizzata da una sempre maggiore mobilità territoriale, da migrazioni nazionali e internazionali, dalla progressiva integrazione nel tessuto nazionale e nel sistema di mercato. Tuttavia non bisogna compiere l'errore di immaginare questo processo di incorporazione della biomedicina come un percorso lineare, indolore e meccanico: come si evince dal caso sopra riportato dell'anziano guaritore ora affetto da diabete, si tratta piuttosto di un processo che ha prodotto profondi conflitti, divergenze, invidie, contrapposizioni. Inoltre va messo in evidenza come la penetrazione della biomedicina a San Mateo del Mar, lungi dall'aver determinato un'adesione passiva e incondizionata ai modelli scientifici, ha invece dato luogo a delle loro originali e creative reinterpretazioni: rispetto alla questione del diabete, per esempio, è diffusa presso parte della popolazione sanmateana la convinzione dell'esistenza di tre classi differenti della malattia, distinte sulla base delle parti del corpo colpite e della gravità del caso⁽⁷⁾. Il panorama che ci troviamo davanti, dunque, si configura come estremamente articolato, complesso e variegato, consentendo la compresenza di alternative terapeutiche dif-

ferenti, in continua oscillazione tra la conflittualità e la complementarità con il modello egemonico della biomedicina⁽⁸⁾.

3. Le reazioni alla diagnosi: il problema della cronicità

Un aspetto considerato fondamentale nelle terapie di controllo per il diabete è quello relativo all'accettazione dello stato di cronicità del male e a una conseguente e necessaria ristrutturazione della vita che tenga presenti le forti limitazioni imposte dallo stato di malattia. Si tratta di un processo complesso, che incontra spesso numerose difficoltà, dovute alle resistenze che i soggetti ai quali viene diagnosticato il diabete possono opporre rispetto all'accettazione della loro nuova condizione⁽⁹⁾.

Nel contesto sanmateano una delle difficoltà principali è legata al processo di comprensione e accettazione del significato stesso della categoria di "malattia cronica", rispetto alla quale l'unica certezza sembra essere l'impossibilità di guarire definitivamente. Molto spesso la cronicità del diabete viene confusa con la sua supposta "letalità", fraintendimento in parte relativo alla constatazione degli effetti devastanti della recente "epidemia" di diabete nel *pueblo*. Essere affetti da una malattia dalla quale non si guarisce mai – per la quale non sono disponibili delle cure risolutive, ma che si può affrontare esclusivamente con tecniche di controllo – rappresenta una condizione che difficilmente viene accettata senza che sorgano significativi conflitti. Le reazioni emotive dei soggetti alla prima diagnosi sono differenziate, ma fra queste sicuramente le più diffuse e condivise sono lo sgomento, la paura e la disperazione generate da questa improvvisa e inaspettata materializzazione dell'imminenza della morte:

«La mia vita è molto cambiata da quando mi hanno detto che ho il diabete, ho iniziato a sentirmi come morire... sono rimasta così, disarmata. E così mi sono fatta due fotografie in un riquadro, perché avevo paura di andarmene così, all'improvviso... così, per lasciare almeno un ricordo, ai miei figli. Là, ho lasciato la mia fotografia in caso morissi. Continuavo a piangere ogni giorno, e più piangevo più continuavo ad ammalarmi... poi con la dieta e con tutto quello che mi dicevano che dovevo fare, non solo sarei morta presto, ma sarei morta senza poter mangiare e bere tutto quello che mi piace di più. E così è solo con il tempo mi sono abituata all'idea, e a questa maledetta dieta» (C.O. 10 dicembre 2010).

Dalle parole di C.O. risulta evidente come la diagnosi della malattia cronica abbia provocato una vera e propria "rottura biografica" (BURY M. 1982), il raggiungimento di una sorta di punto di non ritorno che mette in discussione la stessa possibilità di esistere.

