

Ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza

Pino Schirripa

professore associato in Antropologia culturale, Dipartimento di storia, culture, religioni, Sapienza - Università di Roma
[pino.schirripa@uniroma1.it]

Ripoliticizzare il mondo significa spostare lo sguardo dalle forme della politica alla sua stessa materia. La politica è ciò che trasforma le vite, agisce sui corpi, mette in moto la morale. Pertanto la questione della democrazia non si pone più soltanto in termini di rappresentanti e governanti, ma di uguaglianza e di giustizia, di trattamento degli stranieri e delle minoranze, di risposta ai problemi della disoccupazione e della povertà, di riconoscimento delle forme di violenza e di dominazione esercitate all'interno della società.

(FASSIN D. 2014: 15-16)

1. Le ineguaglianze in salute, un tema che ritorna

Il nesso tra salute e ineguaglianze non è certo nuovo nel dibattito nelle scienze sociali. In effetti, già nel 1842, Chadwick metteva in chiaro l'evidenza che fossero le classi sociali più deboli e i soggetti più deprivati ad essere maggiormente esposti alle epidemie e a malattie di ogni genere, e che avevano una mortalità precoce più alta. Recentemente Paul Farmer (FARMER P. 2008) notava, in maniera provocatoria, come il nesso tra le condizioni materiali di esistenza e l'insorgere di patologie fosse già netto nelle analisi e nelle crude descrizioni che nella seconda metà del XIX secolo erano state compiute da Rudolf Virchow e da Friedrich Engels.

Eppure il tema sembra essere tornato prepotentemente alla ribalta negli ultimi decenni, con accenti nuovi e prospettive innovative; ed è al centro di numerosi dibattiti e polemiche in discipline quali l'antropologia medica, la sociologia e l'epidemiologia, travalicando spesso le riviste specializzate e le arene accademiche per coinvolgere quanti, a diverso titolo, lavorano nelle agenzie internazionali o in organizzazioni che, a vari livelli, intervengono nel campo della salute e nelle sue concrete politiche.

Quanti hanno svolto delle ricognizioni, più o meno esaustive, dell'imponente dibattito sulle ineguaglianze in salute che si è sviluppato negli

anni recenti hanno trovato delle forti continuità tanto nelle analisi che, soprattutto, nelle ipotesi esplicative con quanto era al centro del dibattito un secolo fa. È, ad esempio, il caso di Carlisle, che in un suo contributo su “Critical Public Health” notava che «vi sono anche elementi di continuità tra i modelli comportamentistici/ereditari [di un secolo fa] e le spiegazioni contemporanee che postulano la patologia degli stili di vita e delle culture, l’impatto determinante dei fattori biologici, o la natura endemica delle ineguaglianze in tutte le società» (CARLISLE S. 2001: 269). Questi elementi di continuità si spiegano a mio avviso con il fatto che si persegue a cercare un modello esplicativo – sia esso fondato sulla biologia, sullo stile di vita o sulla “cultura” – che dia conto del peso che le ineguaglianze hanno nel mantenimento o nel ripristino della salute in una serie di fattori la cui applicabilità trascenda gli specifici contesti sociali, e l’impatto delle politiche sanitarie e delle ideologie che li ispirano. Le ineguaglianze in salute non possono essere spiegate solo riferendosi al capitale sociale degli individui⁽¹⁾, alle dannose abitudini di vita e ai modelli che li ispirano, alle “cattive” abitudini culturali o infine ai problemi connessi alla povertà e quindi alle difficoltà di accesso alle risorse di cura, comunque queste ultime si vogliano intendere. È l’ineguaglianza in sé che deve essere messa in questione. Notavano Nguyen e Peschard in una loro nota rassegna critica sull’ineguaglianza in salute:

«Un corpo crescente di ricerche epidemiologiche indica oggi che l’ineguaglianza sociale contribuisce a una cattiva salute indipendentemente dal livello di reddito, fornendo così la prova che gli effetti della gerarchia sociale possono intervenire su popolazioni complessive e non solo su gruppi discreti. Questo indicare mostra che, allo stesso livello assoluto di reddito, un individuo che viva in una società più egualitaria sarà più sano di uno che invece vive in una società meno egualitaria» (NGUYEN V.K. - PESCHARD K. 2003: 449)

Diventa invece cruciale ragionare, in termini di eguaglianza e ineguaglianza, su come l’ideologia neoliberista, dominante oggi non solo nel Nord del pianeta, abbia contribuito a un peggioramento generale delle condizioni di salute delle popolazioni. Questo non solo per l’impoverimento di una buona fascia della popolazione mondiale, ma soprattutto a causa dello smantellamento delle risorse sanitarie di pubblico accesso dovuto al ritrarsi degli stati dai settori fondamentali della economia e dei servizi. Anticipando quanto dirò più ampiamente nelle conclusioni, credo che una antropologia medica che si voglia militante, o che almeno punti ad un uso sociale del suo bagaglio di sapere e conoscenze, debba proprio, attraverso il minuto lavoro etnografico, dar conto di come le ineguaglianze in salute siano oggi inestricabilmente legate al diffondersi

del modello neoliberista. Di come cioè il peggioramento complessivo delle condizioni di vita delle popolazioni, e quindi anche della salute, sia essenzialmente un problema *politico* che bisogna quindi di una analisi che, scientificamente fondata, dia risposte politiche.

2. Neoliberismo, piani di aggiustamento strutturale e salute

A generare il rinnovato interesse verso il tema delle ineguaglianze c'è certamente la constatazione che l'impressionante sviluppo della biomedicina e soprattutto dei suoi apparati tecnologici (sotto forme di nuovi strumenti e di nuovi farmaci), che hanno comportato un accrescimento delle sue capacità di diagnosi (soprattutto a livello di diagnosi precoce), di intervento terapeutico e di gestione delle patologie (che ha reso croniche malattie prima mortali), non si è accompagnata a un altrettanto evidente miglioramento dello stato di salute delle popolazioni. Si può anzi dire che, a livello planetario, il livello di salute stia per molti versi peggiorando, come dimostrano, da un lato, la sempre più forte diffusione di malattie non trasmissibili – dal diabete a quelle degenerative – e, dall'altro, la recrudescenza in forme farmaco-resistenti di patologie che si pensava fossero sotto controllo, quali la tubercolosi.

Non è solo questo ad avere alimentato il dibattito. Il rinnovato interesse per il nesso tra ineguaglianza sociale e patologie nasce anche dalle profonde trasformazioni che si sono operate negli ultimi decenni nelle politiche sanitarie, dove la prospettiva neoliberista, sempre più egemone, ha imposta una sanità sempre più orientata verso il mercato e le sue logiche⁽²⁾. La convinzione di base di tale approccio è che una sanità attenta ai costi e ai ricavi possa in qualche modo contenere le spese, sempre più alte, del sistema sanitario e portare verso un sistema che sposi l'efficienza con l'efficacia. Alcuni di questi teorici, a volte, si ricordano di aggiungere al binomio efficienza/efficacia il termine "equità". Un tale tipo di prospettiva, che oltretutto va di pari passo con la dismissione di parti significative dell'intervento pubblico a favore di quello privato, si sta imponendo non solo nell'Occidente industrializzato, ma in buona parte dei paesi del continente africano e asiatico, così come nella parte meridionale di quello americano, con costi altissimi per lo stato di salute della popolazione e per la capacità degli individui di fronteggiare stati cronici di malattia e condizioni acute.

