

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPPILLI



In copertina

Sfilata per le strade di Mekelle (Tigray, Etiopia), in occasione della *Giornata internazionale delle persone con disabilità*. Foto di campo di Virginia De Silva (dicembre 2014).



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

50

dicembre 2020
December 2020



Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Perugia

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

Roberto Beneduce, Università di Torino / Donatella Cozzi, vicepresidente SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Roberto Malighetti, Università di Milano Bicocca / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Chiara Moretti, Università di Bologna / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Maya Pellicciari, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente SIAM, Sapienza Università di Roma / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Torino / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Comitato scientifico

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ilario Rossi, Université de Lausanne, Svizzera / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Comitato tecnico

Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguaplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Roberto Malighetti, Università di Milano Bicocca, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Chiara Moretti, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Maya Pellicciari, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Sapienza Università di Roma, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Torino, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Masseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ilario Rossi, Université de Lausanne, Switzerland / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Technical Board

Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguaplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology
Founded by Tullio Seppilli

Indice
Contents



n. 50, dicembre 2020

n. 50, December 2020

Editoriale
Editorial

- 11 Giovanni Pizza
AM 50: un nuovo inizio
AM 50: A New Beginning

Sezione monografica

- 15 Virginia De Silva
Antropologia Medica & Disabilità: prospettive etnografiche. Introduzione
Medical Anthropology & Disability: Ethnographic Perspectives. Introduction
- 33 Giovanni Pizza, Massimiliano Minelli
Antropologia medica e disabilità: un laboratorio in divenire
Medical Anthropology and Disability: A Laboratory in the Making
- 65 Nicola Bardasi
Voci dalla disabilità tra sensibilizzazione e riflessione teorica
Voices from Disability between Sensibilisation and Theoretical Reflection
- 89 Veronika Beranská, Zdeněk Uherek
“They Fear Us, We Are Contagious...”
“Homo Chernobylus” as a Potentially Disabled Person and His/Her Defense Strategy
«Ci temono, siamo contagiosi...». L’«homo chernobylus» come persona potenzialmente disabile e la sua strategia di difesa
- 113 Valentina Brandazza
Femminile disabile. Il corpo medicalmente “neutralizzato” delle donne nella narrazione commerciale contemporanea: verso l’integrazione della disabilità o la disintegrazione della femminilità plurale?
Disabled Feminine. The Medically “Neutralised” Women’s Body in Contemporary Commercial Narrative: Towards the Integration of Disability or the Disintegration of Plural Womanhood?
- 145 Giorgio Brocco
Entangled Narratives. Encountering Political Subjectivities of People with Albinism in Tanzania
Narrazioni complesse. Incontro con le soggettività politiche delle persone con albinismo in Tanzania

- 171 Nicoletta Castagna
«Era come se suonasse il piano».
L'esordio della Malattia di Huntington attraverso
le narrazioni dei famigliari dei malati
"It was like playing the piano".
The Onset of Huntington's Disease through the
Narratives of Sick People's Relatives
- 197 Virginia De Silva
Disabilità come «seconda natura».
Processi di incorporazione delle disuguaglianze tra
"veterani" e "disabili naturali" in Tigray
Disability as "Second Nature":
Processes of Embodiment of Inequalities between
"Veterans" and "Natural Disabled" in Tigray
- 223 Rita Finco
Sguardi disabili di una cultura dominante.
Prospettive etnocliniche
Disabled Looks of a Dominant Culture.
Ethnoclinical Perspectives
- 247 Francesco Fondacci
Ri-appropriarsi del corpo.
Pratiche artistiche e processi di produzione simbolica
come spazio privilegiato per l'annullamento della
dicotomia tra "salute" e "malattia" in un caso di
patologia degenerativa a livello motorio
Re-appropriation of the Body:
Artistic Practices and Symbolic Production Processes
as a Privileged Space for the Cancellation of the
Dicotomy Between "Health" and "Disease"
in a Case of Degenerative Pathology at Motor Level
- 285 Carla Gueli, Fabio Bocci
Analisi istituzionale nella formazione universitaria
degli educatori e delle educatrici
Institutional Analysis in Academic Training of
Educators
- 313 Rosanna Gullà
Dell'aver la sclerosi multipla.
La scena terapeutica e il ruolo sociale della malattia
About Having Multiple Sclerosis.
The Therapeutic Scene and the Social Role of the
Disease
- 347 Cinzia Marchesini, Daniele Parbuono
Esperienze per un uso sociale della ricerca a
TrasiMemo. Diversità e disabilità
Experiences for a Social Use of Research at TrasiMemo.
Diversity and Disability
- 369 Francesca Pistone
«Noi li chiamiamo ragazzi»: le violente ingenuità
discorsive del babytalk. Spunti per un'analisi dei
processi comunicativi nei servizi per disabili intellettivi
«We Call Them Kids»: the Naive Violence of Babytalk.
Ideas for an Analysis of Communication Processes in
the Field of Intellectually Disability

- 403 Elisa Rondini
*Raccontare le dimensioni socio-ambientali della
 disabilità intellettiva: un'etnografia ex post*
*Telling the Socio-Environmental Dimensions of
 Disability: An Ex Post Ethnography*
- 437 Enrico Valtellina
Unstrange Minds. Autismo e antropologia
Unstrange Minds. Autism and Anthropology
- 451 Giulia Nistri
Paradigmi di prossimità.
Esperienze etnografiche nei servizi di Riduzione del danno
Proximity Paradigms.
Ethnographic Experiences in Harm Reduction Field
- 481 Roberta Raffactà, Giandomenico Nollo,
 Diana Zarantonello, Alessandro Laudon,
 Giuliano Brunori, Marta Rigoni
Living with Peritoneal Dialysis in Trentino (North Italy).
Interdisciplinary Research Collaboration between
Anthropology and Nephrology
Vivere con la dialisi peritoneale in Trentino.
Una ricerca interdisciplinare tra antropologia e nefrologia
- 503 Alberto Simonetti
Ermeneutica dell'intensità. Guttuso e de Martino
Hermeneutics of Intensity. Guttuso and de Martino

Saggi

Lavori in corso

- 517 Francesca Sbardella
Mnem. Al cuore dei ricordi
*Società di antropologia applicata degli oggetti
 ordinari: uno Spin off accreditato dell'Università
 di Bologna*

Recensioni

Giorgio Brocco, *Politiche della disabilità. Poliomielite, appartenenza di gruppo e attivismo in Sierra Leone / Politics of Disability. Polio, Group Membership and Activism in Sierra Leone* [D. SZÁNTÓ, *Politicising Polio: Disability, Civil Society and Civic Agency in Sierra Leone*], p. 523 • Donatella Cozzi, *Zeno Zanetti e lo strabismo tra sguardo medico e sguardo etnografico / Zeno Zanetti and Strabismus between Medical and Ethnographic Gaze* [Z. ZANETTI, *La medicina delle nostre donne, Introduzione di P. FALTERI e P. BARTOLI*], p. 532 • Virginia De Silva, *Prendere parola. Raccontare le esperienze di disabilità all'Università di Bologna / Taking the Floor. Disability Narratives at the University of Bologna* [N. BARDASI, C. NATALI (a cura di), *Io a loro ho cercato di spiegare che è una storia complicata la nostra*], p. 539 • Alessandra Gribaldo, *L'eccedenza gramsciana e l'antropologia / Undisciplined Gramsci and Anthropology* [G. PIZZA, *L'antropologia di Gramsci. Corpo, natura, mutazione*], p. 546 •

Carla Gueli, *Spettri che non spaventano: un pensiero critico per l'autismo / Spectres that Don't Scare: A Critical Thinking for Autism* [E. VALTELLINA (a cura di), *L'Autismo oltre lo sguardo medico*], p. 552 • Fabrizio Loce-Mandes, *Politiche e identità della disabilità / Politics and Identity of Disability* [T. SHAKESPEARE, *Disabilità e Società*], p. 557 • Francesca Pistone, *Il pescatore di immagini. La mancata rivoluzione simbolica dei disability studies / Fishing for Images. The Failed Symbolic Revolution of Disability Studies* [M. SCHIANCHI, *Il debito simbolico. Una storia sociale della disabilità in Italia tra Otto e Novecento*], p. 565 • Roberta Raffaetà, *Prospettive multidisciplinari su HIV/AIDS nel Ventunesimo secolo / Multidisciplinary Perspectives on HIV/AIDS in the 21st Century* [F. CORBISIERO, G. RANISIO (a cura di), *From Curing to Caring. Quality of Life and Longevity in Patients with HIV in Italy*], p. 575 • Susan Reynolds White, *Bodily Imprisonment and Mindful Life / Corpo prigioniero e vita pensante* [R.F. MURPHY, *The Body Silent. The Different World of the Disabled*; ed. it. a cura di E. VALTELLINA], p. 580 • Alberto Simonetti, *La donna, l'Altro, la differenza / The Woman, the Other, the Difference* [S.L. TREMAIN, *Foucault and Feminist Philosophy of Disability*], p. 583 • Pier Giorgio Solinas, *Carni scelte. Etiche alimentari e gerarchie sociali in India / Selected Meats. Food Ethics and Social Hierarchies in India* [J. Staples, *Sacred Cows and Chicken Manchurian. The Everyday Politics of Eating Meat in India*], p. 587 • Simona Taliani, *Al cuore delle "biologie locali", per una antropologia tesa al cambiamento / At the Heart of "Local Biologies": Toward an Anthropology Aiming at Change* [V. DE SILVA, *La disabilità tra riabilitazione e abilitazione sociale. Il caso dei Gudat Akal a Mekelle e Wukro*], p. 596.

Editoriale

AM 50: un nuovo inizio

Giovanni Pizza

Università di Perugia
[giovanni.pizza@unipg.it]

Care Lettrici e Cari Lettori,

presentiamo qui il numero 50 di AM, il secondo della nuova veste digitale. La rivista è in corso di verifica e vi saranno ulteriori cambiamenti: la transizione non finisce, ma ci siamo.

Siamo a “un nuovo inizio” e tutto dipende da noi: abbiamo recuperato gli enormi ritardi di AM già con i tre volumi dal 2016 al 2019: 41-42 del 2016, 43-46 del 2017-2018 (firmati da Tullio Seppilli, in quanto egli li aveva già programmati e precedentemente messi in opera) e 47-48 del 2019 (che ricordo essere l'ultimo volume cartaceo).

Nel 2020 abbiamo raggiunto l'obiettivo più ambito: rendere tutta la collezione di AM dal 1996 a tuttora liberamente disponibile in internet come Archivio, contestualmente all'uscita del numero 49, il primo di AM in edizione digitale.

Come già sapete la nostra rivista prosegue le pubblicazioni *online* con due numeri l'anno *open access* che vedranno un'uscita cadenzata nei mesi di giugno e dicembre con una programmazione triennale.

Grazie a tutte e a tutti per l'accoglienza gioiosa che ci avete riservato per questo traguardo: innanzitutto a coloro che hanno contribuito a realizzarlo, cioè alle colleghe e ai colleghi del Comitato di redazione della versione cartacea di AM, senza le/i quali non avremmo mai potuto ottenere questi risultati; a Cristina Papa e ad Alessandro Lupo, da lungo tempo compagni di lavoro solerti e leali, che hanno accettato di presiedere l'una la Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute e l'altro la Società italiana di antropologia medica (SIAM) con uno spirito di servizio tenace, competente e unitario; a tutte e a tutti i membri del Comitato scientifico, che contribuiscono a illuminare la nostra rivista, organo nazionale della SIAM; ai

colleghi e alle colleghe del Consiglio direttivo della SIAM, che hanno accettato di far parte del nuovo Comitato di redazione dell'edizione digitale e, *last but not least*, a tutti e a tutte voi, lettori e lettrici, che seguendo la rivista e/o contribuendo a essa, siete il principale riferimento di AM.