Il processo di presa di coscienza e accettazione della diagnosi avviene in maniera sempre parziale e rinegoziabile, solitamente dopo un lungo lasso di tempo rispetto alla sua prima formulazione. L'assenza di una cultura biomedica diffusa sulla fisiologia umana, non meno della compresenza di saperi medici "tradizionali" e "popolari", sono in parte responsabili di queste difficoltà. Il rapporto fra il sanmateano medio e il sistema di conoscenze e tecniche biomediche sembra infatti caratterizzato non da una fiducia incondizionata, ma piuttosto dalla constatazione dell'efficacia terapeutica nell'affrontare singoli e limitati casi concreti. Non si tratta dunque di una fiducia ideologica, ma profondamente pragmatica, condizionata dall'ottenimento di specifici risultati terapeutici; e si tratta di risultati che, per quanto riguarda il diabete, sono in una prima fase difficili da constatare sulla propria persona, dato il carattere "sornione" dei sintomi. Come ho messo precedentemente in evidenza, i sintomi principali del diabete si presentano indipendentemente dallo stato di avanzamento della patologia e il soggetto può rendersi conto di esserne affetto quando già alcune funzioni metaboliche sono state seriamente compromesse. Inoltre, un'altra caratteristica dei primi sintomi del diabete è la loro intermittenza, che può trarre in inganno il soggetto sofferente rispetto a ipotetici miglioramenti, guarigioni o errate diagnosi. A tal proposito si può parlare di una pericolosa frattura fra la dimensione di una *illness* intermittente, basata principalmente sulla percezione individuale di sintomi e sull'interpretazione interrogativa del significato di questi (che possono scomparire improvvisamente per ripresentarsi dopo un certo periodo) e quella di una *disease* i cui confini sono rappresentati come netti (che viene infatti diagnosticata e comunicata in termini fortemente quantitativi). Tale pericolosa frattura si concretizza in un fenomeno che può essere definito come "intermittenza delle cure", che ho avuto modo di rilevare in numerosi casi e che è possibile vedere esplicitato nelle parole di F.H., ex-maestro il quale, nonostante mostri un grado di adesione al paradigma biomedico piuttosto elevato rispetto alla media dei suoi compaesani, così mi descrive le prime fasi del decorso della sua malattia:

«Nei primi tempi non mi curavo per niente, e per questo ho avuto tre crisi di diabete... la prima mi venne praticamente subito, dopo ho iniziato a prendere le medicine e a controllarmi un po' e così sono passati tre anni, tranquillo, sono guarito e ho iniziato a pensare: "Ah! Ora posso iniziare a mangiare e a bere come prima!" Perché già stavo vedendo che il mio corpo stava recuperando, stava tornando forte come prima... quindi ho smesso di prendere le medicine e così, da un momento all'altro è risalito lo zucchero... e ho iniziato nuovamente ad urinare ad ogni momento, e poco dopo ho ricominciato anche a prendere le pasticche... e se ne è andato un'altra volta... sono passati tre o quattro anni e siccome si era calmato di

nuovo ho smesso un'altra volta di prendere le medicine e di fare la dieta... mangiare di tutto, bere birra... e "*el pinche azúcar*" [il maledetto diabete] è tornato un'altra volta... era più forte ancora questa volta... per questo sono tornato dal medico che mi ha cambiato le medicine, perché stavolta avevo bisogno di quelle più forti...» (F.H. 12 ottobre 2010).

L'evolversi della malattia nel corso degli anni è interpretato dall'uomo in questione come la successione di una serie di tappe, sancite da differenti crisi, che corrispondono ai momenti in cui egli decide di interrompere le cure e riprendere le abitudini, alimentari e non, abbandonate temporaneamente e contro voglia. Sembra quasi che F.H. cerchi di mettere alla prova il proprio corpo per saggiarne i limiti, per testare in prima persona l'attendibilità della diagnosi biomedica, ingaggiando una sorta di lotta con "*el pinche azúcar*", lotta impari dalla quale è destinato ad uscire sconfitto.