La qualità della vita nella maggior parte dei Paesi si è deteriorata negli ultimi decenni, a seguito della disgregazione socio-economica, dei feno-

meni sempre più eclatanti e diffusi di violenza, delle migrazioni forzate, delle guerre i programmi di aggiustamento strutturale portati avanti dal Fondo Monetario Internazionale e dalla Banca Mondiale nei paesi in via di sviluppo hanno certamente comportato un aumento della ricchezza per una fetta della popolazione, ma per la maggioranza hanno significato un aumento della povertà e un aggravarsi dei problemi psicosociali. Un numero crescente di persone, di emarginati ed esclusi, hanno perso il potere di controllo sulla propria vita e di capacità di decisione sul proprio destino. In molte parti del mondo, le reti familiari e i sistemi di supporto delle comunità sono stati erosi, indebolendo così ancora di più le capacità degli individui di fronteggiare e agire anche rispetto alle istituzioni nazionali e transnazionali. Tutto ciò è stato ripetutamente sottolineato da quanti, antropologi e non, hanno riflettuto sulle conseguenze sociali dei piani di aggiustamento strutturale. In una rassegna critica sul dibattito intorno a questi temi James Pfeiffer e Rachel Chapman notavano proprio come sulle conseguenze catastrofiche di tali piani sulla salute delle popolazioni ci fosse un accordo generale tra analisti di varie discipline: «Al di là del panorama antropologico, vi è una letteratura autorevole che documenta come i piani di aggiustamento strutturale colpiscano una vasta gamma di determinanti sociali della salute» (PFEIFFER J. - CHAPMAN R. 2010: 152)⁽³⁾.

Diversi ricercatori hanno evidenziato, in questi ultimi anni, come i dati macroeconomici dimostrino che lo iato nella differente produzione di ricchezze tra i paesi occidentali e quelli in via di sviluppo sia diminuito. E quindi come si possa parlare di una distribuzione meno diseguale della ricchezza a livello planetario. In realtà questo dato, che è pure evidente, rischia di essere fuorviante. Come ha recentemente mostrato Rob Clark in un bel saggio pubblicato su “Social Problems” (CLARK R. 2011), questo dato infatti si accompagna a una crescita delle diseguaglianze entro i singoli paesi. Ciò significa che i flussi di ricchezza all’interno di ogni paese interessano comunità sempre più ristrette di individui. Chi è fuori da questo circuito vede invece diminuire le sue risorse e con esse le sue capacità di azione e di controllo. Peggiori condizioni di vita, di alimentazione, maggiori difficoltà nell’accesso ai servizi di cura e di prevenzione e altro ancora sono il corollario di questa situazione.

Questi dati vanno ribaditi perché danno il senso di come, nelle ultime decadi, le diseguaglianze si siano acuite, e di come i connessi problemi di salute siano aumentati.

Quale può essere il ruolo dell’antropologia medica in questo contesto? In che modo le descrizioni etnografiche, le analisi e più in generale il

bagaglio concettuale e teoretico della nostra disciplina e le sue prospettive teoriche possono dire qualcosa su questo nesso?

Si può partire da una constatazione: proprio grazie alla nostra peculiare storia disciplinare noi abbiamo molto da dire. È proprio il nostro modo di interrogare e leggere i fatti sociali nella loro contestualizzazione e nella profondità storica che ci rende interlocutori attivi in questo dibattito. Una quindicina di anni fa Gilles Bibeau discutendo del ruolo degli antropologi nel lavoro in politica sanitaria scriveva:

«In qualunque paese gli antropologi lavorino nel campo della sanità pubblica (in via di sviluppo o nei paesi più sviluppati), qualunque cosa facciano nella promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione (ad esempio, le campagne per il sesso sicuro, la promozione di programmi di scambio di siringhe tra i tossicodipendenti, gli studi degli itinerari terapeutici, la formulazione di misure culturalmente appropriate per controllare la tubercolosi o la malaria), e chiunque possano essere i loro colleghi (educatori sanitari, esperti di comunicazione, demografi, epidemiologi, psicologi sociali, nutrizionisti, amministratori sanitari, assistenti sociali, ecc.), gli antropologi tendono a utilizzare un quadro disciplinare organizzato attorno a tre parametri fondamentali: un focus sulla conoscenza locale, una sensibilità culturale, e un radicamento nella comunità» (BIBEAU G. 1997: 246)

Anche Pfeiffer e Chapman insistono su come l'antropologia possa giocare un ruolo attivo e importante in questa fase in cui le diseguaglianze in salute si sono acuite:

«Se, come sostiene Farmer, i diritti sociali ed economici sono diritti umani, il ruolo di un robusto settore pubblico e del governo emerge come vitale; non sufficiente, ma necessario a garantire il diritto alla sopravvivenza. Visto in questa luce, lo smantellamento sistematico, operato all'interno dei piani di aggiustamento strutturale, dei servizi pubblici per la salute, l'educazione, l'agricoltura, l'acqua e delle reti di salvaguardia è giustamente vista come una guerra contro i poveri, la cui violenza si misura nei termini di crescenti tassi di morbidità, malnutrizione, mortalità, perdita di salute e di quei dati di distruzione della comunità difficili da quantificare che gli antropologi hanno tentato di rappresentare. In termini pratici, la lotta per la salute pubblica nell'era dell'aggiustamento strutturale è quindi la lotta per preservare. Rinnovare e rivitalizzare l'idea e il ruolo della sfera pubblica» (PFEIFFER J. - CHAPMAN R. 2010: 158).

Si tratta di considerazioni sulle quali tornerò nelle conclusioni, per il momento vorrei brevemente soffermarmi su come il problema delle diseguaglianze è stato discusso e analizzato, negli ultimi decenni, dall'antropologia medica.

Non credo che in questa sede si debba tentare di fare un resoconto, il più possibile esaustivo, dello stato dell'arte della nostra disciplina. Né tanto

meno penso che il mio compito sia di fornire una rassegna dei dibattiti e delle ricerche. Mi pare che in questa sede sia più opportuno tentare di individuare alcuni punti critici su cui interrogarsi, e che possano diventare punti di avvio di una discussione con nostri potenziali interlocutori (epidemiologi, sociologi, medici di base ...) che ci possa portare a riflettere assieme sulle possibili prospettive di ricerca e di analisi.

Pertanto, piuttosto che fornire un resoconto del dibattito mi limiterò ad alcuni accenni che mi paiono essere importanti come base di partenza per un discorso critico sulle politiche in sanità. Per restringere ancora il campo, proporrò una riflessione su alcuni contributi dell'antropologia che hanno evidenziato il nesso tra salute e forme di cittadinanza. La scelta deriva proprio dal particolare taglio che intendo dare a questo mio intervento. Riflettere infatti su ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza è un modo – non l'unico forse, ma sicuramente tra i più efficaci – per mettere al centro delle analisi le implicazioni più immediatamente politiche del discorso sulle ineguaglianze, e su come esse si creano entro un quadro in cui la dimensione sovranazionale e quella locale risultano inestricabilmente legate.

3. Forme di cittadinanza

Didier Fassin in un noto saggio sulla genesi dello spazio politico della salute scrive:

«In tutte le società la malattia mette in gioco dei rapporti di potere. Essa si esprime nei corpi attraverso le differenze tra gli individui di fronte al rischio dell'esistenza o alla possibilità di curarsi, che sono altrettanti modi di iscrivere fisicamente l'ordine sociale. Essa si rivela nell'intervento di quelli che sono accreditati della capacità di guarire, che siano sciamani, marabutti o medici, ma anche nelle relazioni che si instaurano tra professionisti della salute e poteri pubblici. Infine si svela nella ricerca di risposte collettive, ad esempio i rituali di purificazione, o programmi di prevenzione, la cui efficacia rappresentata sempre un test dell'autorità tanto tradizionale quanto statale. Iscrizione dell'ordine sociale nei corpi, legittimazione dell'azione dei terapeuti, gestione collettiva della malattia, tre figure nelle quali il potere si manifesta» (FASSIN D. 1996: 3)

Riecheggiando l'idea foucaultiana del passaggio dal potere assoluto del sovrano alle forme di biopotere come marcatore dell'epoca occidentale moderna, Fassin mostra come nella società "premoderna" la disuguaglianza si manifestasse soprattutto con modifiche del corpo determinate attraverso il rituale: una forma di violenza che non si è significativamente tradotta in differenze di morbilità o mortalità tra gruppi che si trovano

a un diverso livello della scala sociale. Nella società moderna, invece, le diseguaglianze nella salute e nell'accesso alle cure diventano incarnate biologicamente, si iscrivono nei corpi riproducendo le ineguaglianze sociali: come evidenziano molte statistiche i tassi di morbilità e mortalità più elevati si registrano tra gli individui più svantaggiati.