«Tullio Seppilli sarebbe stato contento». È questa la frase che mi è più di tutte entrata nel cuore allorché abbiamo raggiunto la meta di portare AM su OJS. La nostra rivista ora appare sulla piattaforma dell'Università di Perugia e da qui può raggiungere tutti gli altri Paesi. Anche nella programmazione dobbiamo un po' ripensare il *target*. Abbiamo il compito di rappresentare all'esterno l'identità dell'antropologia medica italiana e grazie all'impegno di tutt* ce la faremo. Pur rimanendo un periodico italiano, guardiamo a un pubblico internazionale, composto dalle colleghe e dai colleghi di tutto il mondo (com'è noto, accettiamo saggi e contributi in diverse lingue: italiano, francese, spagnolo, inglese e portoghese), che sanno guardare all'ampliamento che la disciplina specialistica dell'antropologia medica sta vivendo nel momento contemporaneo a livello planetario.

Con l'uscita del primo numero digitale abbiamo avuto riconoscimenti internazionali importanti, da parte di colleghe e colleghi di prestigio; sono fioccate E-mail di congratulazioni da più parti, dirette a me solo perché in questo frangente sono il direttore di questo periodico, a testimonianza della grandiosa capacità di Tullio Seppilli di costruire reti mondiali nel campo dell'antropologia medica internazionale.

In effetti tutto quello che programmiamo, silenziosamente o loquacemente, lo facciamo nel nome di Seppilli. Certo con autonomia e responsabilità, ma non a caso portiamo avanti una rivista con iniziative nelle quali la sua presenza è molto evidente. E lo mostra questo numero 50, sia nella sezione monografica sia in quella generale.

Ospitiamo nella sezione monografica una selezione dei contributi più pertinenti per l'antropologia medica presentati, selezionati e riscritti per l'occasione da alcuni dei partecipanti alle due giornate di studio su *Antropologia medica & Disabilità* che organizzammo nell'ateneo perugino l'8 e il 9 novembre del 2019. Si trattò dell'esito laboratoriale collettivo, a opera di un gruppo che fondammo proprio raccogliendo la richiesta di coloro che furono i primi tre aderenti: Virginia De Silva, Fabrizio Loce-Mandes e Francesca Pistone, studiosi indipendenti che hanno svolto il loro dottorato di ricerca lavorando etnograficamente sul tema della disabilità e che al contempo hanno preso parte a diverse sessioni del 2° Convegno nazionale della SIAM «*Un'antropologia per capire, per agire, per impegnarsi*». La lezione di

Tullio Seppilli, svoltosi all'Università di Perugia, il 14-16 giugno 2018, al quale abbiamo dedicato l'ultimo volume cartaceo di AM (ottobre 2019 / 47-48, con una selezione degli interventi tenuti alla sessione coordinata da Massimiliano Minelli e da me) e il primo numero digitale della rivista (giugno 2020 / 49, con le relazioni plenarie).

Insieme a Massimiliano Minelli, Andrea F. Ravenda e Nicoletta Sciarrino, dopo il convegno del 2018, abbiamo contribuito a configurare un gruppo di lavoro denominandolo AM&D. Una *équipe* che, accanto alla *Call* di quel seminario, ha scritto un documento comune, una sorta di *manifesto*, che qui di seguito riproduciamo per intero, anche perché da esso si evince il debito scientifico e politico che dobbiamo alla lezione di Tullio Seppilli:

Il gruppo AM&D (Antropologia Medica e Disabilità) nasce dall'incontro di ricercatrici e ricercatori intorno alla tematica della disabilità, a seguito del II Convegno nazionale della Società italiana di antropologia medica (SIAM) tenutosi a Perugia nel giugno del 2018 «Un'antropologia per capire, per agire, per impegnarsi». La lezione di Tullio Seppilli. Attraverso lo studio e la ricerca, il gruppo intende valorizzare lo spazio di azione della teoria e della pratica antropologica all'interno del campo della disabilità. Le prospettive di antropologia medica che perseguiamo non hanno l'intento di ri-medicalizzare o antropo-medicalizzare la questione della disabilità, ma evocano un'antropologia critico-politica del corpo, dialogica e sperimentale, incentrata sui processi di incorporazione, di ben-essere e, quindi, di salute. La disabilità emerge come un "campo", inteso sia come spazio di riconoscimento reciproco tra gli attori sociali, sia come terreno di contesa regolato da rapporti di forza. Ne risulta evidenziata la natura innaturale e storicamente determinata della disabilità. La pratica etnografica permette di connettere le esperienze più intime di condizioni "disabilitanti" con i discorsi pubblici e istituzionali; di analizzare le ricadute locali di processi globali, come la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità e i documenti delle agenzie internazionali; di mettere in discussione le categorie di "vulnerabilità", "marginalità" e soprattutto "funzionamento" e "abilità". I lavori scientifici del gruppo, nella loro pluralità, sono uniti dal filo rosso di uno sguardo critico e de-essenzializzante, attento alle politiche di dis-abilitazione di alcune categorie di attori sociali e a quelle di riconoscimento, al disvelamento dell'abilismo incorporato, alle retoriche di *empowerment*, di autonomia e di indipendenza coniugate in maniera specifica all'interno dei sistemi neoliberali. Si va dallo studio dei dispositivi dello sviluppo a quello delle pratiche di cittadinanza attiva, dalle esperienze del corpo nella sua continua relazione con il contesto in cui si trova alle infinite possibilità aperte da pratiche insorgenti. Nell'ottica qui delineata il gruppo AM&D si impegna in «attività di ricerca con finalità operative tese a fondare processi di consapevolezza e di liberazione» (Tullio Seppilli). Il gruppo

AM&D è composto da: Virginia De Silva (coordinatrice) / Fabrizio Locemandes / Massimiliano Minelli / Francesca Pistone / Giovanni Pizza / Andrea F. Ravenda / Nicoletta Sciarrino.

Grazie a Virginia De Silva che ha accettato di coordinare il gruppo AM&D e di curare i due volumi che costituiscono in termini di pubblicazioni una selezione di qualità degli esiti di quel seminario di due giornate: la sezione monografica di AM e un numero dedicato a questo tema dalla rivista napoletana di *Disability studies* "Minority Reports". AM e MR si sono uniti in una sfida co-disciplinare: spingere l'antropologia medica e i *disability studies* a un confronto necessario, argomento sviluppato da De Silva nelle introduzioni a entrambi i monografici e più volte ripreso nei saggi successivi da lei presentati.

Inoltre, nella sezione generale, accogliamo scritti eterogenei, che vanno dalle analisi etnografiche sulla riduzione del danno, alla collaborazione transdisciplinare con esponenti della ricerca biomedica fino alla riflessione filosofico-antropologica sulla fondazione da parte di Ernesto de Martino del rapporto fra antropologia e arte.

Anche se in un'ottica del tutto nuova, riprenderemo progressivamente a pubblicare l'insieme delle rubriche che, nella loro ricchezza, caratterizzarono i primi anni della rivista, ispirandoci all'*Osservatorio*, ideato da Seppilli. Cominciamo in questo numero a ripristinare i *Lavori in corso*.

Infine, puntiamo molto sulle recensioni, un genere di scrittura non sempre difeso in Italia. Per noi esse costituiscono una parte indispensabile di AM, perché danno conto di volumi importanti, del presente, soprattutto, ma anche del passato, che a livello mondiale sviluppano la ricerca antropologico-medica orientandola in direzioni plurali.

È al termine di un anno particolarmente complesso che licenziamo questo numero 50 di AM, chiedendovi di continuare a seguirci come già state generosamente facendo.

Siamo ben consapevoli della mole eccezionale di questo particolare fascicolo, che, pure essendo singolo, si avvicina ad alcuni volumi doppi della collezione. Tale ampiezza non si ripeterà in futuro, ma ora essa sta a rappresentare il nostro omaggio alla memoria.

Grazie, auguri e saluti fraterni a tutte e a tutti coloro che in modi diversi sostengono la nostra amata AM.

Paradigmi di prossimità

Esperienze etnografiche nei servizi di riduzione del danno

Giulia Nistri

Università di Perugia

[giulia.nistri1@studenti.unipg.it]

Abstract

Proximity Paradigm. Ethnographic Experiences in Harm Reduction Field

Starting from an experience of applied anthropology, this paper presents some considerations on drug consumptions and harm reduction field. The direct observation activity enlightened some of the dynamics characterizing consumption of substances in *loisir* contexts and the relationship between services and “consumers” as well. Finally, the consultancy revealed similarities between social and ethnographic work, an issue useful to identify a common and “flexible” workspace through elements enriching the dialogue between different knowledge and professionalism.

Keywords: harm reduction, substances, social work, ethnography, proximity

Questo contributo offre alcune riflessioni spunto di una consulenza etnografica. Occasione è la ricerca che ho condotto nell’ambito di un’esperienza di antropologia applicata ai servizi di riduzione del danno e dei rischi. La necessità del committente, l’associazione nazionale cui aderisce la maggior parte di tali servizi, è stata quella di approssimarsi attraverso le metodologie proprie delle discipline etnoantropologiche al variegato quadro del “consumo” di sostanze in contesti di divertimento (legali e illegali). Questo ha determinato l’ingaggio di alcuni collaboratori antropologi per svolgere l’osservazione partecipante nei contesti di consumo, accompagnando anche il lavoro delle équipes di riduzione del danno e limitazione dei rischi operanti in diverse realtà. Sebbene in principio l’interesse della committenza si focalizzasse principalmente sulle dinamiche dei consumi nei contesti di *loisir*, ben presto l’analisi ha finito per rivolgersi anche ai servizi e alla loro relazione con i “consumatori”. Si tratta di un lavoro sul quale svolgo le seguenti riflessioni poiché, oltre a fungere da stimolo per la scrittura di un progetto di ricerca tuttora in corso, tale consulenza ha

finito per illuminare progressivamente alcune analogie tra lavoro sociale e lavoro etnografico, un aspetto che già in altre occasioni aveva richiamato l'attenzione di alcune studiose (CALLARI GALLI, TOMELLERI 2004; TOSI CAMBINI 2011). Desidero dunque rivolgermi a queste analogie non tanto per mettere in discussione i confini disciplinari, le professionalità o gli obiettivi, bensì per individuare uno spazio di lavoro per così dire più "flessibile", nutrito da elementi utili alla costruzione di un ricco dialogo tra saperi e professionalità che si incontrano restando differenti¹.