Si rende ora necessaria una ulteriore riflessione sulla logica quantitativa che orienta le categorie e le tecnologie diagnostiche di stampo biomedico. In seguito ad una profonda revisione dei criteri eziologici di riferimento nell'ambito di un dibattito ancora non concluso, e in relazione alle specifiche tecnologie diagnostiche, la biomedicina è arrivata a definire il tasso di glicemia come il criterio distintivo principale per l'identificazione del confine fra il "normale" e il "patologico" rispetto al diabete. Si tratta, come è evidente, di un criterio fortemente quantitativo, che stabilisce una serie di limiti numerici ben definiti il cui superamento determina l'attribuzione degli status di individuo sano, di pre-diabetico o di diabetico. Non è mia intenzione in questa sede criticare l'epistemologia biomedica o la natura dei suoi criteri diagnostici, quanto mostrarne alcune caratteristiche significative e in una certa misura influenti sul piano dell'esperienza vissuta della malattia. La soglia che allo stato attuale i saperi biomedici stabiliscono per decretare una diagnosi di diabete è un livello di glicemia a digiuno maggiore di 126 mg/dl. Se le analisi rilevano invece un valore compreso fra i 110 mg/dl e i 125 mg/dl si può parlare di un possibile stato "pre-diabetico", definito altrimenti come "stato di tolleranza al glucosio alterata"⁽¹⁰⁾. Le tecniche di misurazione del livello di glucosio nel sangue sono funzionali dunque al processo di individuazione e nomina della malattia. La staticità che contraddistingue tale modello diagnostico entra in netta contraddizione con la dinamicità dei fattori che incidono sullo sviluppo della patologia, così come sulla sua evoluzione, generando talvolta delle conseguenze imprevedibili nelle rappresentazioni degli attori sociali. Molti pazienti, soprattutto nelle prime fasi della diagnosi, mal interpretando il significato del rapporto fra tassi di glicemia nel sangue, trattamento medico di controllo e dieta, dopo aver constatato l'abbas-

samento dei valori in seguito a un primo periodo di osservazione delle indicazioni terapeutiche, attribuivano ad esso il senso di una guarigione avvenuta o di una diagnosi errata, come in alcuni dei casi descritti precedentemente. Decidevano quindi di interrompere le terapie fino a constatare, con il ritorno dei sintomi, la plausibilità della diagnosi biomedica e il senso della categoria “malattia cronica”, in una forma sempre e comunque rinegoziabile e ricca di contraddizioni:

«Mi hanno detto di andare a Salina Cruz e fare le analisi, e quella volta il valore è uscito veramente alto. È salito fino a 413 mi hanno detto, è molto, vero? Perché quella volta mi erano finite le pasticche, quelle piccole, e così avevo deciso di smettere, perché mi sentivo meglio. Stavo proprio meglio quando all'improvviso appunto lo zucchero è risalito, fino a 413. Avevo smesso per più di un mese circa e già era tornato. *El diabetico* si alza e si abbassa, si alza e si abbassa, dipende anche da te» (A.M. 13 dicembre 2011).

In altri casi ho potuto constatare un atteggiamento di esplicita sfiducia rispetto a questa “onnipotenza dei numeri”. Soprattutto nella fase che segue la prima diagnosi, che risulta essere chiaramente quella in cui si presentano le maggiori difficoltà nell'accettazione della condizione di diabetico, alcune persone hanno esplicitato una certa sfiducia nel vedersi attribuire lo status di malato in base alla comunicazione da parte del personale medico di un numero le cui implicazioni e il cui significato sono tutt'altro che chiari, oltretutto rispetto ad una malattia che è socialmente percepita come terribilmente pericolosa. Come può del resto un numero rappresentare una condizione di cui il soggetto percepisce chiaramente la complessità e la mutevolezza? Nella maggior parte dei casi questo tipo di atteggiamenti si risolve in una accettazione graduale della diagnosi, anche se spesso si concretizza nella resistenza alla medicalizzazione e alla ristrutturazione dello stile di vita, con conseguenze tragiche per la salute. Un intenso rapporto con i numeri caratterizza anche l'atteggiamento di coloro i quali si confrontano con il tasso di glicemia nel sangue nelle fasi successive alla prima diagnosi, come se fosse un giudice implacabile e incorruttibile della propria condotta terapeutica. Molti dei pazienti con i quali ho parlato e che dalle interviste risultavano ben consapevoli del rapporto fra dieta, trattamento medico e tasso di glicemia, mi hanno infatti rivelato di saltare i controlli regolari ai quali si devono sottoporre mensilmente quando questi avvengono in corrispondenza con delle festività durante le quali hanno deliberatamente deciso di allentare i controlli sul regime alimentare, come a voler allontanare i cattivi pensieri che la materializzazione dello stato di malattia rappresentata dal valore numerico costituirebbe.