Su questa scia Nguyen e Peschard (NGUYEN V.K. - PESCHARD K. 2003) propongono che si distingua tra situazioni ed epoche in cui la violenza della disuguaglianza è più spesso espressa in forma ritualizzata, lasciando tracce visibili sul corpo, da quelle in cui si iscrive sul corpo come differenza biologica e si esprime come "rischio" che deve essere gestito attraverso tecniche di governo. Questa distinzione differenzia gli spazi politici della salute "moderni", in cui il malanno è gestito attraverso istituti specializzati terapeutici e la violenza viene sublimata nelle gerarchie della malattia; dagli spazi di terapia "pre-moderni", quelli su cui ha lavorato l'antropologia classica, come la stregoneria, la possessione spiritica, e altre forme che vengono spesso riferite ai sistemi medici "tradizionali", e infine da ciò che, seguendo Latour, potremmo definire situazioni "a-moderne" (LATOUR B. 1995): spazi dove le linee di demarcazione tra il potere terapeutico e la politica sono ancora più sfocate.

Nelle società contemporanee, siano esse occidentali o meno, quindi la salute, intesa come rischio, viene gestita attraverso appropriate tecniche di governo. Governo degli individui e delle popolazioni, seguendo le idee foucaultiane di "anatomo-politica" e di "bio-politica". L'ineguaglianza in salute è una questione politica perché riguarda tanto la iscrizione nel corpo delle differenze sociali che l'imposizione di modelli normativi che istituiscano i giusti comportamenti e le appropriate discipline del corpo.

Tale imposizione è però occultata nel gioco degli "invisibili" della biomedicina (MARTINEZ HERNAEZ A. 2000). Essa si presenta come un sapere universale e neutrale che non tiene conto della dimensione sociale e culturale, nonché della costruzione storica, delle patologie. Questo gioco ovviamente occultata le ineguaglianze o, quando ne tiene conto, lo fa invocando modelli di comportamento individuali oppure vizi che si possono riferire alla cultura, cioè a quello che nelle letteratura dell'OMS e delle agenzie di sviluppo vengono definiti come gli *harmful cultural habits*.

In molti dei suoi lavori, Paul Farmer (2001, 2003, 2006) ha duramente criticato quei modelli riduttivi e, aggiungerei, a-sociali e a-storici, di spiegazione della diffusione delle patologie. Farmer si riferisce a due modelli molto utilizzati dalle agenzie sovranazionali e nazionali nell'approntamento di piani di intervento: il modello epidemiologico di rischio che si basa

sulla attribuzione di responsabilità all'agentività individuale e quello che riposa su più generali modelli culturali. Piuttosto, egli ha sostenuto che si dovrebbe vedere nell'utilizzo di questi modelli un oscuramento delle basi sociali ed economiche, e delle cause politiche, della sofferenza umana. Un utilizzo essenzialistico del concetto di cultura ha oscurato, fin troppo spesso, i meccanismi più profondi di emarginazione, povertà e gli altri fattori socio-economici. La "Cultura" spesso sembra piuttosto offrire degli stereotipi che comodamente giustificano il fallimento medico. Farmer invece insiste su come le cause vadano cercate nella violenza strutturale, nell'accesso limitato al cibo, all'alloggio, all'istruzione e all'assistenza sanitaria.

Come è noto, il concetto di violenza strutturale si riferisce essenzialmente agli effetti delle disuguaglianze, istituzionalizzati in termini di ricchezza e potere, su coloro che sono svantaggiati: soprattutto le donne, i poveri, le persone di colore. Farmer sostiene che non bisogna guardare alla malattia solo in termini di rischio individuale, ma anche evidenziare i suoi legami con la povertà, il sessismo, il razzismo – violenza strutturale – se si vuole meglio comprendere la sua ineguale distribuzione tra le classi e i generi (FARMER P. 2007).

Quel che va sottolineato, tanto in Fassin che in Farmer, è la consapevolezza della necessità di andare oltre l'etnograficamente visibile. Di dar conto cioè delle dimensioni transnazionali e delle profonde radici storiche delle disuguaglianze. Indagare quindi in profondità, dando conto delle complesse e cronologicamente profonde relazioni che intessono e informano ogni situazione di disuguaglianza.

Su questa linea si muovono anche altri antropologi medici criticamente informati. È il caso ad esempio di Briggs e Mantini-Briggs, nel testo *Stories in the time of cholera* (BRIGGS C.L. - MANTINI-BRIGGS C. 2003). I due Autori discutono una serie di narrazioni relative all'epidemia di colera in Sud America che ebbe inizio in Perù nel 1991. Per documentare le storie delle persone che furono infettate dal morbo e che morirono, i due autori dialogarono con diversi soggetti, quali gli abitanti della foresta pluviale e delle cittadine circostanti in una area del Venezuela, ma allo stesso tempo con funzionari del servizio sanitario nazionale, dell'Organizzazione mondiale della sanità e di altre agenzie sovranazionali. I due antropologi analizzano le varie narrazioni, elaborate dai diversi attori sociali, mostrando come queste siano tra loro "in competizione", restituendo analisi e resoconti differenti rispetto alla epidemie e alle forme di intervento. Quel che, comunque, emerge è il modo in cui le pratiche dei programmatori politici e sanitari hanno dato forma al modo in cui l'epidemia è stata affrontata

e al modo in cui la “razza” e la “malattia” siano state sovrapposte tanto nel lavoro epidemiologico che nelle programmazioni e negli interventi politici. Nella loro indagine i due antropologi mettono a nudo i meccanismi attraverso cui si è realizzata la “razzializzazione” e la patologizzazione culturale delle vittime indigene dell’epidemia di colera in Venezuela.

«Coloro i quali, attraverso le proprie abitudini e disposizioni mentali, sembrano potersi collocare al di là del circolo di rischio del colera erano costruiti come cittadini sanitari [...] Lo Stato si assunse l’obbligo di proteggerli dal *vibrio cholerae* dopo aver loro suggerito che in ogni caso era difficile che rimanessero infettati. Le persone invece che per ignoranza, luogo di residenza, occupazione, povertà, razza e abitudini non igieniche erano sottoposti al rischio dell’infezione, diventarono soggetti non-sanitari (*unsanitary subjects*) [...] Poiché i corpi e le menti dei soggetti non sanitari sembrano essere inseparabili dai loro esecrabili ambienti, lo Stato doveva proteggerli dalla loro natura e dai loro desideri, in breve da loro stessi. Allo stesso tempo, lo Stato isolò i suoi soggetti non sanitari perché i cittadini sanitari dovevano essere protetti» (BRIGGS C.L. - MANTINI-BRIGGS C. 2003: 33).