Collaborare

Condurre approfondite etnografie nel campo delle sostanze permette di indagare, accompagnare e, a volte, svelare anticipatamente i *pattern* d'uso diffusi o che si stanno affermando tra coloro che le utilizzano. Gli studi socio-antropologici realizzati in questo ambito nel corso del tempo hanno progressivamente decostruito gli immaginari agiti e subiti da quanti fanno uso di sostanze. Si è così andata producendo una efficace tensione critica tra le definizioni offerte ora dal modello morale ora da quello biomedico (FELDMAN, ALDRICH 1990). Alcuni ricercatori che lavorano da tempo nel campo dell'antropologia medica e, nello specifico, anche delle dipendenze, hanno contribuito a ripensare la questione delle dipendenze in questo contesto di specializzazione antropologica, valorizzando proprio le ricche potenzialità del lavoro etnografico applicato a questi ambiti, attraverso approcci interdisciplinari e collaborazioni con i servizi, utili «a fornire importanti contributi alla comprensione e al miglioramento della salute pubblica»² (CARLSON *et al.* 2009: 63). A queste riflessioni vorrei però affiancare un'altra prospettiva che pone l'accento sull'ambiguità e sui rischi insiti nelle esperienze di dialogo tra l'ambito della salute pubblica o, per il nostro interesse specifico, tra la riduzione del danno e pratica etnografica, collaborazioni che riportano insistentemente al centro questioni spinose, soprattutto se si ritiene primaria la preoccupazione per *un sapere* di cui gli "esperti" potrebbero avvalersi per rendere «più potente e coercitiva la scienza del controllo sugli uomini» (TAUSSIG 1980: 12). Anche per questi motivi alcune esperienze statunitensi di collaborazione e dialogo tra lavoro etnografico e riduzione del danno sono stati fortemente criticati, dal momento che tali occasioni avrebbero fatto emergere la misura in cui «un discorso critico – e un set di pratiche etnografiche critiche – possono essere assorbite dallo Stato e rimodellate in un regime regolatorio di sorveglianza» (CAMPBELL, SHAW 2008: 691). Campbell

e Shaw riflettendo su alcuni momenti chiave di collaborazione tra lavoro etnografico e istituzioni – quali ad esempio il *National Institute of Drug Abuse* (NIDA) negli Stati Uniti – analizzano alcune occasioni che hanno visto gli etnografi dare il proprio contributo, affiancando i servizi di riduzione del danno, nel lavoro di definizione delle identità di chi utilizza sostanze nonché nella classificazione di “categorie a rischio”, partecipando in tal modo alla costruzione di nuove e sempre più elaborate categorie *da e per* governare. In questi casi, secondo tale lettura, la pratica etnografica se da un lato è in grado di restituire cornici più ampie, capaci di mettere in connessione aspetti comportamentali, economici, sociali e sanitari, dall’altro rischia di lavorare su obiettivi estremamente limitati poiché schiacciati su una prospettiva, quella che vede come lo Stato (SCOTT 2019), che tende a ridurre e semplificare la complessità e la ricchezza di attori e contesti. Tali collaborazioni, commentano le Autrici, permettono di attivare interventi specifici e servizi maggiormente sensibili ed efficaci destinati a intercettare determinati gruppi di popolazione, rischiando però al contempo di aprire nuove strade a un controllo sempre più stringente sugli attori coinvolti.

Come in parte ho avuto modo di sperimentare nel corso della mia consulenza, il lavoro di ricerca svolto accompagnando i servizi di riduzione del danno può – in alcuni momenti ma non sempre – soccombere alle forme e alle logiche che li orientano, correndo anche il rischio di essere a essi assimilato: un meccanismo generatore di importanti ripercussioni sulla relazione tra ricercatore e informatore dal momento che quest’ultimo è facilmente indotto a sovrapporre il mandato del servizio e quello di chi conduce l’etnografia. Si tratta di una dinamica che rischia di intrappolare i soggetti sul campo, anche in assenza di una esplicita alleanza di intenti tra ricercatori e servizi, come quella richiamata da Campbell e Shaw. Benché, come intendo mostrare in questa sede, io ritenga fecondo il lavoro svolto insieme alle équipes di riduzione del danno, tale ambito di collaborazione si presenta estremamente delicato, stimolandoci a riflettere sul posizionamento adottato da chi fa etnografia rispetto ai servizi osservati e anche agli utilizzatori di sostanze intercettati. Inoltre è importante ricordare che siamo davanti a una scelta non sempre del tutto libera poiché, sebbene io stessa tenti di condurre etnografie capaci di scongiurare l’estrema vicinanza (o, peggio, la sovrapposizione) tra servizio e chi fa ricerca, realizzare ricerche sul campo “in autonomia” entrando nei *setting* “naturali” fuori dal controllo degli etnografi (CARLSON *et al.* 2009) – specialmente in ambiti che mettono al centro le cosiddette “popolazioni nascoste”³ – richiama un insieme di criticità, da quelle prettamente legali a quelle connesse alla

sicurezza dei ricercatori (quest'ultima marcatamente influenzata anche da questioni legate al genere di chi fa ricerca e dei suoi interlocutori), facilmente intuibili se si considerano i contesti che questo tipo di indagine può trovarsi ad attraversare. Infine è evidente che il lavoro svolto accompagnando i servizi, se da una parte può rischiare di penalizzare una parte dell'etnografia a causa di un "eccesso di prossimità", dall'altra consente l'accesso a momenti e spazi ugualmente importanti per la ricerca.

Un'esperienza di consulenza antropologica

La consulenza, della durata iniziale di sei mesi⁴, si è svolta articolandosi in tre fasi: un momento preliminare di studio e approfondimento che ha previsto anche un workshop di scambio e confronto con i professionisti dei servizi di riduzione del danno, un periodo di quattro mesi dedicati all'indagine sul campo vera e propria, una fase finale di rielaborazione dei dati raccolti. Nel momento in cui sono stata coinvolta nella collaborazione il progetto era stato già organizzato separando l'ambito della mia équipe di lavoro – consumi in contesti di divertimento – da quello più strettamente connesso alla tossicodipendenza e alla "marginalità", affidato a un altro ricercatore antropologo. Nel corso di questa collaborazione ho potuto quindi accompagnare il lavoro e le "uscite" di differenti équipes operanti in otto aree territoriali italiane, situate tra nord e centro Italia⁵. La molteplicità eterogenea delle realtà e degli attori incontrati, se da una parte ha reso il quadro dell'indagine estremamente complesso, dall'altra ha permesso di intercettarne la grande ricchezza. In questo senso vorrei precisare che, nel caso della mia équipe, la presenza di un altro ricercatore antropologo ha agevolato il lavoro di osservazione e ha permesso una ricca produzione di dati etnografici, considerata anche la grande variabilità dei contesti di osservazione e le loro dislocazioni territoriali. Il "lavoro di squadra" ha inoltre consentito in buona misura «un dibattito nel cuore stesso del processo di ricerca empirica» (OLIVIER DE SARDAN 2009: 50), utile a rimodulare il lavoro in itinere. La ricerca sul campo si è svolta attraverso una modalità che ha previsto dense ma discontinue e puntuali immersioni in contesti ritenuti principali occasioni di divertimento tra i quali: *free party*, festival, aperitivi, feste universitarie, *street parade*, discoteche, club e circoli. In tali occasioni, congiuntamente alla conduzione di attente osservazioni delle pratiche in atto, sono state realizzate interviste anonime audio-registrate, alternate a scambi informali sia con i consumatori di sostanze sia con gli operatori dei servizi. Altre interviste audio-registrate sono state condotte

“esternamente” ai contesti di osservazione, organizzando appuntamenti con consumatori già noti ai servizi. La consulenza, oltre a far emergere alcune prime riflessioni di carattere antropologico concernenti il mondo dei consumi di sostanze e le sue dinamiche nei contesti del divertimento – principale obiettivo originario del progetto – ha potuto restituire ai servizi anche un quadro relativo alle relazioni che questi intrattengono e costruiscono con i consumatori e i frequentatori incontrati nei contesti, un tema che ha finito per imporsi nello svolgersi dell’indagine e che è stato favorevolmente accolto anche dalla committenza. In linea con quanto suggerito anche da recenti ricerche etnografiche dedicate allo studio dei consumi di sostanze tra i giovani – come ad esempio il *Chemical Youth Project* condotto dall’Università di Amsterdam – l’etnografia condotta ha potuto aprire uno scorcio sui differenti modi in cui le sostanze possono mediare le relazioni sociali, che a loro volta intervengono sugli effetti sperimentati dai consumatori nei differenti contesti del quotidiano (HARDON *et al.* 2017). Si tratta di esperienze che convergono nelle riflessioni offerte da alcuni interessanti studi che pongono al centro il tema della *chemo-sociality* (SHAPIRO, KIRKSEY 2017), una forma di socialità caratterizzata da relazioni alterate, attenuate o aumentate, generate dalle esposizioni chimiche e quindi, chiaramente, anche dall’assunzione di sostanze. Una proposta interpretativa intrigante, che riunisce molteplici ambiti di ricerca ma che, nel nostro caso, costituiva solo uno dei piani di indagine, impossibili da affrontare approfonditamente e in maniera organica in questa sede.

Ritengo importante precisare quindi che il presente contributo è frutto di una pratica “quick and dirty”⁶, un lavoro di consulenza in cui, come spesso accade, la frammentazione e la compressione temporale hanno finito per generare «un indebolimento della potenzialità e della qualità dei lavori, evidenziando l’importanza dell’agire e del trovare soluzioni efficaci in tempi brevi, secondo una dinamica che non sempre si adatta alla tempistica della ricerca e dell’analisi antropologica» (SACCO 2012: 106)⁷. L’analisi offerta da alcune interessanti esperienze di collaborazione tra scienze sociali e altri ambiti disciplinari (BARRY *et al.* 2008; STRATHERN 2011; STRATHERN, KHLINOVSKAYA ROCKHILL 2013) ha permesso di mettere in luce le molte criticità e le sfide che nascono nel momento in cui discipline come quelle socio-antropologiche sono chiamate a dare il proprio contributo in progetti orientati da un approccio interdisciplinare, o che retoricamente si dichiarano tali. È però necessario precisare come in questo caso non sia possibile fare riferimento alla cornice dell’interdisciplinarietà, quanto piuttosto a un progetto di ricerca che, in una parte dell’indagine, ha previsto la collabora-

zione multidisciplinare di più saperi, radicati in esperienze di professionisti formati attraverso percorsi formali e informali. In tale collaborazione era certo possibile intravedere una dimensione strumentale con fini anche politici nella scelta di ingaggio dei ricercatori antropologi, in un'ottica quindi non solo conoscitiva ma anche di legittimazione, agli occhi della "società" e dei *policy maker*, delle pratiche proprie di alcuni tra gli altri attori che l'indagine avrebbe incrociato, dinamiche già emerse nelle analisi di altre esperienze di ricerca (BARRY *et al.* 2008; STRATHERN, KHLINOVSKAYA ROCKHILL 2013). Di contro, però, mi sembra fondamentale aggiungere che a chi svolgeva la ricerca è stata data ampia libertà di pianificazione e azione – nei limiti, certo non poco vincolanti, di tempo e di *budget* – come anche di analisi. In questo senso vorrei ricordare che in sede di preparazione della stesura del report finale sono state scelte, negoziate e organizzate – in un confronto tra le differenti équipe di lavoro e committente – le macrocategorie che avrebbero ordinato il materiale prodotto. In quell'occasione era stato dato largo spazio anche a eventuali cornici interpretative "altre" che l'antropologia avrebbe potuto offrire, chiavi di lettura differenti potenzialmente capaci di scardinare anche modelli già in uso o di aggiungere ulteriori dimensioni critiche. A mio avviso questa postura come anche quella di molti degli operatori dei servizi incontrati sul campo dimostrava una volontà di preservare la libertà del progetto conoscitivo, non osservando, quindi, uno schema rigidamente predeterminato e selettivo. In tal modo, sempre nel rispetto di alcune linee programmatiche proprie del progetto originario, è stato possibile esercitare un'apertura di uno spazio di riflessione utile anche per poter entrare in tensione almeno in parte con quel fine politico di legittimazione sopracitato, mantenendo così una forma di libertà rispetto ai contenuti del *report* finale. Contrariamente quindi a quanto evidenziato da Strathern (2011) relativamente ad alcune esperienze interdisciplinari di ricerca, chi ha condotto l'indagine non si è trovato a dover dimostrare l'utilità dell'approccio antropologico – in competizione con altre discipline come nel caso ricordato dall'antropologa – dal momento che il committente, insieme a una parte degli attori incontrati, mostrava già una buona consapevolezza delle potenzialità che tale approccio poteva offrire. Una consapevolezza rivelatasi frutto anche della conoscenza, in alcuni casi, sia di una tradizione di studi e collaborazioni – prevalentemente di respiro internazionale – già realizzati nell'ambito specifico di interesse del progetto, sia della familiarità acquisita da certi servizi con alcuni antropologi impiegati come operatori e favorita, forse, anche da una "prossimità di posture" che mi accingo ad analizzare in questo contributo.