Queste osservazioni mettono in luce solo alcune delle possibili conseguenze negative di un approccio rigidamente quantitativo nella definizione dei livelli di rischio, impostato su una concezione della malattia come fatto quantificabile e che riguarda esclusivamente il corpo individuale, e non il corpo sociale e il corpo politico (LOCK M. - SCHEPER-HUGHES N. 1987). Una di queste è per l'appunto il carattere strategico e non esistenziale con il quale è possibile che il paziente riconfiguri il rapporto con il proprio stile di vita, attraverso la ricerca di soluzioni di equilibrio temporaneo e non tramite quel ripensamento complessivo che risulta necessario per affrontare efficacemente la patologia.

4. Conclusioni

Attraverso l'analisi del processo di diagnosi dei pazienti affetti da DM2 nella comunità indigena di San Mateo del Mar, Oaxaca, ho cercato di dare conto dell'attuale rapporto fra la popolazione locale e i saperi e le istituzioni di stampo biomedico. Ne è emersa una situazione sicuramente complessa e articolata, all'interno della quale colpisce, ma non può stupire, il grado di egemonia raggiunto dalla biomedicina nell'orientare le sfaccettature del discorso locale sul diabete. È stato possibile mettere innanzitutto in evidenza come il diabete costituisca un "oggetto ingombrante" del discorso quotidiano a San Mateo del Mar. Ho inoltre mostrato come sia generalmente accettato e condiviso un processo di diagnosi che si svolge quasi interamente in ambito biomedico, nonostante nel contesto locale non siano diffusi e condivisi i presupposti conoscitivi della biomedicina, e siano dunque frequenti i fraintendimenti e le reinterpretazioni. Ho in seguito illustrato, attraverso una serie di casi esemplari, il carattere plurale dei percorsi diagnostici e la complessità dei fattori che incidono nell'orientare i singoli percorsi in ambito biomedico. Si tratta per l'appunto di fattori diversificati di ordine conoscitivo, valoriale, sociale, politico, economico, che non possono essere compresi a fondo se non contestualizzati nel complesso processo storico di progressiva incorporazione della biomedicina nel contesto locale.

L'aspetto senza dubbio più problematico si è rivelato il processo di comprensione e accettazione del carattere cronico del male, in quanto necessita di un ripensamento in chiave esistenziale all'interno di un quadro cognitivo che contempli la "convivenza" con la malattia, processo che mette a dura prova l'identità individuale e sociale. La "distruzione del mondo" (SCARRY E. 1985) che la diagnosi del diabete spesso può

provocare, genera una crisi del senso che talvolta fatica a ricomporsi, a ricostituirsi in una nuova prospettiva. Ho mostrato dunque come il percorso di accettazione del proprio stato, fondamentale per la creazione di un nuovo *habitus* quotidiano, il cui ruolo terapeutico nel caso del diabete è più che centrale, si rivela essere un processo decisamente problematico che frequentemente, soprattutto nelle prime fasi, si risolve in un sostanziale rifiuto. Si tratta di un rifiuto spesso relativo all'incapacità stessa di affrontare nel profondo quella messa in discussione della bontà, della giustizia e della salubrità del proprio stile di vita consolidato, che invece un corretto trattamento del diabete richiede. D'altra parte i pazienti sembrano avere coscienza dell'apparente paradosso di una malattia che i saperi biomedici sono evidentemente in grado di individuare, controllare, ma non di curare definitivamente. La sorprendente efficacia dimostrata dalle tecniche biomediche, anche nel contesto locale, nell'affrontare le malattie acute, le infezioni e tutti quei casi rispetto ai quali si è creato nel corso degli anni un clima di diffusa fiducia nei confronti della potenza dei medicinali e della conoscenza dei medici, trova una battuta di arresto evidente davanti alle malattie cronico-degenerative. Non è un caso che l'antropologia medica consideri la questione della cura di queste malattie un vero e proprio scacco per l'epistemologia biomedica classica, basata su una forma di meccanicismo empirista. Nel trattamento del diabete la meccanicità dell'intervento farmacologico e/o chirurgico è sicuramente secondaria rispetto alla costruzione di un *habitus* consapevole da parte del malato, rispetto al quale non vi è intervento tecnico possibile e praticabile. Questi insuccessi, che inoltre non sono limitati al contesto indigeno messicano, ma possono essere considerati in chiave trans-culturale come strutturali rispetto al modello conoscitivo e terapeutico di stampo biomedico, mettono la biomedicina nella posizione di dover riconsiderare, come in parte già sta facendo, l'importanza del rapporto medico-paziente, della comunicazione, della cura intesa come presa in carico della persona e non come azione meccanica sull'agente fisico del male (COSMACINI G. 1995; KLEINMANN A. 1980; LUPO A. 1999). Nel caso del diabete si ha la necessità di riconfigurare in termini esistenziali il concetto stesso di malattia, e con esso la terapia, perché è in termini esistenziali che il soggetto deve operare una ristrutturazione del proprio stile di vita, essendo il trattamento meccanico/farmaceutico indispensabile ma non sufficiente.