La ricerca di Briggs e Mantini-Briggs si interroga sui meccanismi e i dispositivi, per come tale termine è usato da Foucault, attraverso cui il potere, in questo caso lo Stato venezuelano, designa chi ha le prerogative per rientrare in ciò che essi chiamano la cittadinanza sanitaria, e in che modo i diritti siano riconosciuti o negati a partire da forme di stigmatizzazione che riposano su una particolare visione dei comportamenti culturali che vengono, a loro volta, patologizzati. Con l’affermarsi del modello dello Stato-nazione, diventa centrale il potere di riconoscere chi è che può usufruire dei diritti, o per meglio dire il potere di assegnare la possibilità di accesso a determinate risorse. Chi non rientra in queste categorie viene quindi di fatto escluso. Ancora una volta questa idea ruota attorno al concetto foucaultiano di biopotere. In questo caso “cittadinanza sanitaria” significa che la possibilità di accesso alle risorse viene concessa a chi rientra in schemi comportamentali e culturali di protezione contro il rischio, che devono coincidere con quelli proposti dalle agenzie nazionali e internazionali. Attraverso la patologizzazione culturale, quei comportamenti che non rientrano in tali profili vengono definiti a “rischio” e intere fasce di popolazione vengono marginalizzate o escluse da diverse forme di intervento sanitario. Il comportamento individuale viene quindi schiacciato su quello pensato come culturale per produrre nuove sacche di marginalità.

Non lontani da questo concetto sono quelli di “cittadinanza terapeutica” formulato da NGUYEN (2010) e quello di “cittadinanza farmacologica” di ECKS (2005, 2008). Anche in questo caso, l’accesso alle risorse è mediato

dall'adesione a modelli di comportamento e di attenzione proposti dalle agenzie internazionali e per molti versi dalle ONG. L'accesso alle cure viene quindi declinato sull'adesione ai modelli di rischio decisi altrove e con pretese universalizzanti. In tal modo però gli interventi di aiuto, si pensi al caso descritto da Nguyen, diventano di fatto luoghi di produzione di nuove ineguaglianze basate sulla possibilità di accesso alle risorse. Una possibilità che passa dalla concreta adesione a modelli di comportamento pensati come salutari e positivi. Vorrei solo ricordare come Farmer ha più volte sottolineato che l'adesione a regimi di cura e di prevenzione come quelli proposti nelle agende delle agenzie internazionali e delle ONG non dipende da scelte e volontà individuali, come invece sembrerebbe essere se si sposa la prospettiva di queste agenzie. L'insistenza sulla dimensione individuale, ancora una volta, cela invece il fatto che la mancata adesione a questi protocolli dipende da problemi strutturali di carattere economico e sociale. Osservare un regime farmacologico, o regimi di vita salutari, o ancora impegnarsi per il sesso sicuro, sono spesso chimere quando si vive in situazioni di estrema povertà e di marginalizzazione e si ha un controllo limitato sulle proprie scelte.

Vorrei infine notare come i concetti di cittadinanza "sanitaria", "terapeutica" e "farmacologica", insistendo sul fatto che l'accesso alle risorse venga connesso all'adesione di modelli peculiari, evidenziano come, proprio in tal modo, le agenzie internazionali proponano delle tecnologie di plasmazione del comportamento e del sé. Attraverso queste tecnologie, per riprendere la terminologia foucaultiana, si vengono così a creare delle nuove soggettività.

Se prendiamo in esame altri lavori etnografici, il discorso sulle forme di cittadinanza si arricchisce di ulteriori e inediti elementi. Penso, ad esempio, ai lavori di SARAVIA (2013) sulla tubercolosi in Bolivia, di WHITE (2009) sulla lebbra in Brasile e di PETRYNA sulle vittime di Chernobyl in Ucraina (2002). Quel che emerge da tutte e tre queste ricerche è che in questi casi le patologie piuttosto che essere un danno o, meglio ancora, una condanna per chi ne è afflitto, diventano un meccanismo per l'inclusione politica dei soggetti malati o a rischio, e un modo per lo Stato di gestire il rischio stesso. È chiaro che al centro delle analisi qui discusse vi sia il modo in cui lo Stato esercita il controllo sui cittadini a rischio e ciò che per questi ne deriva.

Si tratta di una costruzione dialettica e inedita che nasce da un complesso insieme di flussi globali: il ruolo delle agenzie sovranazionali ad esempio, ma anche la pressione mediatica internazionale – si pensi a Chernobyl – o

infine il ruolo attivo di ONG e organizzazioni caritatevoli. Questi interagiscono, in varie forme, con le circostanze locali, come ad esempio la mutata situazione politica in Bolivia e la necessità di rifare i conti con un passato coloniale e di dipendenza politica ed economica. Ad esempio, nel suo lavoro, Adriana Petryna analizza la costituzione di ciò che definisce “cittadinanza biologica” nel caso delle persone affette da patologie conseguenti al disastro nucleare di Chernobyl, nell’Ucraina post-socialista. Emerge il fatto che la gestione della malattia, e ancor di più i modi che portano un cittadino – quindi un individuo che può esercitare la sua cittadinanza – a essere inglobato nella categoria di “sofferente”, siano in realtà complesse dinamiche sociali e politiche foriere di contraddizioni. La costruzione di questa cittadinanza biologica emerge come il risultato di azioni e negoziazioni complesse, sia a livello transnazionale che locale. È la stessa identità politica dei soggetti a essere in gioco, attraverso l’azione delle associazioni di malati e le contro-azioni dello Stato. Emerge il modo in cui le relazioni di potere, che in questo caso passano attraverso la medicalizzazione, incidono nei processi di soggettivazione dei sofferenti. La loro soggettività viene costruita attorno all’incidente (*Chernobyl-personhood*), e tale processo si configura come una strategia di sopravvivenza che legittima le strutture di ineguaglianza sociale che sono conseguenze tanto dell’incidente radioattivo che delle radicali trasformazioni economiche dell’Ucraina post-socialista.

Il lavoro di Saravia sulla tubercolosi in Bolivia, aggiunge a queste riflessioni un elemento nuovo e di sicuro interesse. Il processo attraverso cui la patologia diventa un dispositivo di inclusione politica viene definito da Saravia come il “doppio vincolo” della malattia, poiché esso dà luogo a un meccanismo che è, allo stesso tempo, di inclusione e di esclusione. Inclusione, poiché attiva processi di medicalizzazione pianificati dallo Stato, e quindi include il soggetto come legittimo beneficiario di tali azioni; esclusione, perché, in ogni caso, si tratta di patologie fortemente stigmatizzate e che conducono all’isolamento sociale del sofferente. Il prezzo dell’inclusione nel processo di medicalizzazione è il rischio dell’esclusione sociale. È tale meccanismo, inclusivo ed esclusivo, che è la base di una forma di cittadinanza biologicamente fondata.

Il sottile gioco tra flussi globali e realtà locali, tra esigenze e politiche imposte dalle agenzie sovranazionali e la loro concreta traduzione nei contesti locali, è al centro dei testi qui analizzati. Ho cercato di mostrare come, al di là delle ineguaglianze economiche – che restano comunque centrali –, tali giochi politici, definendo criteri di legittimità e di accesso

alla cittadinanza, contribuiscano a creare nuove forme di ineguaglianza che si basano sull'esclusione. Una esclusione spesso fondata a partire dalla costruzione della categoria di soggetto e rischio e di comportamento a rischio.

Paradossalmente, i meccanismi di costruzione di inedite forme di ineguaglianza possono essere visti in opera anche nel campo delle azioni umanitarie e nell'intervento delle organizzazioni caritatevoli. Riferendomi a un caso etnografico preso dal mio lavoro di campo in Etiopia, proprio su questo paradosso vorrei ora riflettere.