Ridurre il danno, limitare i rischi

Come è noto la riduzione del danno è una prospettiva che contraddistingue servizi nati negli anni Ottanta del Novecento, in alcune città del Nord Europa, per creare un'alternativa al paradigma della "tolleranza zero" e rispondere in primis «ai bisogni sociali e sanitari primari dei consumatori di droga» (ZUFFA 2011: 65). Si tratta di un approccio che affonderebbe le proprie radici anche in alcune precedenti esperienze già in atto nei due decenni precedenti, come ad esempio le *fixing room* inglesi (MOLD, BERRIDGE 2010), ambienti che permettevano ai consumatori di utilizzare sostanze per via iniettiva in condizioni di sicurezza igienica. Nel penultimo decennio del secolo scorso dunque, gli attori sociali e le professionalità che animavano i contesti e gli ambiti connessi al consumo delle sostanze giunsero alla constatazione del fatto che «gli interventi basati esclusivamente sul modello criminale proibizionista non erano affatto pratici, ma piuttosto controproducenti, per la gestione dei conflitti sociali e la risoluzione dei problemi di salute associati a determinati consumi» (ROMANÍ 2013: 3). Anche per questo la "filosofia" che alimenta la riduzione del danno e la limitazione dei rischi si traduce spesso in esplicite riflessioni e rivendicazioni politiche dal momento che chi sostiene e anima questo tipo di servizi ritiene che la scelta di criminalizzare il consumo acuisca e alimenti le potenziali problematiche a esso connesse: dal mercato illegale alla stigmatizzazione e emarginazione dei consumatori (DRUCKER 1995; DRUCKER, CROFTS 2017). Ciò non significa, però, come ha osservato Levine (2002), che la prospettiva della riduzione del danno e chi la mette in pratica promuovano necessariamente la fine del proibizionismo o sostengano apertamente la liberalizzazione di tutte le sostanze. La riduzione del danno, infatti, può essere letta come un approccio caratterizzato da un estremo pragmatismo, mosso dall'obiettivo di ridurre gli eventuali rischi connessi all'uso di sostanze prendendo atto anche del fatto che l'astinenza potrebbe non essere una soluzione realistica o desiderabile per alcuni consumatori, soprattutto se si intende avere una ricaduta efficace in un lasso di tempo ridotto (RILEY *et al.* 2000). Sebbene quanto accennato fin qui possa costituire ed essere considerata la "base teorica" più o meno condivisa da parte di chi opera nei servizi, è bene precisare che nel corso della mia esperienza di collaborazione è stato possibile intravedere più anime e più interpretazioni all'interno del panorama dei servizi italiani che mi sono trovata ad affiancare. È una polifonia cangiante attraverso la quale ho potuto cogliere un aspetto peculiare della riduzione del danno: una sorta di plasticità strutturale, non solamente da un punto

di vista della prassi (sulla quale intendo tornare), ma che investe anche il piano concettuale. Si tratta di una forma di flessibilità che si esprime, ad esempio, nelle differenti cornici interpretative utilizzate e proposte per definire la riduzione del danno da parte di attori sociali con diverse posizioni, professionali ed esistenziali. In questo senso, il sociologo Tuukka Tammi (2004) ha schematicamente messo in evidenza l'eterogeneità di attori che hanno animato e animano la prospettiva della riduzione del danno: dai professionisti dei servizi di salute pubblica agli utilizzatori di sostanze, fino anche ai movimenti che si occupano di promuovere la giustizia per le fasce più deboli delle popolazioni e la tutela dei diritti umani su scala globale. Si tratta di attori pronti a promuovere definizioni e programmi che convergono e divergono a seconda di una serie di elementi chiave tra i quali gli obiettivi perseguiti, l'autorevolezza riconosciuta a determinate formazioni professionali e/o esperienze, il tipo di "battaglia" ingaggiata. Il sociologo ci propone delle categorizzazioni "dure" che, come sottolineato dallo stesso Autore, non possono essere considerate in maniera granitica e anzi, nel corso della mia esperienza ho potuto sperimentare, in maniera residuale, quanto alcuni dei mondi che lo studioso presenta idealmente come separati, finiscano per intersecarsi e coincidere. Ad ogni modo trovo importante mettere in risalto la grande plasticità, anche concettuale, della prospettiva della riduzione del danno, continuamente prodotta, alimentata e strategicamente utilizzata dagli attori sociali che la promuovono. È una plasticità che, oltretutto, si è rivelata utile a mantenere aperti quesiti e dibattiti anche all'interno e *fra* le équipes di lavoro in una dimensione riflessiva emersa anche nelle occasioni di confronto e di restituzione della ricerca.

Fin dalla nascita dei servizi di riduzione del danno tra le prime principali azioni svolte nel solco di questo orientamento è importante ricordare la distribuzione di siringhe libere sterili e gratuite al fine di contrastare la diffusione di malattie quali ad esempio Epatiti e virus Hiv, congiuntamente a un'operazione di promozione della "salute" che vedrebbe lo stesso consumatore avere un ruolo attivo nella definizione della stessa. Ma la riduzione del danno non può essere ridotta a una mera operazione di distribuzione di "materiali" necessari alla pratica del consumo "consapevole". Infatti, la peculiare proposta relazionale che emerge nell'interazione tra operatore e "utente" si impone come aspetto costitutivo strutturale, spesso fondamentale, delle pratiche di riduzione del danno. Il rapporto tra operatori e consumatori può rivelarsi più o meno continuativo, dal momento che il lavoro della riduzione del danno si sviluppa sul piano della "bassa soglia", ovvero su un livello di accessibilità quasi senza filtri, in cui non è richiesta

una adesione a un programma o a un patto normativo-terapeutico per accedere ai servizi offerti. Questo tipo di prospettiva permea diverse tipologie di servizi quali: strutture di accoglienza e assistenza diurna (*drop-in*), strutture di accoglienza notturna, unità di strada che operano in contesti di consumo e spaccio, unità mobili che operano nei luoghi del divertimento giovanile, unità mobili che operano in grandi eventi (festival, *free party* etc.), interventi vari di prevenzione. Come mostrerò in seguito, si tratta di servizi che richiedono a chi vi opera una postura che si esprime, spesso ma non sempre, in una proposta che mostra interessanti punti di contatto con l'esperienza di chi svolge un lavoro etnografico.

Come hanno osservato alcuni Autori (GALEAS 2010; ROMANÍ 2013) l'approccio della riduzione del danno ha potuto svilupparsi nell'ambito di un nuovo controllo sociale: l'era della governamentalità (FOUCAULT 1978), un quadro in cui si fa spazio la cornice del rischio come campo di sapere/potere intorno al quale le nuove tecnologie di governo articolano dispositivi di controllo e regolazione sociale (GALEAS 2010). D'altra parte, dal momento che un mondo senza droghe appare un'utopia, si rende necessario smorzare divieti e stigmatizzazioni e che le sostanze divengano quindi beni "meno pericolosi", così che la questione possa scivolare sul piano della libertà di scelta che chiama necessariamente in causa la responsabilità individuale (ROMANÍ 2013). Così la gestione individuale del rischio e la riduzione del danno operano e si muovono in coerenza con la più ampia cornice neoliberista che caratterizza, secondo differenti formule, molte delle realtà odierne (MOORE, FRASER 2006). Non a caso nell'ambito dei contesti in cui mi è capitato di lavorare era più frequente sentir parlare di "consumatori" che di "utilizzatori" di sostanze. È necessario precisare, però, che a un primo livello di analisi l'uso del termine "consumo" appare più appropriato di altri anche solo dal momento che permetterebbe di riassumere in maniera polivalente le molte "modalità" che possono contraddistinguere l'assunzione. Ma è possibile individuare, forse, un'altra sfumatura che in alcune occasioni mi è capitato di intercettare nelle narrazioni offerte da coordinatori e operatori dei servizi, una tra tutte: «siamo tutti consumatori di qualcosa»⁸. Non intendo discutere qui la veridicità di questa affermazione ma vorrei solo sottolineare la proposta tattica di alcuni dei servizi di "pensarci" / "narrarci" tutti come consumatori: una retorica utile a decriminalizzare l'uso e scardinare il modo in cui la società lo pensa – attraverso le griglie della moralità, della politica/legge e della biomedicina – illuminando la sua quasi inevitabile presenza e normalizzazione nell'ambito di una società "dei consumi". Ricorrere al linguaggio "di mercato" è utile in

questo senso per aggirare alcuni binomi, come ad esempio quello legale/illegale, morale/immorale o normale/patologico, che sembrano monopolizzare l'immaginario legato alle sostanze: l'alcool come il tabacco sono sostanze "di consumo" quanto le altre – sebbene ciascuna presenti specifiche caratteristiche che la differenzia – e la maggior parte dei servizi di riduzione del danno cercano di problematizzarne l'utilizzo. In merito a ciò non sono in grado di sostenere che questa lettura possa riassumere una posizione comune a tutti i servizi, ma faccio riferimento a quanto ho potuto ascoltare in alcune occasioni, nell'ambito delle quali mi è sembrato di cogliere tale sfumatura nel suo alimentare la prospettiva della riduzione del danno. Inoltre è bene precisare che ciò non significa, come ho già accennato, che tale postura preveda una "approvazione" nei confronti del consumo di sostanze o del consumo in generale, bensì una pragmatica constatazione. Ad ogni modo, pur non avendo avuto occasione di approfondire tale dimensione lessicale nel corso della mia collaborazione e non potendo offrire quindi un quadro dettagliato delle differenti posizioni che si possono incontrare nei servizi, la questione terminologica è stata comunque segnalata come un tema dibattuto nel corso degli anni da parte della maggior parte delle équipes.

*La riduzione del danno: spazio di controllo,
prospettiva di critica e di collaborazione*

Tenuto conto di quanto fin qui illustrato, guardare alla riduzione del danno – come in parte anche operarvi in maniera critica – significa fare i conti con la doppia dimensione che questo tipo di approccio è capace di aprire e all'interno della quale i servizi si muovono. La prospettiva della riduzione del danno, infatti, rivela una ambivalenza strutturale, configurandosi al contempo come spazio di esercizio di agency e forma di manipolazione (NICTER 2003) nel dominio della salute collettiva. Se da una parte risulta evidente la tensione al riconoscimento di un più ampio margine di libertà e livello di competenza di chi utilizza sostanze anche attraverso letture che tentano di abbandonare i modelli morali e patologici, dall'altra tutto ciò prevede l'esercizio di saperi e poteri atti a indirizzare i comportamenti di tali popolazioni, nell'intento di produrre "consumatori consapevoli" in grado di autodisciplinarsi. Non sempre però, come spesso accade, i servizi incontrano individui e corpi docili, bensì soggetti più o meno consapevolmente strategici e capaci di mettere in atto meccanismi di resistenza o riconversione, frequentemente episodica e temporanea, dei rapporti di

potere a proprio vantaggio. Penso ad alcuni esempi che scaturiscono dal mio attuale campo, ma incontrabili anche nelle esperienze di altri autori (BOURGOIS, SCHONBERG 2009), in cui consumatori in carico ai servizi per le tossicodipendenze traggono profitto dalla vendita di metadone ad altri consumatori, o a chi, approfittando della distribuzione di siringhe sterili messe a disposizione da alcuni servizi di strada per incentivare la pratica dello scambio, organizza e guadagna sulla rivendita di siringhe, pur contribuendo così in una certa forma a una riproduzione capillare e *on demand* dell'intervento di salute pubblica.