Mi sembra importante accennare in conclusione come, oltre agli aspetti affrontati in quest'articolo, sia necessario, per comprendere in una maniera più organica i problemi di gestione del diabete a San Mateo del Mar, prendere in considerazione una serie di fattori di ordine politico-

economico che esulano dalla presente trattazione, ma che influiscono prepotentemente sul processo di accettazione della diagnosi e sulla conseguente strutturazione delle terapie, quali il differente grado di familiarità con il modello biomedico, l'accessibilità dei sistemi di cura ufficiali come di quelli alternativi, la presenza, disponibilità e accessibilità di regimi dietetici alternativi, tutti problemi legati alla spinosa e controversa questione del rapporto fra le comunità indigene e i diritti di cittadinanza, nel quadro di un modello possibile di salute pubblica⁽¹¹⁾.

Note

⁽¹⁾ In quest'articolo si ricorre alla categoria di sistema medico in senso euristico, consapevoli della problematicità del suo utilizzo e della complessità del dibattito sul tema (si veda SCHIRRIPIA P. - ZUNIGA VALLE C. 2000).

⁽²⁾ San Mateo del Mar è il centro più popoloso del gruppo di comunità di lingua huave che vivono nella zona lagunare dell'Istmo di Tehuantepec. Secondo le stime dell'Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI) la popolazione del municipio di San Mateo del Mar in totale ammonterebbe per il 2010 a 14.252 persone.

⁽³⁾ L'attività di ricerca è stata svolta in seno alla Missione etnologica italiana in Messico (MEIM), con il finanziamento del Ministero degli affari esteri (MAE).

⁽⁴⁾ Nel solo 2010, secondo i dati della Secretaría de salud, il 14,7% delle morti sono ascrivibili al diabete, che è così diventato la principale causa di morte su scala nazionale [<http://portal.salud.gob.mx>].

⁽⁵⁾ *Oportunidades* e *Seguro Popular* rappresentano gli interventi più significativi dello Stato messicano nella vita medica locale degli ultimi vent'anni. Il primo è un programma di "sviluppo integrale" che coniuga differenti azioni nell'ambito della salute, dell'educazione e dello sviluppo sociale, vincolando l'erogazione di un sussidio economico al soddisfacimento di alcuni obblighi da parte degli affiliati. Il *Seguro Popular*, istituito nel 2003, rappresenta una forma di copertura assicurativa volta a fornire un *paquete básico* di servizi sanitari alla popolazione che ne era precedentemente sprovvista.

⁽⁶⁾ Per un quadro dettagliato del processo storico di penetrazione e diffusione della biomedicina a San Mateo del Mar si veda RIZZONI G. (2013). Per un panorama più approfondito del dibattito relativo all'espansione della biomedicina nei contesti extraeuropei e a contatto con le cosiddette "medicine tradizionali" si vedano BENOIST J. 1996; LANDY D. 1974; LAST M. 1981; LESLIE C. 1980; PRESS I. 1980; SCHIRRIPIA P. 1995; SCHIRRIPIA P. - VULPIANI P. 2000. Per quanto riguarda invece il caso specifico del Messico si vedano MENÉNDEZ E. 1981; OSORIO M. 2011.

⁽⁷⁾ Sono distinti un diabete "che viene nel sangue", uno "che viene nell'urina", e uno "che viene nelle ossa". Tale distinzione sembra ricalcare in una certa maniera le differenti classi di sintomi descritti dai medici e sentiti dai pazienti. Significativamente l'origine di tale classificazione è attribuita dai pazienti a "ciò che ci dicono nel centro de salud".