4. *Ineguaglianze e i paradossi del caritatevole: un caso etnografico*

Nell'introduzione a *Ragione umanitaria*, Didier Fassin nota come:

«I sentimenti morali sono diventati una forza essenziale nelle politiche contemporanee: nutrono i suoi discorsi e legittimano le sue pratiche, particolarmente dove tali discorsi e pratiche sono focalizzati sugli svantaggiati e sui dominati, sia a casa (i poveri, gli immigrati, i senzatetto) che altrove (le vittime di carestie, epidemie o guerra) [...] la compassione rappresenta la più completa manifestazione di questa paradossale combinazione di cuore e ragione: la commiserazione che si sente per le disgrazie di un vicino genera l'indignazione morale che può portare all'azione per risolvere tali disgrazie» (2012: 1)

Quel che Fassin cerca di fare, dopo aver illustrato i meccanismi e la lunga tradizione filosofica e religiosa del compassionevole, e dopo essersi interrogato sulla genealogia dell'umanitario, è invece investigare i meccanismi sociali della ragione umanitaria. Ancor di più, interrogandosi sulle pratiche, i discorsi e le ragioni che presiedono a quello che definisce governo umanitario:

«Il concetto di governo umanitario va oltre la definizione usuale che lo restringe agli interventi di aiuto nel terzo mondo e, mimeticamente, corrisponde all'immagine presentata dalle organizzazioni che si definiscono come umanitarie. Infatti l'umanitarismo è diventato un linguaggio che lega inestricabilmente valori e affetti, e serve sia per definire che per giustificare i discorsi e le pratiche del governo degli esseri umani» (2012: 2)

Il libro di Fassin spazia dalle forme di intervento umanitario in Francia, ad esempio con i richiedenti asilo, con i corpi malati degli immigrati, con i poveri, fino alle pratiche di governo umanitario al di fuori dell'Occidente: i malati di Aids in Sud Africa, le vittime di disastri o di conflitti.

Il libro si muove su piani diversi: dalla ricostruzione della genealogia dell'umanitario, alla sua gestione politica, cercando di rendere intelligen-

bile la logica globale della ragione umanitaria. Per molti versi esso è un ragionamento critico sugli assunti dell'umanitario e del compassionevole che occultano, nel senso marxiano del termine, le determinanti sociali delle ingiustizie e delle sofferenze:

«Una critica della compassione è necessaria non a causa dell'attitudine di superiorità che implica, ma perché presuppone sempre una relazione di ineguaglianza. La ragione umanitaria governa le vite precarie: le vite dei disoccupati e dei richiedenti asilo; le vite degli immigrati malati e di chi è affetto da Aids; le vite delle vittime di disastri e di conflitti: le vite minacciate e dimenticate che il governo umanitario riporta in essere, proteggendole e rivelandole. Quando la compassione è esercitata nello spazio pubblico, è comunque sempre diretta dall'alto verso il basso; dal più potente al più debole, al più fragile, al più vulnerabile: quelli che, di norma, possono essere costruiti come le vittime di un destino che li sovrasta» (2012: 4)

Quel che la ragione umanitaria svela, e a volte esibisce, tramite le immagini della sofferenza che sono entrate a far parte del nostro quotidiano mediatico, e che spesso sono il motore di immagine delle campagne di sostegno al caritatevole⁽⁴⁾, è la sofferenza in sé. La condizione intollerabile in cui versa buona parte dell'umanità. Quel che invece sembra celare è la dimensione sociale dell'ineguaglianza. Dimensione che appare sia nelle dinamiche stesse dell'aiuto, che rendono manifesto il divario di potere e forza sociale tra chi dà e chi riceve, sia nel fatto che l'idea di fato o di destino sembra nascondere il dato fondamentale delle determinanti sociali, che sono ad un tempo locali e globali, della sofferenza. Fassin nel suo libro, indaga le varie forme dell'umanitario, in tutte le loro contraddizioni. Dall'intervento degli Stati, che sia esso armato o meno, ma sempre giocato in nome dell'umanitario, a quello delle ONG che intervengono tanto in Occidente, a favore dei diseredati, che nel Terzo Mondo, tra le vittime di disastri così come di quotidiana sofferenza.

Il problema, dunque, non sta nella necessità di rintracciare una ragione cinica o strumentale nell'aiuto, quanto invece in quella di indagare le sottese dinamiche. Dinamiche che rimandano a una genealogia morale dell'umanitario, e più ancora alla possibilità che esso, intervenendo sulla sofferenza, lavori in realtà sull'immagine che la nostra società ha di se stessa, e proponendosi di intervenire sulle altrui sofferenze, agisca per alleviare a noi stessi il peso delle diseguaglianze.

«[...] Propongo che si consideri il governo umanitario come la risposta della nostra società a ciò che è intollerabile nello stato del mondo contemporaneo. Di fronte alla violenza, ai disastri, alle epidemie, e anche alla povertà, all'insicurezza e alla sfortuna, ciò che è intollerabile non è solo la presenza del tragico, ma dell'ineguaglianza in cui essa è immersa [...] La sofferenza del disoccupato, del rifugiato e della vittima di un disastro

non è semplicemente il prodotto di una fatalità ma è anche la manifestazione di un'ingiustizia. La ragione umanitaria, istituendo l'equivalenza delle vite e l'equivalenza delle sofferenze, ci permette di continuare a credere – contrariamente all'evidenza quotidiana delle realtà che incontriamo – in questo concetto di umanità che presuppone che tutti gli esseri umani abbiano uguale valore perché appartengono a una comunità morale. Così il governo umanitario ha per noi un potere salutare, perché salvando vite esso salva qualcosa dell'idea di noi stessi, e perché alleviando sofferenze esso allevia il peso dell'ordine ineguale del mondo» (2012: 252)

Non ho lavorato in contesti di conflitto, o comunque di emergenza. Vero è però che i due Paesi in cui mi sono impegnato nel mio lavoro etnografico, Ghana ed Etiopia, sono al centro, in misura differente e per diverse ragioni, di campagne di aiuto e di cooperazione allo sviluppo, che vedono come protagonisti agenzie nazionali, europee e americane, o sovranazionali, e organismi privati quali le ONG. La domanda che intendo pormi qui è come quella ragione umanitaria di cui parla Fassina lavori nel quotidiano di questi contesti, dove la sofferenza, e quindi l'aiuto, non è dettata dall'emergenza o da una situazione di eccezione ma dalla difficile gestione del quotidiano, appunto. In che modo le pratiche della ragione umanitaria incidono in questo contesto? Quel che voglio capire è fino a che punto l'intervento di organizzazioni caritatevoli, per quanto dettato dalla buona volontà di alleviare sofferenze e incrementare le possibilità di accesso alle cure, non sia invece foriero di nuove e inedite forme di ineguaglianza.

Prenderò in esame un caso etnografico della mia ricerca sul campo in Tigray, uno degli Stati regionali della Repubblica federale democratica di Etiopia.

In Tigray sono molte le ONG che lavorano nel campo sanitario, sia occupandosi della costruzione di strutture poi gestite dallo Stato, sia invece gestendo direttamente luoghi di cura. Anche le agenzie di cooperazione di Stato, tra cui quella italiana, sono molto attive in questo campo. Infine diverse organizzazioni caritatevoli, soprattutto religiose, si impegnano nel dispensare cure per patologie o condizioni specifiche, gratuitamente o a prezzi molto contenuti.

Quel che vorrei indagare, attraverso un esempio specifico, è come tali interventi, ancorché pensati nell'ottica di alleviare sofferenze e di migliorare l'accesso alle cure e quindi la qualità della vita, possono in certi casi avere effetti paradossali, come quello di creare nuove condizioni di ineguaglianza. Per far questo mi concentrerò sul caso della questione della distribuzione dei farmaci.

È bene descrivere brevemente l'organizzazione generale che presiede alla distribuzione di farmaci. Il budget del governo centrale per l'acquisto di medicinali da distribuire poi nei dispensari ospedalieri e nelle farmacie pubbliche è molto limitato. Per tale motivo, in genere, gli acquisti si concentrano su farmaci di costo contenuto e adatti a certe patologie. Ovviamente tale budget viene incrementato anche da donazioni straniere, ad esempio quelle della cooperazione pubblica, e in questo caso l'acquisto di farmaci può anche essere diretto verso altre patologie, ove ciò sia concertato tra i contraenti.