I due antropologi Philippe Bourgois e Jeff Schonberg pur riconoscendo la forte connotazione pragmatica, spiccatamente inclusiva e *user-friendly* che muove i servizi che operano in strada – rivelatisi spesso contraddittori nelle loro proposte incapaci di dialogare con le diverse forme di sofferenza sociale che costellano la vita di strada – finiscono per definire tale tipologia di intervento una «manifestazione positiva di biopotere» (ivi: 306). In questo senso, nonostante gli Autori dichiarino di supportare l'approccio della riduzione del danno, con il loro lavoro propongono anche un'attenta analisi di tali pratiche mirate a un passaggio di conoscenze e a innescare processi di *empowerment* – non sempre “di successo” come dimostrato dal dettagliato materiale etnografico – mostrando così in che modo e misura queste concorrano al tentativo di plasmazione delle condotte e delle soggettività di coloro che sono coinvolti dagli interventi. Sebbene tali riflessioni tratteggino in maniera efficace uno dei volti di questa tipologia di servizi mi sembra interessante, però, provare a richiamare una chiave alternativa sempre proposta da Bourgois in un contributo in cui l'antropologo costruisce una forte critica – sostenuta da un ricco corpus di dati etnografici raccolti nel tempo – ai programmi statunitensi di trattamento con metadone di “pazienti” dipendenti da eroina. Oltre a proporre un'analisi dettagliata delle relazioni di potere e delle sofferenze che si riproducono in seno alla «biopolitica del metadone» (BOURGOIS 2000: 189) negli Stati Uniti, l'Autore riporta alcune riflessioni anche relative all'esperienza svizzera di terapia attraverso prescrizione medica dell'eroina, pratica che, secondo quanto riportato da dati statistici e quantitativi, avrebbe reso “i pazienti” più sani, meno depressi e ansiosi, più operosi, meno bisognosi, meno inclini alla vita di strada e al crimine, se comparati a quelli in cura con metadone e morfina. Sia le premesse che le conclusioni del contributo sottolineano l'efficacia delle teorie foucaultiane in quanto strumenti utili a illuminare la spinta onnipresente del potere disciplinare (anche nella scelta di somministrare eroina in terapia), ma al tempo stesso l'Autore riconosce l'effetto pragmaticamente para-

lizzante di tale chiave di lettura. In sintesi, la lente foucaultiana della sorveglianza non lascia scampo poiché su tutto, anche attraverso gli interventi capillari di salute pubblica e di riduzione del danno, domina la moralità radicata nel «dovere dell'individuo in quanto cittadino di essere più sano possibile» (MILLER 2001: 172). Bourgois dichiara allora di volersi allontanare da questa chiave di lettura ispirandosi alla figura dell'intellettuale specifico accennata e auspicata proprio dallo stesso Foucault, quell'intellettuale che potrebbe essere partecipe nella lotta intorno allo statuto della verità, al suo ruolo economico-politico e che contribuirebbe con il suo lavoro di analisi a disarticolare «il potere della verità dalle forme di egemonia (sociali, economiche, culturali) all'interno delle quali per il momento funziona» (FOUCAULT 1977: 28). Sulla medesima linea Bourgois dichiara di guardare alla necessità di portare avanti un lavoro di dettagliata analisi del modo di operare del potere, assumendo anche un posizionamento sul piano teorico e politico nel confrontarsi con i dibattiti connessi al campo applicativo dei trattamenti. In questo senso, il metodo etnografico si rivela estremamente efficace nel dare corpo a questo lavoro critico, soprattutto se si confronta con la prospettiva della riduzione del danno, sebbene

nel tentativo di ridurre la sofferenza sociale strutturalmente imposta applicando le proprie conoscenze per promuovere una particolare modalità di trattamento farmacologico o politica pubblica rispetto a un'altra, l'intellettuale specifico rischia di limitarsi ad arpeggiare con l'efficienza del biopotere e perdere di vista il quadro più complesso dei modi sfaccettati in cui opera il potere (BOURGOIS 2000: 168)

A ogni modo l'Autore, in un passaggio conclusivo del testo, termina così:

la questione tecnocratica e bio-morale di quali combinazione di droghe, leggi e discorsi relativi a medicina/salute possa produrre minor sofferenza sociale in strada necessita di essere presa seriamente in considerazione. In termini pratici, il paradigma della riduzione del rischio/danno rappresenta un interstizio fra lo Stato e l'apparato medico ove le specifiche critiche foucaultiane alla politica sulle droghe possono divenire concrete (ivi: 188).

Ciò che quindi mi sembra interessante è il riferimento alla prospettiva della riduzione del danno quale spazio in cui determinate critiche possono concretizzarsi. Trovo, infatti, che sia proprio su questo terreno che la riflessione antropologica può tentare di incontrare la prospettiva critica della riduzione del danno. Si tratta di un livello su cui provare a costruire un piano di dialogo e di riflessione con tali attori, quotidianamente impegnati nel mettere in pratica questa prospettiva e ben consapevoli della cornice all'interno della quale si trovano a operare. Uno scenario complesso, sul

quale i servizi si interrogano occupando posizionamenti politici e perseguendo obiettivi precisi nel tentativo di navigarvi in maniera strategica.

Costruire relazioni in spazi “altri”

A questo punto vorrei soffermarmi più dettagliatamente sugli spunti emersi nel corso della consulenza e che ritengo siano utili a mettere in luce alcuni elementi fondamentali per la creazione di uno spazio proficuo di lavoro tra servizi e chi fa ricerca. Tali elementi si sono rivelati anche attraverso alcune analogie che – come ho accennato – arricchiscono le possibilità di dialogo tra le parti in gioco. Una prima analogia riguarda proprio ciò che ho fin qui illustrato, ovvero lo spazio di critica che i servizi possono scegliere di attivare. La prospettiva della riduzione del danno, infatti, da un lato sottolinea lo stigma sociale che colpisce storicamente chi utilizza sostanze e rispetto a ciò intende intervenire sul «modo in cui la società guarda al consumo di droga e ai consumatori. [...] La sua efficacia si misura non tanto o non solo sul cambiamento dei consumatori, quanto sul mutato atteggiamento dei non consumatori» (ZUFFA 2000: 47). Dall'altro lato tale prospettiva si rivolge in maniera critica anche al modello medico che tende a “patologizzare” chi fa uso di sostanze, proponendo un approccio strettamente individuale e poco attento al contesto sociale in cui si inseriscono, nascono e si sviluppano l'uso e la dipendenza. La riduzione del danno, con il suo sguardo obliquo (ZUFFA 2011) al contesto sociale e politico come anche alle sue dinamiche, offre la possibilità di «mantenere un approccio critico circa il mandato storicamente ambiguo dei servizi per le dipendenze da droghe: stretto fra la *mission* di assicurare il diritto alla salute dei consumatori e il compito di controllo su un comportamento sanzionato e penalizzato» (ivi: 58-59). Tali riflessioni offrono lo spunto per elaborare analisi critiche di modelli di sapere/potere egemoni, difficili da scardinare, a maggior ragione se si persegue una ricaduta pragmaticamente significativa capace di entrare in tensione con essi. Ad ogni modo l'ampia spinta riflessiva e decostruttiva che alimenta, a volte ma non sempre, l'approccio della riduzione del danno non può a mio avviso essere ignorata e anzi, può entrare in risonanza con il lavoro di chi fa ricerca sul campo. In questo senso è interessante guardare all'impostazione critica espressa da alcuni operatori e operatrici dei servizi nei confronti di un modello biomedico riduzionista e medicalizzante. Ciò non significa che gli operatori formati in ambito sanitario che lavorano nella riduzione del danno non mantengano una loro peculiarità anche e soprattutto agli occhi dei frequentatori che,

a volte, si rivolgono ai servizi in momenti di emergenza riconoscendo loro specifiche competenze mediche. Avere un medico e/o un infermiere in équipe significa anche poter lavorare con un ulteriore livello di flessibilità ed efficacia, poter rispondere a un determinato bisogno in situazioni emergenziali. Questo tipo di interventi, come spesso hanno ripetuto alcuni operatori, sono mirati a evitare inutili ospedalizzazioni, non a sostituire quelle necessarie: riconoscere cosa si può gestire e cosa invece non è possibile controllare in una determinata circostanza è una delle capacità (nonché delle responsabilità) di chi lavora nella riduzione del danno. Ma l'approccio socio-sanitario richiede inevitabilmente un cambio di prospettiva da parte di quelle professionalità sviluppatesi nel campo della "nostra" biomedicina che, operando in questo tipo di servizi, si trovano ad affiancare operatrici e operatori formati in ambiti differenti (scienze dell'educazione, psicologia, sociologia, antropologia...). In merito a ciò trovo interessante riportare lo scambio avuto con un medico che da anni opera in un Servizio di riduzione del danno oltre a lavorare in un Servizio per le Dipendenze (SER.D.):

In un rave la nostra deve essere una presenza attiva, devi rispondere a delle domande che non necessariamente sono legate al malessere, anche perché spesso chi ha il malessere non fa domande: in quel caso vieni chiamato da altri. Spesso rispondi a domande e chiarisci delle curiosità che hanno i ragazzi, persone giovani che hanno ansie e paure [...] nel senso che la figura del medico aiuta a riflettere con una consapevolezza maggiore su quello che si sta facendo. Non basta dare il flyer con le informazioni, la relazione è fondamentale in questo. La situazione fa sì che io mi trovi a dover avere un approccio differente a fronte di un ragazzo che si presenta chiedendo: "Sono sotto antibiotici, posso drogarmi?" [...] Quello che è importante è che in quel contesto la persona si senta libera di chiedere [...] è diverso dall'ospedale, in ospedale ci vai per un problema tecnico, perché ti sei sentito male [...] lì poi hai anche paura perché è una istituzione. Gli interventi "in festa" spesso sono interventi di consulenza, anche di consulenza relativa agli stili di vita. In "festa" possono chiederti qualsiasi cosa in qualunque momento.

La cosa più difficile rispetto a questo è che tu hai una "struttura" legata alla sicurezza tua, alla medicina difensiva, qualunque cosa fai e dici può esporti a un procedimento legale o a un giudizio...ma se fai il medico io penso: hai voluto la licenza di uccidere? Tu sei lì e il contesto è quello, hai delle responsabilità verso la popolazione e verso le persone che si avvicinano a te, a prescindere da te come persona [...]. La realtà è che comunque la medicina difensiva è una sciocchezza perché non riuscirai mai a tutelarti, tu devi fare il medico in scienza e coscienza come dicevano una volta. Ovviamente sei condizionato, perché quando lavori all'interno di una struttura parte dei tuoi compiti sono meramente burocratici: la documentazione, la dimostrazione, il consenso informato hanno una funzione burocratica fine

a se stessa, non sono prettamente mediche... ma queste cose ce l'hai perché le fai [...].

Molti dei miei colleghi che lavorano in ospedale mi dicono “che coraggio, come fai a farlo?": è per il rischio falsamente associato al lavoro con le tossicodipendenze ma in realtà a ben guardare ogni anno muoiono diversi medici che lavorano nelle guardie mediche dove arriva un po' di tutto o al pronto soccorso dove ci sono aggressioni. Statisticamente non mi sento di dire che sia un settore a rischio. È un po' il riflesso di una stigmatizzazione di un certo tipo di campo... (Dicembre 2019).

La narrazione del medico sembra suggerire in primis il grande potere esercitato da un contesto destrutturato, o meglio continuamente ri-strutturante. È il contesto del *free party*, del locale o anche della strada – da considerare nelle loro specifiche diversità – che rende possibile focalizzarsi sulla relazione e la comunicazione indispensabili nell'approccio di *prossimità*, diversamente da quanto accadrebbe all'interno dell'ospedale, un dispositivo che tende a escludere, separare, selezionare e produrre. Il contesto delle feste, come quello della strada, sembrano aprire un margine di manovra per la presa di distanza da un certo *modus operandi*, quello di una medicina disinteressata a un determinato piano di comunicazione tra medico e paziente e volta, piuttosto, a prendere in considerazione, costruire e ritagliare solo “il nocciolo della questione”. Come ha osservato Byron Good (2006) tale approccio traduce il paziente in un progetto medico, la persona non è soggetto narrante ma luogo della malattia. Non a caso

le questioni sociali e comportamentali rappresentano sempre una quota risibile dei piani di studio di medicina, e quando si diventa medici effettivi, queste cosiddette dimensioni “psicosociali” della medicina sono ridotte ai margini, assorbite dalla pratica quotidiana, “rispolverate” per casi eccezionali o del tutto messe da parte (Good 2006: 130).