⁽⁸⁾ Sicuramente significativa a tal proposito si dimostra essere l'analisi del panorama dei referenti eziologici relativi al diabete, in seguito alla quale è risultato evidente e maggioritario l'utilizzo della categoria nosologica tradizionale del *napakmbol*, vicino alla più nota categoria mesoamericana del *susto* (SIGNORINI I. - TRANFO L. 1979); altrettanto esemplificativo è il campo delle terapie nel quale convivono la farmaceutica biomedica, l'erboristeria industriale e quella

artigianale. Di entrambi gli aspetti mi sono occupato in maniera più approfondita nel saggio in corso di stampa (RIZZONI G. n.d.)

⁽⁹⁾ L'antropologia medica ha lungamente e variamente affrontato il tema della cronicità del male, soprattutto mettendo in luce gli effetti di quest'ultima sugli individui e sulla loro percezione del sé e del mondo (si vedano BURY M. 1982; CHARMAZ K. 1983, 1991; COMAROFF J. - MAGUIRE P. 1981; ESTROFF S.E. 1993; FRANK A.W. 1995; HONKASALO M.-L. 2001; VAN DONGEN E. - REIS R. 2001).

⁽¹⁰⁾ Le informazioni presenti in quest'articolo riguardo l'attuale impostazione del discorso biomedico sul Dm2 sono tratte dal sito ufficiale del World health organization [http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en/].

⁽¹¹⁾ Ho affrontato in maniera più dettagliata questi aspetti in un saggio in corso di stampa (RIZZONI G., s.d.).

Riferimenti bibliografici

BENOIST Jean (1996), *Soigner au pluriel: essais sur le pluralisme médical*, Karthala, Paris.

BLAXTER Mildred (1978), *Diagnosis as category and process: The case of alcoholism*, "Social Science & Medicine", vol. 12, 1978, pp. 9-17.

BROWN Phil (1995), *Naming and framing. The social construction of diagnosis and illness*, "Journal of Health and Social Behavior", vol. 35, 1995, pp. 34-52.

BURY Michael (1982), *Chronic illness as biographical disruption*, "Sociology of Health and Illness", vol. 4, n. 2, luglio 1982, pp. 167-182.

CHARMAZ Kathy (1983), *Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill*, "Sociology of Health and Illness", vol. 5, n. 2, luglio 1983, pp. 168-195.

CHARMAZ Kathy (1991), *Good days, bad days. The self in chronic illness and time*, Rutgers University Press, New Brunswick.

COMAROFF Jean - MAGUIRE Peter (1981), *Ambiguity and the search of meaning: childhood leukaemia in the modern clinical context*, "Social Science and Medicine", vol. 15b, 1981, pp. 115-123.

COSMACINI Giorgio (1995), *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, Roma - Bari.

ESTROFF Sue E. (1993), *Identity, disability and schizophrenia. The problem of chronicity*, pp. 247-286, in LINDENBAUM Shirley - LOCK Margaret (curatori), *Knowledge, power & practice. The anthropology of medicine and everyday life*, University of California Press, Berkeley.

FRANK Arthur W. (1995), *The wounded storyteller. Body, illness and ethics*, University of Chicago Press, Chicago - London.

FOUCAULT Michel (1963), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris [ediz. ital.: *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino, 1969].

GOOD Byron J. (1977), *The heart of what's the matter. The semantic of illness in Iran*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 1, n. 1, 1977, pp. 25-58.

GOOD Byron J. (2006 [1994]), *Narrare la malattia. Uno sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, traduz. dall'inglese di Silvio Ferraresi, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Medicine rationality and experience: an anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994].

GOOD Byron J. - DELVECCHIO Mary-Jo (1981), *The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice*, pp. 165-196, in EISENBERG Leon - KLEINMANN Arthur (curatori), *The relevance of social science for medicine*, Reidel, Dordrecht.