In altri casi invece, organismi sovranazionali, come la Croce Rossa, si impegnano direttamente nell'acquisto di farmaci, partecipando a gare d'acquisto internazionali e, in genere, riuscendo a ottenere grandi quantitativi a prezzi relativamente contenuti.

L'organizzazione della distribuzione pubblica dei farmaci è abbastanza complessa. Per buona parte i farmaci vengono distribuiti dal governo centrale che li ripartisce tra i vari governi regionali, i quali a loro volta redistribuiscono ai livelli amministrativi più bassi (*woreda* e *kebelle*) che si occupano della distribuzione nelle farmacie pubbliche di loro competenza. A questi farmaci bisogna aggiungere quelli che i vari livelli amministrativi comprano con i propri budget, che a volte derivano da donazioni⁽⁵⁾. I farmaci in genere vanno a coprire i bisogni di salute primari per come definiti dalle politiche sanitarie a vario livello. Ci sono quindi i farmaci essenziali, come diversi tipi di antibiotici, e farmaci, o dispositivi medico-chirurgici, che rientrano in specifici programmi di contrasto di alcune malattie – ad esempio la tubercolosi, la malaria, l'Hiv-Aids, la lebbra – o quelle per il *family planning*, che sono distribuiti dal Ministero della salute federale. Il Ministero regionale e gli uffici distrettuali provvedono invece all'acquisto di ulteriori farmaci che non rientrano in tali programmi o per far fronte a situazioni specifiche o ad emergenze⁽⁶⁾.

Le persone più povere sono esenti dal pagamento dei farmaci e delle prestazioni: è l'amministrazione che si fa carico dei loro costi. Affinché ottengano l'esenzione è necessario che esibiscano un certificato rilasciato appositamente dalle amministrazioni zonali (*kebelle*).

Il sistema però presenta alcune criticità su cui vale la pena di riflettere. Innanzitutto può accadere che, per problemi di budget, vi sia una carenza nella distribuzione dei farmaci essenziali, quelli dei programmi prima citati, e che quindi le strutture locali si trovino sprovviste. In questo caso, poiché spesso si tratta di farmaci specifici, è difficile procurarseli anche nelle farmacie private, quindi i pazienti rischiano di rimanere per un periodo senza

copertura, a meno che non si rivolgano al mercato nero dove i prezzi sono sensibilmente maggiori. Lo stesso accade per alcuni farmaci, ad esempio antibiotici, che, nei periodi di carenza, possono essere reperiti nelle farmacie private. Anche in questo caso i pazienti sono costretti a costi alti.

Le limitazioni del budget inoltre fanno sì che spesso le amministrazioni pubbliche, per risparmiare denaro, non si riforniscano di farmaci che sanno essere distribuiti dalle organizzazioni caritatevoli. Questo aspetto è emerso chiaramente da prolungate osservazioni nelle farmacie che ho condotto, durante le nostre ricerche, con Alessia Villanucci (VILLANUCCI A. 2011). Per un lungo periodo è stata presente a Mekelle una struttura clinica gestita da una ONG italiana, che dispensava cure e farmaci dermatologici, altrimenti impossibili da avere nella regione. L'intento, come si vede, era assolutamente comprensibile e per certo l'azione del personale italiano e locale impiegato ha alleviato la condizione di sofferenza della popolazione afflitta da problemi dermatologici, a volte anche gravi. Ma, come dicevo prima, è proprio nel dispiegarsi della ragione umanitaria, certamente fornita di buone intenzioni e capace di pratiche meritevoli, che si nascondono i paradossi del caritatevole, che ovviamente vanno oltre le intenzioni degli attori sociali coinvolti.

La clinica forniva prestazioni e farmaci a prezzi irrisori, facilmente affrontabili da una buona parte della popolazione. Inoltre, forniva i suoi servizi gratuitamente a quanti erano provvisti del certificato rilasciato dalla *kebelle*. La presenza di tale clinica che garantiva la fornitura di farmaci dermatologici a prezzi bassi, unita al fatto che non vi erano specialisti in dermatologia nella regione, ha fatto sì che il governo regionale e le amministrazioni locali non investissero in farmaci dermatologici, preferendo utilizzare il denaro per supplire ad altre necessità.

Come si può facilmente evincere, le ragioni dei vari attori sociali erano più che giustificate, e si basavano su una logica facilmente comprensibile se si pensa alla scarsità di mezzi. Nonostante ciò, essa produceva effetti distorsivi che gravavano sulla popolazione. Il fatto che i dispensari pubblici fossero sprovvisti di scorte adeguate di farmaci dermatologici⁽⁷⁾ faceva sì che questi fossero disponibili o nella clinica della ONG, oppure nelle farmacie private, in quest'ultimo caso a prezzi sensibilmente maggiori. Chi, quindi, era appena al di sopra della soglia di povertà che permetteva l'accesso al certificato era costretto a servirsi delle farmacie private. Lo stesso accadeva per tutti gli altri nel momento in cui, per ragioni economiche o organizzative, il dispensario della clinica aveva esaurito la scorta. L'intervento caritatevole, pensato per alleviare una situazione di disagio, contribuisce esso stesso, sia pur in modo indiretto, a creare nuove

forme di ineguaglianza. Poiché non disponibili, indirettamente anche per l'azione del soggetto caritatevole, sul mercato pubblico, i farmaci diventavano quindi difficilmente accessibili, perché disponibili solo nel privato, per quella popolazione che era al di sopra della soglia di povertà. Anche se questo non significava la disponibilità di molto denaro. Ancor di più è evidente l'effetto paradossale nel caso di una carenza di scorte.

La ragione umanitaria è animata da buone intenzioni. Il suo obiettivo, ovviamente, è intervenire per alleviare situazioni di disagio e di sofferenza. Come notava Fassin, essa però manca a volte di incidere sulle situazioni di ineguaglianza in cui lavora. In realtà, il caritatevole presuppone rapporti ineguali, quello tra donatore e ricevente, che mai potrà restituire ciò che ha ricevuto. Il problema è che l'intento caritatevole, la ragione umanitaria, immerso in situazioni di ineguaglianza sociale, pur intervenendo per alleviare sofferenze, rischia, come si è visto, di ingenerare, suo malgrado, nuove forme di ineguaglianza. È questo uno dei paradossi, ma non certo l'unico, della ragione umanitaria.

5. Conclusioni

Ho cercato, trattando delle ineguaglianze, di mettere in luce come esse non si propongano solo a un livello di mera questione di reddito, per quanto il tema della povertà resti centrale. L'accesso ai servizi sanitari, la possibilità concreta di seguire regimi di cura, si lega inestricabilmente con la definizione di altri diritti, come evidenzia il dibattito sulla cittadinanza. Sicuramente il nesso tra diritti umani e diritti sociali, evidenziato più volte da Farmer è centrale, anche se porta con sé il rischio di riproporre, attraverso la pur giusta battaglia per l'accesso ai farmaci, il paradigma universalizzante della biomedicina a detrimento del riconoscimento delle terapie locali (NGUYEN V.-K. - PESCHARD K. 2003). Le ineguaglianze nell'accesso alle cure, in ogni modo queste si vogliono declinare, si lega alla più ampia questione della definizione dei diritti e della cittadinanza, delineandosi così come una questione politica fondamentale. In un suo articolo Farmer (FARMER P. 2008), denunciando giustamente come le ineguaglianze in salute non si possano leggere separatamente da una più ampia analisi, sembra proporre una soluzione ad un tempo più globale, ma forse insufficiente. Riprendendo le parole di un suo collaboratore scrive, a mo' di denuncia e di esortazione, che in fondo il problema è più generale. "*Food, food, food*" esclama il suo collaboratore quando gli si chiede cosa bisognerebbe fare per alleviare i problemi di salute. Mi chiedo però se sia questo il ruolo degli antropologi. Se, quindi, l'etnografia, con il