Approssimarsi alle attività dei servizi di riduzione del danno, siano esse destinate ai contesti di *loisir* o della strada, richiede uno sguardo ampio, capace di incrociare il lavoro di chi vi opera e quello di chi fa etnografia, cogliendo anche la dimensione critica che la prospettiva della riduzione del danno permette di aprire. In questo senso è importante ricordare come alcuni dei servizi di riduzione del danno tendano a rappresentarsi come “a-specifici”⁹, servizi che agiscono o tentano di operare «non incasellando le persone e qualsiasi cosa ci si trovi davanti»¹⁰. Ciò non significa, continuo a dire, che tali servizi e gli attori che la incarnano non possano riprodurre, a volte, nuove e vecchie forme di controllo, soggettivazione e assoggettamento. Si tratta di esiti possibili che, al di là delle retoriche, certi operatori e operatrici dei servizi hanno rivelato di non ignorare nel corso della consulenza: alcuni, ad

esempio, hanno in più occasioni accennato alla propria difficoltà di smarcarsi completamente dal modello biomedico. Lungo questa linea, significative sono le osservazioni dall'antropologa Sabrina Tosi Cambini, la quale suggerisce che nei contesti di bassa soglia la persona non è (o non dovrebbe essere) «ridotta alla specifica domanda che il servizio trova corrispondente alle proprie categorie, ma porta con sé tutta se stessa ed è accolta nella sua interezza» (TOSI CAMBINI 2011: 99-100). Ritengo che proprio tale livello di consapevolezza possa aiutare nella costruzione di uno spazio di lavoro e dialogo, nella consapevolezza dei rischi corsi nell'attivare certe collaborazioni – cui in parte ho già fatto riferimento nelle premesse – non diversamente da tutti quegli antropologi che, come auspicato da Good, dovrebbero provare a unirsi nella lotta «per una distribuzione più equa delle risorse e dei servizi sanitari e per una pratica medica più umana» (GOOD 2006: 96), pur rimanendo critici verso le istituzioni mediche.

Disegnare l'intervento: osservare e agire

La mia esperienza di collaborazione ha visto principalmente il coinvolgimento dei servizi delle unità mobili che intervengono in contesti di divertimento e su questi intendo adesso soffermarmi. Molte delle équipes che ho potuto affiancare nel corso del lavoro di consulenza mettono all'opera, durante le serate o gli eventi, competenze frutto di osservazioni mirate, approfondite ma non «invasive» delle pratiche di divertimento e di consumo. Infatti, come mostrerò, è principalmente l'osservazione condotta nei differenti contesti, insieme all'esperienza e alla formazione formale e informale dei diversi operatori e operatrici a permettere di costruire una offerta *ad hoc* da parte del servizio. Si immagini in questo senso un intervento prima di tutto ricettivo, costruito attraverso l'osservazione e l'esperienza *dei* e *nei* contesti, condotto attraverso un'indispensabile flessibilità nel “divenire parte del contesto”. In questo senso è importante ricordare che alcuni degli operatori e delle operatrici che ho incontrato frequentano, o hanno frequentato in passato, anche per interesse personale i contesti del divertimento in cui si trovano oggi a lavorare, potendo così conoscerne le dinamiche e, a volte, i frequentatori. Anche per questo alcuni professionisti dei servizi esibiscono stili ed estetiche aderenti a determinati mondi del divertimento – dal *raver* alla *clubber* – quasi a coronare in tal modo i processi di incorporazione dei quali sono (o sono stati) protagonisti. La funzione strumentale di queste estetiche, più o meno strategicamente voluta e ricercata, offre infatti la possibilità di un più facile accesso ai contesti di lavoro, rendendo alcuni operatori maggiormente

inseriti nei *setting* e riconoscibili a una parte di frequentatori, attraverso un processo che al contempo tenderebbe alla “invisibilizzazione” del servizio. In questo senso, nel corso del lavoro di affiancamento di alcuni servizi, mi è capitato di incontrare operatrici scelte *ad hoc* per determinati contesti, secondo logiche e criteri che tenessero conto anche di tali inclinazioni, esperienze ed estetiche personali. Questi elementi contribuiscono a generare familiarità e prossimità tra chi partecipa agli eventi e il servizio al punto che in varie occasioni è difficile distinguere tra “semplici partecipanti” alla serata (o all’evento) e operatori. Un complesso intrico di sguardi e di potenziali riconoscimenti che non sarebbe stato facile sciogliere anche per noi ricercatori, se non fossimo già stati al corrente della composizione dell’*équipe* del servizio. Del resto se si guarda all’esperienza di chi fa ricerca sul campo, ricorda Fabietti (1999: 66) «Un potente marcatore della distanza è ad esempio costituito dal modo di vestirsi. Se si è vestiti allo stesso modo il confine tra noi e gli altri può essere, almeno in parte, attraversato più facilmente. [...] Vestiti allo stesso modo ci si sente “meno lontani”». E ciò ovviamente purché non si tratti di una esasperata performance imitativa. Inoltre, in alcuni casi, operatori e operatrici sono portatori di quell’esperienza acquisita nel tempo che si esprime anche nel saper vedere, sapersi muovere e comportare in un certo tipo di contesto, strumenti fondamentali in un mondo come quello che si costruisce intorno al divertimento notturno che si presenta da subito come agito più che raccontato.

All’interno dei *setting* specifici di lavoro – dai club alle discoteche, dai *free party* ai festival – le *équipe* agiscono dentro e insieme al contesto, aderendo e “flettendosi” il più possibile, osservando e interagendo con le variabili contestuali. A questo proposito è importante precisare che in alcuni casi, particolarmente in occasioni di festival di medie e grandi dimensioni (ma non solo), sono emerse specifiche modalità di intervento da parte di alcuni servizi. L’osservazione in questi contesti ha accompagnato *équipe* che sceglievano di sottolineare la propria presenza rendendosi maggiormente visibili, indossando pettorine o segnali distintivi come, ad esempio, una fascia sul braccio, un gilet ad alta visibilità e/o un cartellino identificativo. Tali strumenti permettono a chi lavora nel servizio di identificarsi rapidamente e di richiamare l’attenzione in ambienti anche bui e/o affollati. In alcune occasioni l’*équipe* era dotata di zaini di pronto soccorso (solitamente rossi con bande catarifrangenti) grazie ai quali era possibile intervenire “sul posto” in casi di necessità durante i “giri di monitoraggio”. Anche questa scelta, sebbene si allontani da una modalità di stare nel contesto “invisibilizzandosi”, può essere considerata come l’esito di una strategia flessibile di

alcuni servizi, i quali in determinate occasioni sembrano capaci di modulare diversi gradienti di “visibilità”.

La maggior parte dei servizi operativi nell’ambito del divertimento montano e gestiscono uno *stand info-point* dove sono offerti materiale informativo, zuccheri, generi di conforto, acqua, «pippotti»¹¹ con soluzioni fisiologiche, stagnole, preservativi, alcool-test monouso e tutto ciò che l’*équipe* del servizio ritiene utile esporre in quel determinato *setting* del divertimento. Altri materiali, secondo il principio di coerenza con il contesto, non vengono esposti e sono forniti solamente su richiesta, a volte dopo un breve colloquio. Come emerso da alcune osservazioni e interviste condotte con chi lavora nei servizi, la selezione, mai rigida, dei materiali da esporre è frutto di una ponderata analisi e conoscenza dei *setting* di lavoro: alcune *équipe* scelgono di mettere a disposizione, ad esempio, la carta stagnola solamente in determinati contesti, materiale che richiama consumi di sostanze specifiche secondo modalità peculiari, come ad esempio l’eroina fumata. Questo non significa necessariamente che certe sostanze e modalità di consumo siano assenti in altre tipologie di contesti, ma solo che in tali altri *setting* è meno probabile incontrarli. Un altro elemento capace di esercitare una certa influenza sulla scelta dei materiali da esporre è costituito dall’ “appropriatezza” più o meno riconosciuta a quanto è preparato negli stand per la successiva distribuzione, soprattutto nel caso di contesti specifici come grandi e piccoli festival, club e locali. Tutte occasioni in cui sono implicati differenti gradi di negoziazione e di attenzione ai desiderata variamente espressi da gestori, organizzatori e talvolta dalle amministrazioni locali. In merito all’allestimento dell’*info-point* sembra utile riportare, a titolo di esempio, uno stralcio di diario di campo, frutto delle osservazioni realizzate in occasione di un rave svoltosi in una campagna del nord Italia.

Dopo qualche decina di metri arriviamo all’*info-point* del servizio: la postazione si inserisce perfettamente nell’ambiente, tra i camper e qualche tenda, ma sembra ammiccare con qualcosa di più, di lievemente diverso, quei dettagli e quella cura che attirano l’attenzione di molti passanti. Il tavolino arancione sotto il gazebo blu non ospita bigiotteria e accessori artigianali né economici panini. Il banchetto è occupato da flyer informativi: alcool, amfetamine, cannabis, cocaina, eroina, mdma, lsd, ketamina, 2cb, dmt...tante altre sigle. I flyer si presentano con un’estetica giovane e accattivante, un linguaggio diretto, semplice e “orizzontale” accompagnato da colori, grafiche e foto che richiamano, in maniera un po’ onirica, gli effetti, le sensazioni ma anche le forme delle differenti sostanze. Alcuni flyer riportano anche con i nomi gergali delle sostanze. Una parte del materiale informativo è dedicato alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e sul tavolo sono disponibili anche preservativi. Insieme ai vo-

lantini, la postazione offre generi di conforto come biscotti, taralli, gomme da masticare, caramelle e, soprattutto, acqua. “L’acqua è un elemento fondamentale per la buona riuscita di una festa”, così ci ha spiegato una volta un organizzatore di feste. Non si tratta solo del caldo, come ci è stato ripetuto anche in altre occasioni di osservazione, il consumo di determinate sostanze “in sicurezza” richiede una buona idratazione, considerato anche che la sostanza che “per eccellenza” accompagna il divertimento, l’alcool, provoca disidratazione (giugno 2019).

Come qui riportato, l’estetica della postazione asseconda, frequentemente, il criterio di ricerca di coerenza con il contesto circostante. Alcune équipe osservate, infatti, allestiscono con attenzione un *info-point* affinché possa confondersi esteticamente con la festa, il locale o l’evento, in maniera tale da non risultarne scollegato, differenziandosi però per dettagli e particolari utili a richiamare l’attenzione dei frequentatori. Secondo quanto è emerso in tutte le occasioni di osservazione le grafiche e le estetiche dei materiali informativi esposti sono spesso pensate per incuriosire, “tarate” su un *target* giovane, da avvicinare con linguaggi semplici e, perché no, ironici. In alcuni casi proprio i flyer più provocatori si rivelano come i più “seduttivi”, associando spesso le informazioni sulle sostanze e i loro rischi a personaggi di fantasia conosciuti, come quelli provenienti dal mondo dei cartoni animati o dei videogames. L’uso dei nomi gergali, oltre ad avere un dichiarato fine didascalico, permette di esibire anche la competenza di un servizio capace di sapersi muovere e di usare il linguaggio di chi utilizza sostanze. La conoscenza dei nomi gergali, infatti, come di tutta la terminologia connessa al consumo fa parte di quella “cultura” indispensabile alla relazione di prossimità, un sapere che si impara e si aggiorna sul campo, attraverso la formazione (formale e, volendo, informale) e l’osservazione dei e nei contesti.