- HONKASALO Marja-Liisa (2001), *Vicissitudes of pain and suffering: chronic pain and liminality*, "Medical Anthropology", vol. 19, n. 4, 2001, pp. 319-353.
- JUTEL Annemarie (2009), *Sociology of diagnosis: a preliminary review*, "Sociology of Health and Illness", vol. 31, n. 2, marzo 2009, pp. 278-299.
- JUTEL Annemarie (2011), *Putting a name to it. Diagnosis in contemporary society*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- JUTEL Annemarie - NETTLETON Sarah (curatrici)(2011), *Sociology of diagnosis*, "Social Science and Medicine", vol. 73, n. 6, settembre 2011, pp. 793-944 (numero monografico).
- Kuhn Thomas. S. (1970), *The structure of scientific revolutions*, Chicago University Press, Chicago.
- KLEINMANN Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN Arthur M. - EISENBERG Leon - GOOD Byron J. (1978), *Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*, "Annals of Internal Medicine", vol. 88, n. 2, febbraio 1978, pp. 251-258.
- LANDY David (1974), *Role adaptation: traditional curers under the impact of Western medicine*, "American Ethnologist", vol. 1, n. 1, 1974, pp. 103-127.
- LAST Murray (1981), *The importance of knowing about not knowing*, "Social Science and Medicine", vol. 15b, 1981, pp. 387-392.
- LESLIE Charles (1980), *Medical pluralism in a world perspective*, "Social Science and Medicine", vol. 14, n. 4, 1980, pp. 191-195.
- LOCK Margareth - SCHEPER-HUGHES Nancy (1987), *The mindful body. A prolegomenon to future work in medical anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 1, n. 1, marzo 1987, pp. 6-41.
- LUPO Alessandro (1999), *Capire è un po' guarire: Il rapporto paziente-terapeuta tra dialogo e azione*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 7-8, ottobre 1999, pp. 53-92.
- MENÉNDEZ Eduardo (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de La Casa Chata, México.
- MCGANN P.J. - HUTSON David - KATZ ROTHMAN Barbara (curatori) (2011), *Sociology of Diagnosis*, Emerald Group Publishing, 2011 (Advances in Medical Sociology, n. 12).
- OSORIO Rosa Maria (curatrice) (2011), *La antropología médica en México*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 29-32, 2010 - 2011 (numero monografico).
- PRESS Irwin (1980), *Problems in the definition and classification of medical systems*, "Social Science and Medicine", vol. 14b, 1980, pp. 45-57.
- RIZZONI Giulio (2013), *Dalla prima clinica rurale al Seguro Popular. Quarant'anni di assistenza biomedica a San Mateo del Mar (Oaxaca, Messico)*, in "I Quaderni di Thule", vol. XII. *Atti del XXXIV Convegno internazionale di americanistica (Perugia, 3-10 maggio 2012)*, Centro Studi Americanistici "Circolo Amerindiano", Perugia, 2013.
- RIZZONI Giulio (s.d.), *Gli itinerari terapeutici dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 a San Mateo del Mar, Oaxaca*, in LUPO Alessandro (curatore), *Antropologia della salute indigena: popolazioni native e istituzioni sanitarie in Messico*, Cisu, Roma [in corso di stampa].
- ROSSI Ilario (2003), *La malattia cronica come marchio del corpo*, pp. 75-91, in ROSSI Ilario (curatore), *Corpi*, "Annuario di Antropologia", n. 3, 2003 (numero monografico).
- SCARRY Elaine (1985), *The body in pain. The making and unmaking of the world*, Oxford University Press, New York.
- SCHIRRIPIA Pino (2005), *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*, Argo, Lecce.
- SCHIRRIPIA Pino - VULPIANI Pietro (curatori) (2000), *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Argo, Lecce.

SCHIRRIPA Pino - ZÚNIGA VALLÉ Cesar (2000), *Sistema medico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 9-10, ottobre 2000, pp. 209-222.

SIGNORINI Italo (1979), *Gente di laguna: ideologia e istituzioni sociali dei Huave di San Mateo del Mar*, Franco Angeli, Milano.

SIGNORINI Italo - TRANFO Luigi (1979), *Le infermità: classificazione e terapie*, pp. 164-197, in SIGNORINI Italo, *Gente di laguna: ideologia e istituzioni sociali dei Huave di San Mateo del Mar*, Franco Angeli, Milano.

VAN DONGEN Els - REIS Ria (2001), *Editorial. Chronic illness: struggle and challenge*, "Medical Anthropology", vol. 19, n. 4, 2001, pp. 293-297.

WILLIAMS Gareth (1984), *The genesis of chronic illness: narrative re-construction, sociology of health and illness*, "Sociology of Health and Illness", vol. 6, n. 2, luglio 1984, pp. 175-200.