suo lavoro minuto e in profondità, sia chiamata a rendere evidenti soluzioni, che forse sono già di per sé evidenti. Probabilmente, se pensiamo a un uso sociale della nostra disciplina, possiamo e dobbiamo andare oltre. Occorre riprendere l'appello di Pfeiffer e Chapman che ho già citato, che vedono proprio nella battaglia per la rivitalizzazione della sfera pubblica uno dei compiti fondamentali per gli antropologi e gli scienziati sociali. Vuol dire pensare che rigorose analisi possano produrre un tentativo di riproporre le strette questioni politiche della contemporaneità. Didier Fassin (FASSIN D. 2014) sostiene che oggi l'antropologia ha un compito particolare che gli deriva dal suo stesso statuto, poiché la pratica antropologica, a differenza di quella filosofica, non è normativa, ma descrittiva. Attraverso rigorose analisi, cioè, descrive il mondo per come esso è, e non spiega come invece dovrebbe essere. Questo però può essere un punto di forza nel tentativo di "ripoliticizzare il mondo".

Note

⁽¹⁾ Sulla definizione di capitale sociale, e ancor più sulla sua relazione con la salute, c'è una bibliografia vastissima. Rimando a questo proposito all'accurato repertorio analitico di Massimiliano Minelli (MINELLI M. 2007).

⁽²⁾ Su questo tema la letteratura è vastissima. Oltre agli specifici interventi di antropologi medici, cui mi riferirò in seguito, segnalo qui, tra gli altri, e solo a titolo di indicazione generale: NAVARRO V. - SHI L. (2001), NAVARRO V. (2002) e COBURN D. (2004).

⁽³⁾ In questa sede mi limito a segnalare, tra la letteratura antropologica e non: CASTRO A. - SINGER M. (2004); COBURN D. (2000); HARRIS R.L. - SEID M. (2004); JANES C.R. - CORBETT K.K. (2009); KAWACHI I. - WAMALA S. (2007); KIM J.Y. - MILLEN J.V. - IRWIN A. - GERSHMAN J. (2000); LABONTÉ R. - SCHRECKER T. - PACKER C. - RUNNELS V. (2009); ROWDEN R. (2009); RYLKO-BAUER B. - WHITEFORD L.M. - FARMER P. (2009); SACHS J.D. (2005); SAHN D.E. - BERNIER R. (1995); SAHN D.E. - DOROSH P.A. - YOUNGER S.E. (1997). Per lavori antropologici che svolgono una critica più complessiva alle applicazioni e agli esiti dei piani di aggiustamento strutturale si vedano: COMAROFF J. - COMAROFF J. (2001); ESCOBAR A. (1995); FERGUSSON J. (2006).

⁽⁴⁾ Scrive infatti FASSIN: "Dobbiamo enfatizzare questo paradosso: mentre lo spettacolo della sofferenza è completamente scomparso dallo spazio pubblico, dove la punizione fisica inflitta ai criminali era un tempo esibita, la rappresentazione delle sofferenza attraverso le immagini e le narrative è diventata sempre più un luogo comune nella sfera pubblica, non solo nei media di cui la propensione all'esposizione dei dettagli più intimi delle pene è ben conosciuta, ma anche nell'arena politica dove fornisce una giustificazione efficace per l'azione (2012: 250).

⁽⁵⁾ Sull'organizzazione della distribuzione pubblica di farmaci ho avuto modo di intervistare diversi funzionari del Tigray Health Bureau tra il 2008 e il 2009. A queste interviste era presente anche Alessia Villanucci, che in quel periodo lavorava assieme a Aurora massa e Emanuele Bruni a una ricerca sulle malattie dermatologiche in Tigray, finanziata dal Ministero per gli Affari esteri.

⁽⁶⁾ Parte di questi acquisti si sostiene attraverso il sistema del *revolving funds*. In breve, i farmaci vengono venduti dai dispensari pubblici a un prezzo leggermente maggiorato rispetto a quello di costo. Il profitto così ottenuto viene accantonato per far fronte agli acquisti di ulteriori farmaci.

⁽⁷⁾ In seguito, un intervento della cooperazione pubblica italiana ha in parte modificato questa situazione.

Bibliografia

- BIBEAU Gilles (1997), *At work in the fields of public health. The abuse of rationality*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 11, n. 2, giugno 1997, pp. 246-252.
- BRIGGS C.L. - MANTINI-BRIGGS C. (2003), *Stories in the time of cholera. Racial profiling during a medical nightmare*, University of California Press, Berkeley.
- CARLISLE S. (2001), *Inequalities in health. Contested explanations, shifting discourses and ambiguous policies*, "Critical Public Health", vol. 11, n. 3, 2001, pp. 167-281.
- CASTRO A. - SINGER M. (curatori) (2004), *Unhealthy health policy. A critical anthropological examination*, AltaMira Press, Walnut Creek.
- CLARK R. (2011), *World income inequality in the global era: new estimates, 1990-2008*, "Social Problems", vol. 58, n. 4, novembre 2011, pp. 565-592.
- COBURN D. (2000), *Income, inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neoliberalism*, "Social Science & Medicine", n. 51, 2000, pp. 139-150.
- COBURN D. (2004), *Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities*, "Social Science & Medicine", n. 58, 2004, pp. 41-56.
- COMAROFF J. - COMAROFF J. (2001), *Millennial capitalism and the culture of neoliberalism*, Duke University Press, Durham.
- ECKS S. (2005), *Pharmaceutical citizenship. Antidepressant marketing and the promise of demarginalization in India*, "Anthropology & Medicine", vol. 12, n. 3, 2005, pp. 239-254.
- ECKS S. (2008), *Global pharmaceutical markets and corporate citizenship: the case of Novartis' anti-cancer drug glivec*. "BioSocieties", vol. 3, n. 2, 2008, pp. 165-181.
- ESCOBAR A. (1995), *Encountering development. The making and unmaking of the Third World*, Princeton University Press, Princeton.
- FARMER P. (1992), *Aids and accusation. Haiti and the geography of blame*, University of California Press, Berkeley.
- FARMER P. (1999), *Infections and inequalities. The modern plagues*, University of California Press, Berkeley.
- FARMER P. (2003), *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley.
- FARMER P. (2007), *Un'antropologia della violenza strutturale*, pp. 17-49, in QUARANTA IVO (curatore), *Sofferenza sociale*, "Antropologia Annuario", n. 8, 2007.
- FARMER P. (2008), *Challenging orthodoxies. The road ahead for health and human rights*, "Health and Human Rights", vol. 10, n. 1, 2008, pp. 5-19.
- FASSIN D. (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, P.U.F., Paris.
- FASSIN D. (2012 [2010]), *Humanitarian reason. A moral history of the present*, traduz. dal francese di Rachel Gomme, University of California Press, Berkley - Los Angeles - London [ediz. orig.: *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Hautes Études - Gallimard - Seuil, Paris, 2010]
- FASSIN D. (2014), *Ripoliticizzare il Mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*. Ombre Corte, Verona.
- FERGUSON J. (2006), *Global shadows. Africa in the neoliberal world order*, Duke University Press, Durham.
- HARRIS R.L. - SEID M. (curatori) (2004), *Globalization and health*, Brill, Leiden - Boston.
- JANES C.R. - CORBETT K.K. (2009), *Anthropology and global health*, "Annual Review of Anthropology", n. 38, 2009, pp. 167-183.
- KAWAKI I. - WAMALA S. (curatori) (2007), *Globalization and health*, Oxford University Press, Oxford.
- KIM J.Y. - MILLEN J.V. - IRWIN A. - GERSHMAN J. (2000), *Dying for growth. Global inequality and the health of the poor*, Common Courage Press, Monroe.