Le osservazioni qui riportate, relative alle narrazioni riguardanti la gestione dell’acqua quale elemento “fondamentale” nelle occasioni di divertimento, richiamano l’attenzione sulla convergenza di conoscenze originate da esperienze formative formali e informali. In questo senso la scelta di cosa esporre e “offrire” a chi frequenta gli eventi è frutto di conoscenze e codici in parte condivisi da chi opera nei servizi e chi fa uso di sostanze, codici che trovano espressione anche in dinamiche relazionali basate – a volte ma non sempre – su degli “impliciti” propri di una conoscenza condivisa acquisita attraverso la pratica.

Nella maggior parte dei casi, quando il contesto lo permette, le équipe di riduzione del danno allestiscono anche una *Chill Out Zone* sotto a un gazebo

o in area possibilmente riparata, nella quale sono collocate sedie, cuscini e supporti morbidi. È una zona di “decompressione”, concepita per accogliere, in cui i partecipanti possono fermarsi per rilassarsi e recuperare le energie. Quest’area creata e offerta dai servizi, oltre a rivelarsi utile per lo svolgimento del lavoro di operatori e operatrici, sembra anch’essa nascere, più che da una esigenza esplicitamente dichiarata da chi partecipa agli eventi, dalla conoscenza delle dinamiche in atto nei contesti. In alcuni casi, come emerso dalle modalità di intervento di alcune équipes specifiche, la *Chill Out Zone* può avere un profilo più dichiaratamente “sanitario” e quindi ospitare soprattutto le persone che si trovano in condizioni di malessere. Nel corso del lavoro di consulenza, infatti, le pratiche di gestione e allestimento di questo spazio come anche le stesse definizioni di *Chill Out Zone* si sono rivelate flessibili da équipes a équipes e da contesto a contesto. Alcuni tra le operatrici e gli operatori, non si limitano a presidiare quest’area e l’*info-point* in attesa di partecipanti e consumatori, ma conducono anche dei “giri di monitoraggio” nelle aree circostanti per intervenire in caso di criticità (malesseri etc...) e, al contempo, osservare le dinamiche in atto. A titolo di esempio ritengo utile riportare uno stralcio dei miei appunti di campo concernenti un importante festival techno organizzato in una realtà del nord Italia:

Si procede con una rapida perlustrazione degli spazi, in maniera da individuare eventuali zone “nascoste”, meno visibili, aree da tenere presente durante i giri di monitoraggio. Ci spostiamo fuori dalla struttura: non è raro che i parcheggi divengano luoghi di consumo e, potenzialmente, anche spazi in cui qualcuno potrebbe sentirsi male e magari avere difficoltà a richiamare l’attenzione. All’ingresso principale e nel parcheggio sostano già gruppetti di ragazzi in attesa dell’apertura. Qualcuno fuma, altri rimangono in macchina, musica a tutto volume e “beverone” alla mano, un mix alcolico di produzione casalinga utile a “caricarsi” prima dell’entrata (anche perché una volta dentro, si sa, l’alcool non sarà certo economico). Accompagno l’équipe nel giro per il parcheggio, vengono individuate le aree critiche (fossi, buche ecc..) e il perimetro oltre il quale si sceglie di non avventurarsi nel corso della nottata. [...] Seguo un paio di operatori nella sala dove la musica pompa a più non posso e i ragazzi ballano, i volti illuminati a tratti dai laser intermittenti del festival: ci facciamo strada tra la folla, uno degli operatori ha uno zaino di pronto soccorso ad alta visibilità. Alcuni ragazzi sono accasciati ai muri della sala, chi perso nel proprio trip con lo sguardo fisso nel vuoto, chi si sorregge a un amico, qualcuno è disteso a terra, qualcun altro vomita in bagno o sulla strada per arrivarci. Nella maggior parte dei casi gli operatori si avvicinano per capire se è necessario un loro intervento: un ragazzo viene girato su un fianco, viene eseguita una medicazione sul posto, ad altri si segnala la presenza dell’équipe e dell’area “sanitaria” dove qualcuno viene anche accompagnato (marzo 2019).

Le perlustrazioni vengono condotte, quando possibile, anche prima dell'inizio dell'evento, nel tentativo di realizzare una rapida mappatura degli spazi e di individuare eventuali aree critiche, pericolose o poco visibili. Questo studio degli spazi realizzato per pianificare l'intervento prevede la conoscenza di determinate dinamiche relative all'uso, anche strategico, degli ambienti da parte di alcuni consumatori. In sintesi, è importante sapere come e dove guardare e, soprattutto, cosa potrebbe accadere in quel determinato spazio. In occasione dei "giri di monitoraggio" è stato quindi possibile osservare un altro volto degli interventi "non invasivi" dei servizi. Alcuni operatori perlustrano gli spazi, facendosi strada sui *dancefloor* e rivolgendo la propria attenzione anche alle aree meno visibili e più nascoste come alle zone perimetrali degli ambienti perché, come spiega un coordinatore, «una persona quando non sta bene cerca di allontanarsi dal caos, se ce la fa». In certe occasioni le équipes soccorrono anche sul posto le persone, le quali vengono invitate a sedersi o sdraiarsi, oppure, se sono a terra, vengono "girate" in posizione di sicurezza. Si cerca di capire con delicatezza le necessità della persona, se la persona è cosciente si forniscono acqua e zuccheri se necessario, ci si assicura che nessuno rimanga solo se in condizioni di malessere. Altre persone, specialmente se trovate sole e disorientate, vengono portate alla postazione e lì seguite e assistite.

Una questione di postura

Quanto accennato fino qui è realizzato in maniera non intrusiva, attraverso una gestione attenta dell'intervento e una rispettosa osservazione degli spazi e dei momenti del divertimento, tenendo conto anche delle necessità emergenti dai contesti e dagli attori che li animano. In questo senso si è potuto quindi mettere in luce una specifica dimensione di lavoro dei servizi, agita e silente, che si esprime inizialmente nell'"esserci coscientemente" e, in seconda battuta, in una interazione dialogica e fattuale. Si tratta di una dimensione strutturale dell'impostazione alla prossimità senza giudizio che caratterizzerebbe il mandato e la postura dei servizi di bassa soglia, all'interno dei quali si creerebbero «legami deboli in grado di essere forti perché suscitano minore resistenza. Il legame debole non chiede ma offre e non incasella le persone»¹². Ed è qui che lavorando «a casa di altri»¹³, il servizio ha l'ambizione di agire in maniera a-specifica, non potendo pre-determinare chi o cosa emergerà nel contesto. Tutto ciò richiede quindi una capacità di stare «non invasiva e la disponibilità a essere invasi»¹⁴ considerando anche la pratica continua di ricerca di un delicato equilibrio – in

ciò che si fa, ciò che si dice e come lo si dice – indispensabile per attuare interventi efficaci. Interventi che, sebbene si sviluppino spesso in un lasso estremamente limitato di tempo, sono spinti dalla volontà di creare una sorta di empatia con gli interlocutori e le interlocutrici per poter interagire nella maniera più adeguata a farne emergere i bisogni.

Per operare efficacemente nell'area della riduzione del danno e dei rischi i servizi di prossimità devono necessariamente mettere all'opera un approccio per quanto possibile non giudicante nei confronti di chi a loro si rivolge. Come ho accennato, gli operatori e le operatrici "sul campo" attivano relazioni attraverso la creazione di un "legame debole" – secondo il linguaggio emico – rinunciando non solo al giudizio ma anche alla normatività, al patto terapeutico e proponendo percorsi *personalizzati*, che mettano al centro la persona e le sue necessità. In questo senso, quindi, "restituire agentività" a chi utilizza sostanze rischia di risultare fallimentare se non si abbandonano giudizi e certezze. Nonostante ciò, non è difficile immaginare quanto sia complesso riuscire effettivamente a mantenere questa postura, soprattutto considerando il contesto socio-politico-culturale entro il quale i professionisti dei servizi operano. Chi opera nei servizi si trova a lavorare incontrando varie forme di "alterità interne", aprendo spazi di collaborazione spesso difficili, a volte provocatori nei confronti delle certezze acquisite (TOSI CAMBINI 2011), una condizione non troppo distante da quella vissuta dall'antropologo sul campo. In tali contesti appare indispensabile uno sforzo autoriflessivo e uno sguardo ampio e di contesto, operazione che stabilisce evidenti analogie tra il lavoro dell'etnografo e quello dell'operatore e dell'operatrice sociale.

In tutte le situazioni osservate nel corso della consulenza è risultato evidente il tentativo e la tensione dei professionisti dei servizi nel voler mantenere la difficilissima postura richiesta dalla sospensione del giudizio. Se è vero che anche dal nostro punto di vista, abbiamo potuto sporadicamente intravedere la spia di pratiche di *maternage*, di approvazione e/o di sottile disapprovazione – approcci che difficilmente dialogano con la sospensione del giudizio – va detto però che in alcuni casi sono probabilmente queste modalità a essere meglio utilizzate dagli operatori per creare canali di comunicazione immediati e intervenire quindi attivamente nella relazione con la persona. Se pensiamo alla rapidità e al limitato tempo a disposizione che caratterizzano i contatti stabiliti da chi lavora nelle unità mobili in contesti di *loisir*, appare perfettamente comprensibile la difficoltà di agire e problematizzare questioni estremamente complesse senza scivolare in alcuni meccanismi retorici e potenziali posture giudicanti. Interessante, in

proposito, sarebbe indagare se certe modalità (seppur emerse in misura sporadica) coincidano davvero con una ferma e convinta postura giudicante dell'operatore in gioco o se siano piuttosto dovute maggiormente a strategie comunicative e relazionali messe in atto in alcuni interventi che, come nel momento in cui si è chiamati a un intervento di tipo informativo-educativo mosso da una istanza trasformativa, si consumano generalmente in una manciata di minuti.

Conclusioni

In questo articolo ho cercato di mettere in luce alcuni elementi di quello spazio proficuo di lavoro definito dall'accostamento fra lavoro sociale, in particolare quello degli operatori dei servizi di riduzione del danno, e il piano esperienziale e, a volte, analitico di chi fa etnografia. Grazie alla complessità caratterizzante l'approccio della riduzione del danno ritengo che sia possibile attivare spazi di lavoro e di dialogo densi nell'ambito di possibili collaborazioni sul terreno. Ricercatori e operatori si confrontano, in misura e forme differenti, con l'impregnazione (OLIVIER DE SARDAN 2009) delle proprie e delle altrui esperienze attraverso la pratica di una conoscenza sensibile. Il «capire attraverso una frequentazione» (PIASERE 2002), un processo comune alle figure di operatori ed etnografi in quanto protagonisti di una trasformazione personale e di una formazione continua, si rivela fondamentale per riuscire efficacemente a entrare nel gioco delle alterità e a interagire con esse. Entrambe le figure agiscono investendo in una capitalizzazione di esperienza (GROSSO, LA GIOIA 2017) che agevola la comprensione e, per ciò che concerne l'operatore e l'operatrice di prossimità, ne affina l'intervento. Tosi Cambini, ha ricordato in questo senso le potenzialità del lavoro sociale, capace di aprire anche "soltanto" spazi di comprensione in cui le persone possano esprimere socialmente se stesse. Una strada interessante questa, che permette di guardare all'intento trasformativo dei servizi e di ragionare ancora una volta sul rapporto tra la nostra disciplina e le sue forme, modalità e intenti di applicazione:

l'istanza trasformativa insita nel lavoro sociale può concretizzarsi in una capacità trasformativa, ma in questo passaggio bisogna ben tenere presente chi/che cosa si cerca di trasformare. [...] all'operatore di bassa soglia competerebbe, a mio avviso, la capacità di saper portare in un contesto istituzionalizzato l'interessa dell'esperienza di vita della persona, il suo mondo di riferimento, i significati che soggiacciono alle sue scelte e alle costrizioni subite, la definizione della situazione che persona e operatore hanno costruito insieme nella relazione. (TOSI CAMBINI 2011: 102).