Scheda sull'Autore

Giulio Rizzoni è nato a Roma il 21 aprile 1985. Si è laureato in Discipline etnoantropologiche (2011) presso la Sapienza Università di Roma. Attualmente sta svolgendo il Dottorato (con borsa) in Antropologia (*curriculum* Antropologia medica) presso la medesima università e in convenzione con l'Associazione volontari italiani del sangue (AVIS). Ha compiuto otto mesi di ricerca in Messico su tematiche inerenti l'organizzazione del sistema di salute pubblica in relazione particolare alle patologie cronico-degenerative.

Riassunto

Il diabete a San Mateo del Mar (Oaxaca). Processo di diagnosi e cronicità del male in una regione del Messico indigeno

Nell'articolo viene preso in analisi il processo di diagnosi del diabete mellito di tipo 2 (DM2) in un contesto del Messico indigeno (San Mateo del Mar, Oaxaca) con l'obiettivo di mettere in luce le dinamiche specifiche di incorporazione della biomedicina nel contesto locale. Dopo aver descritto e analizzato i termini del discorso quotidiano sul diabete, mettendo in evidenza la sua riconoscibilità come classe nosologica ben definita, verrà indagata la specificità dei singoli percorsi diagnostici, e i fattori che incidono nell'orientare questi ultimi in ambito prettamente biomedico. Verrà infine preso in considerazione l'aspetto altamente problematico riguardante le reazioni alla diagnosi, in relazione alle difficoltà di comprensione e accettazione della natura cronica della malattia.

Parole chiave: diabete mellito, Messico, diagnosi, malattie croniche, biomedicina.

Résumé

Le diabète à San Mateo del Mar (Oaxaca). Le processus diagnostic et la chronicité du mal dans une région du Mexique indigène

Cet article se propose d'analyser le processus de diagnostic du diabète sucré de type 2 (DM2) dans un contexte du Mexique indigène (San Mateo del Mar, Oaxaca), avec le but de mettre en évidence les dynamiques spécifiques de l'incorporation de la biomédecine dans le contexte local. Après avoir décrit et analysé les termes du discours quotidien sur le diabète, en soulignant sa reconnaissance en tant que classe nosologique bien définie, on étudiera la spécificité des parcours individuels de diagnostic, et les facteurs affectant leur orientations dans le domaine purement biomédicale. Enfin, on prendra en compte la question très problématique qui concerne les réactions au diagnostic et donc les difficultés de compréhension et d'acceptation de la nature chronique de la maladie.

Mots clés: diabetes mellitus, Mexique, diagnostic, maladies chroniques, biomédecine.

Resumen

La diabetes en San Mateo del Mar (Oaxaca). El proceso diagnóstico y la cronicidad del mal en una región del México indígena

El artículo examina el proceso de diagnóstico de la diabetes mellitus de tipo 2 (DM2) en un contexto del México indígena (San Mateo del Mar, Oaxaca), con el objetivo de individuar las dinámicas específicas de incorporación de la biomedicina en el contexto local. Después de haber descrito y analizado el lenguaje cotidiano acerca de la diabetes, señalando su reconocimiento como una específica clase nosológica, se investigarán las especificidades de los distintos itinerarios diagnósticos y los diferentes factores que determinan la orientación de estos en el campo biomédico. Por último, se analizará el ámbito problemático de las reacciones a la diagnóstico, relacionadas con las dificultades de comprensión y de aceptación de la cronicidad de la enfermedad.

Palabras claves: diabetes mellitus, México, diagnóstico, enfermedades crónicas, biomedicina.

Abstract

Diabetes in San Mateo del Mar (Oaxaca). Diagnostic process and chronicity of illness in a Mexican indigenous area

This paper analyze the process of diagnosis of diabetes mellitus type 2 (DM2) in a context of indigenous Mexico (San Mateo del Mar, Oaxaca) with the aim of

highlighting the specific dynamics of incorporation of biomedicine in the local context. After the description and the analysis of everyday speech on diabetes, highlighting its recognition as a well defined nosological class, the article investigate the specificity of individual diagnostic pathways, and the different factors affecting their orientation within the biomedical field. Finally, the analysis take account of the highly problematic issue regarding reactions to diagnosis, in relation to the difficulties of the understanding and the acceptance of the chronic nature of the disease.

Keywords: diabetes mellitus, Mexico, diagnosis, chronic illness, biomedicine.