- LABONTÉ R. - SCHRECKER T. - PACKER C. - RUNNELS V. (curatori) (2009), *Globalization and health. Pathways, evidence and policy*, Routledge, New York.
- LATOUR B. (1995 [1991]), *Non siamo mai stati moderni*, traduz. dal francese, Elèuthera, Milano [ediz. orig.: *Nous n'avons jamais été modernes*, Editions la Découverte, Paris, 1991].
- MARTINEZ HERNÁEZ A. (2000), *Rendere visibile l'invisibile. L'antropologia e la trasparenza del potere biomedico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 9-10, ottobre 2000, pp. 9-34.
- MINELLI M. (2007), *Capitale sociale e salute. Una bibliografia ragionata*, Morlacchi Editore, Perugia.
- NAVARRO V. (2002) (curatore), *The political economy of social inequalities*, Baywood Publishing, Amityville - New York.
- NAVARRO V. - SHI L. (2001), *The political context of social inequalities and health*, "Social Science & Medicine", n. 52, 2001, pp. 481-491.
- NGUYEN V.-K. (2010), *The republic of therapy. Triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*, Duke University Press, Durham
- NGUYEN V.-K. - PESCHARD K. (2003), *Anthropology, inequality, and disease: a review*, "Annual Review of Anthropology", vol. 32, 2003, pp. 447-474.
- NGUYEN V.-K. (2007), *Attivismo, farmaci antiretrovirali e riplasmazione del sé come forme di cittadinanza biopolitica*, pp. 71-92, in QUARANTA IVO (curatore), *Sofferenza sociale*, "Antropologia Annuario", n. 8, 2007.
- PETRYNA A. (2002), *Life exposed. Biological citizens after Chernobyl*, Princeton University Press, Princeton.
- PFEIFFER J. - CHAPMAN R. (2010), *Anthropological perspectives on structural adjustment and public health*, "Annual Review of Anthropology", n. 39, 2010, pp. 149-165.
- SARAVIA Paula F. (2013), *From suffering to citizenship. Tuberculosis, pharmaceuticals, and decolonization in Bolivia*, in *Acta científica XXIX Congreso de la Asociación latinoamericana de sociología 2013*, <http://www.actacientifica.servicioit.cl/>
- ROWDOWN R. (2009), *The deadly ideas of Neoliberalism. How the IMF has undermined public health and the fight against AIDS*, Zed Books, London.
- RYLKO-BAUER B. - WHITEFORD L.M. - FARMER P. (2009), *Global health in times of violence*, School Advance, Santa Fe.
- SACHS J.D. (2005), *The end of poverty. Economic possibilities for our time*, Penguin Press, New York.
- SAHN D.E. - BERNIER R. (1995), *Have structural adjustments led to health sector reform in Africa?*, "Health Policy", vol. 32, n. 3, 1995, pp. 193-214.
- SAHN D.E. - DOROSH P.A. - YOUNGER S.E. (1997), *Structural adjustment reconsidered. Economic policy and poverty in Africa*, Cambridge University Press, Cambridge (UK)
- VILLANUCCI A. (2011), *Pluralismo medico e mercato delle terapie a Mekelle*, pp. 193-203, in M. PAVANELLO - E. VASCONI (curatori), *La promozione della salute e il valore del sangue. Antropologia medica e sanità pubblica*, Bulzoni, Roma.

Scheda sull'Autore

Pino Schirripa è professore associato di Discipline demotnoantropologiche presso il Dipartimento di storia, culture, religioni della Sapienza - Università di Roma. Si occupa di antropologia medica e antropologia religiosa e ha svolto ricerche sul campo in Ghana, Etiopia e Italia. È membro del Direttivo della Società italiana di

antropologia medica e della redazione delle riviste “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica” e “L’Uomo. Società tradizione sviluppo”. Attualmente dirige la Missione etnologica italiana in Tigray - Etiopia e la Missione etnologica italiana in Ghana. È *chair* del Medical anthropology network within EASA. È stato *visiting professor* presso la Keio University di Tokyo.

Tra le sue pubblicazioni: *L’ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicina tradizionale in Africa e nelle Americhe* (Argo, Lecce, 2000), curato insieme a Pietro VULPIANI; *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo* (Argo, Lecce, 2005); *Materiali di ricerca sulla medicina tradizionale in area Nzema (Ghana)* (Nuova Cultura, Roma, 2008), curato insieme a Mariano PAVANELLO e tradotto in inglese nel 2011 (Legon [Ghana], Institute of African studies); *Health system, sickness and social suffering in Mekelle (Tigray- Ethiopia)* (Lit Verlag, Münster, 2010) (curatore); *Terapie religiose. Neoliberismo, cura e cittadinanza nel pentecostalismo contemporaneo* (CISU, Roma, 2012) (curatore); *La vita sociale dei farmaci. Produzione, circolazione, percezioni degli oggetti materiali della cura* (Argo, Lecce, in stampa).

Riassunto

Ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza

L’Autore discute, alla luce del dibattito internazionale, di come si situi oggi la questione delle ineguaglianze in salute e nell’accesso alle cure. Le diverse dimensioni politiche emergono attraverso una analisi del nesso tra ineguaglianze e forme di cittadinanza, definite di volta in volta nel dibattito, come “sanitaria”, “farmaceutica”, “biologica”, “terapeutica”. L’analisi di tale nesso, visto anche attraverso un esempio del suo lavoro sul campo, permette di discutere quali siano oggi e prospettive di un uso sociale e politico dell’antropologia medica.

Parole chiave: ineguaglianze in salute, cittadinanza, ragione umanitaria.

Résumé

Inégalités en santé et formes de citoyenneté

L’Auteur examine, à la lumière du débat international, comment situer aujourd’hui la question de l’inégalité dans la santé et dans l’accès aux ressources de soins. Les différentes dimensions politiques émergent à travers une analyse du lien entre les inégalités et les formes de citoyenneté, défini de temps à autre dans le débat, comme la “sanitaire”, “pharmaceutique”, “biologique”, “thérapeutique”. L’analyse d’un

tel lien, vu à travers un exemple de son travail dans le terrain, permet de discuter de ce que sont aujourd'hui les perspectives pour l'utilisation sociale et politique de l'anthropologie médicale.

Mots-clés: inégalités en matière de santé, la citoyenneté, l'intervention humanitaire.

Resumen

Desigualdades en salud y formas de ciudadanía

El Autor analiza, a la luz del debate internacional, como se encuentra hoy el tema de la desigualdad en la atención sanitaria y en el acceso a los recursos. Las diferentes dimensiones políticas emergen a través de un análisis de la relación entre la desigualdad y las formas de ciudadanía, que se define de vez en cuando en el debate, como "sanitaria", "farmacéutica", "biológica", "terapéutica". El análisis de dicho vínculo, visto a través de un ejemplo de su trabajo de campo, le permite discutir lo que son hoy las perspectivas de un uso social y político de la antropología médica.

Palabras clave: desigualdades en salud, ciudadanía, razón humanitaria.

Abstract

Inequalities in health and forms of citizenship

The Author discusses, by confronting with the international debate, how to be situated today the issue of inequality in health and in the access to the health care facilities. The different political dimensions emerge through an analysis of the link between inequality and forms of citizenship, defined from time to time in the debate, such as "health", "pharmaceutical", "biological", "therapeutic". The analysis of such a link, seen also through an example from his fieldwork, sheds a light on the perspectives of a social and political role of medical anthropology.

Keywords: inequalities in health, citizenship, humanitarian.