Come ho cercato di mostrare, i servizi di riduzione del danno hanno la possibilità di aprire e muoversi *in* spazi che possono rivelarsi occasioni di analisi e di critica, e non solo campi dove si riproducono possibili pratiche di plasmazione di soggetti e condotte. Periodi storici e specificità territoriali mostrano evidentemente come tali dimensioni possano espandersi in una direzione o nell'altra, soprattutto alla luce delle cornici storico-politiche all'interno delle quali i servizi si trovano ad agire. Non si tratta dunque di dimenticare gli aspetti che rendono la riduzione del danno parte di un congiunto di dispositivi che incentivano all'autodisciplinamento chi fa uso di sostanze. Si dovrebbe piuttosto provare a comprenderne la complessità, nelle sue ambivalenze e in maniera organica, evitando di sacrificare certi elementi attraverso riduttive letture volte a illuminare solo determinate dimensioni. Lo stesso ospedale, spazio del quale siamo abituati a riconoscere gli aspetti più spiccatamente coercitivi ed escludenti, è un luogo al quale dovremmo prestare più attenzione, come suggerito da Nancy Scheper-Hughes, in quanto potenziale luogo di fermento sociale e di rivoluzione: «mezzo per generare un'ampia critica sociale, che inizia mettendo in relazione la sofferenza, la marginalità e l'esclusione che si produce all'interno dell'ospedale con ciò che avviene all'esterno nella famiglia, nella comunità, nella società in generale» (SCHEPER-HUGHES 1990: 70). Sulla scia di quanto suggerisce l'antropologa è importante ricordare che non a caso la riduzione del danno si nutre anche dell'esperienza basagliana, nata e sviluppata da «[...] un'analisi concreta dei rapporti di potere e da un impegno attivo nella critica dei processi istituzionali, connessi alla produzione delle categorie di "sano" e "malato" all'interno della società italiana negli anni Sessanta e Settanta del Novecento» (PIZZA 2005: 79-80).

In Italia la riduzione del danno vive da tempo una condizione di marginalizzazione e di precarietà (a differenza di ciò che accade in altri paesi), un posizionamento che può probabilmente aver contribuito allo sviluppo (e al mantenimento?) di quello sguardo obliquo cui si è fatto riferimento e che permette di intercettare contraddizioni e criticità che informano nel nostro paese il "problema della droga". Come ho tentato di mostrare, la postura e le metodologie che orientano il *modus operandi* di chi opera nei servizi di riduzione del danno e limitazione dei rischi predispongono a un determinato tipo di lavoro di osservazione, ascolto e riflessione, prima che di azione. "Lavorare a casa di altri", ha ricordato un coordinatore di un progetto di riduzione del danno nel corso di un recente incontro pubblico, richiede un profondo sforzo come anche una disponibilità e una capacità acquisite spesso attraverso anni di esperienza, di "stare nei contesti" – *i free*

party, i festival, i locali o anche la strada – adattandosi e rendendosi parte di essi. Si tratta di servizi che, come ho illustrato, cercano di muoversi attraverso pratiche *ad hoc* di “invisibilizzazione” o, in alcuni casi specifici, di “visibilizzazione” del servizio e lavorano tentando di rendersi il più possibile coerenti con i contesti attraverso un accompagnamento continuo dei fenomeni. La presenza di operatori e operatrici che vantano lunghi anni di esperienza e hanno sperimentato una certa dose di “impregnazione” appare cruciale per aprire canali di comunicazione con i contesti e con coloro che li animano, laddove servizi più istituzionalmente strutturati sembrano avere minore efficacia nel mettere in atto azioni capaci di entrare in tensione *con* o di sovvertire i meccanismi degli stessi dispositivi.

Secondo quanto emerso al termine della ricerca, il lavoro dei servizi è un lavoro che risulta spesso difficile da “individuare” e al quale molti attori, istituzionali e non, faticano a riconoscere autorevolezza. Una forma di misconoscimento che è risultata fonte di frustrazione per gli operatori della riduzione del danno. In questo senso, la forza del servizio, la capacità di stare nel contesto entrando in risonanza con esso, rischia di divenire al contempo il suo punto debole: se da una parte l’attitudine a essere prossimi ai contesti permette alla riduzione del danno di aprire spazi di lavoro unici, dall’altra le istituzioni faticano nel riconoscere tale approccio come chiave chiara, utile e fruttifera di lavoro. In tale scenario, attraverso l’ingresso dei servizi di riduzione del danno nei Livelli Essenziali di Assistenza¹⁵, un primo grado di riconoscimento sembra essersi affermato negli ultimi anni (al momento da un punto di vista meramente formale). Divenire più strutturati, aderendo a forme e modalità di lavoro che risulterebbero più chiare agli occhi delle istituzioni, se da un lato permetterebbe un maggiore riconoscimento per le professionalità che animano la riduzione del danno e per i servizi stessi (e quindi maggiore stabilità anche economica), dall’altro potrebbe significare dover abbandonare una serie di caratteristiche, in parte qui illustrate, che rendono e hanno reso l’approccio della riduzione del danno uno spazio di lavoro peculiare (oltreché critico). A fronte dei cambiamenti in atto i servizi saranno in grado di mantenere la loro tensione verso una “natura” flessibile e a-specifica?

Note

⁽¹⁾ Un ringraziamento va a Giovanni Pizza, Massimiliano Minelli, Armando Cutolo ed Elisa Pasquarelli per i preziosi consigli e le revisioni del testo.

- (2) Tutte le traduzioni presenti nel testo sono a cura dell'Autrice.
- (3) Gruppi di popolazione che frequentemente sfuggono alle indagini e ricerche svolte attraverso campionamento.
- (4) Divenuti nove al momento della scrittura del report finale
- (5) Nello specifico la ricerca sul campo ha avuto una durata complessiva di quattro mesi ed è stata condotta nelle seguenti città Perugia, Roma, Firenze, Reggio Emilia, Milano, Como, Varese, Torino.
- (6) Formula utilizzata da Robert Chambers (1981: 96) per definire il metodo di raccolta dati RAR-Rapid Rural Appraisal- realizzata in modo “veloce e sporco” appunto, in tempi brevi e in maniera poco precisa.
- (7) Da qualche decennio si sono intensificate le riflessioni relative al ruolo e al significato che la consulenza antropologica può assumere nella collaborazione con differenti ambiti, dal multiforme contenitore del “sociale” alla cooperazione internazionale, dal campo medico-sanitario ai contesti investiti da catastrofi quali terremoti e disastri ambientali (ambiti difficili da circoscrivere in maniera netta e che, a volte, possono sconfinare facilmente l'uno nell'altro). Si tratta di un tema, quello della consulenza, intorno al quale si sono coagulate forti tensioni interne alla disciplina stessa, a livello nazionale e internazionale, dibattiti che hanno messo al centro riflessioni dense e di primaria importanza. Fra queste si ricordino la questione della “neutralità” e dell’“oggettività” della ricerca, quella dell'indipendenza del ricercatore sul campo, il tema della negoziazione con la committenza, la complessità dei rapporti con i soggetti coinvolti nelle ricerche, nuclei profondamente interconnessi tra loro. Relativamente a tali argomenti tra i tanti autori italiani cfr. SEPPILLI (2008 [1979]); COLAJANNI (2012, 2014); DECLICH (2012); CICOZZI (2013); LENZI GRILLINI (2014, 2019); BENADUSI (2017, 2020); RICCIO TARABUSI, TOMMASOLI (2018).
- (8) Espressione emersa in più occasioni nel corso della ricerca.
- (9) Dall'intervento di un coordinatore di progetti di riduzione del danno ascoltato nell'ambito del meeting *Nautilus Free Harm Reduction* tenutosi a Roma in data 21 novembre 2019.
- (10) Dall'intervento di un coordinatore di progetti di riduzione del danno ascoltato nell'ambito del meeting *Nautilus Free Harm Reduction* tenutosi a Roma in data 21 novembre 2019.
- (11) Frequentemente tubicini di plastica o carta arrotolata per “tirare” la sostanza, una soluzione più igienica da utilizzare al posto della banconota.
- (12) Dall'intervento di un coordinatore di progetti di riduzione del danno ascoltato nell'ambito del meeting *25 anni dalla carta di Certaldo. Operatori a confronto* tenutosi a Firenze in data 7-8 novembre 2019.
- (13) Dall'intervento di un coordinatore di progetti di riduzione del danno ascoltato nell'ambito del meeting *25 anni dalla carta di Certaldo. Operatori a confronto* tenutosi a Firenze in data 7-8 novembre 2019.
- (14) Dall'intervento di un coordinatore di progetti di riduzione del danno ascoltato nell'ambito del meeting *25 anni dalla carta di Certaldo. Operatori a confronto* tenutosi a Firenze in data 7-8 novembre 2019.
- (15) «I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)»; dal sito del Ministero della Salute.

Bibliografia

- BARRY A., BORN G., WESZKALNYS G. (2008), *Logics of Interdisciplinarity*, "Economy and Society", Vol. 37 (1): 20-49.
- BENADUSI M. (2017), *Antropologia dei disastri. Ricerca, Attivismo, Applicazione*, "Antropologia Pubblica", Vol. 1 (1-2): 25-46.
- BENADUSI M. (2020 in cds), *L'antropologia applicata in Italia: sviluppi e ripensamenti*, "Voci. Annuale di Scienze Umane", XVII, sezione monografica: ALLIEGRO E.V., MILICIA M.T. (a cura di), *Prospettive e rappresentazioni di storia e storiografia dell'antropologia italiana*.
- BOURGOIS P., SCHONBERG J. (2009), *Righteous Dopefiend*, University of California Press, Berkeley.
- BOURGOIS P. (2000), *Disciplining Addictions: The Bio-Politics of Methadone and Heroin in the United States*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Vol. 24 (2): 165-195.
- CALLARI GALLI M., TOMELLERI S. (2004), *Un operatore etnografo del territorio*, "Animazione Sociale", 186: 3-9.
- CAMPBELL N. SHAW S.J., (2008), *Incitements to Discourse: Illicit Drugs, Harm Reduction, and the Production of Ethnographic Subjects*, "Cultural Anthropology", Vol. 23 (4): 688-717.
- CARLSON R.G., SINGER C.M., STEPHENS R.C., STERK C.E (2009), *Reflections on 40 Years of Ethnographic Drug Abuse Research: Implications for the Future*, "Journal of Drug Issues", Vol. 39 (1): 57-70.
- CHAMBERS R. (1981), *Rapid Rural Appraisal: Rationale and Repertoire*, "Public Administration and Development", Vol. 1: 95-106.
- CICCOZZI A. (2013), *Parola di scienza. Il terremoto dell'Aquila e la Commissione Grandi Rischi: un'analisi antropologica*, prefazione di P. Clemente, DeriveApprodi, Roma.
- COLAJANNI A. (2012), *Note e riflessioni sulla consulenza antropologica*, pp. 37-49, in DECLICH F. (a cura di), *Il mestiere dell'antropologo. Esperienze di consulenza tra istituzioni e cooperazione allo sviluppo*, Carocci, Roma.
- COLAJANNI A. (2014), *Ricerca "pura" e ricerca "applicata" Antropologia teoretica e antropologia applicativa a un decennio dall'inizio del terzo millennio*, "Dada. Rivista di Antropologia post-globale", Vol. 4 (2): 25-40.
- DECLICH F. (a cura di) (2012), *Il mestiere dell'antropologo. Riflessioni su esperienze tra sviluppo e istituzioni*, Carocci, Roma.
- DRUCKER E. (1995), *Harm Reduction: A Public Health Strategy*, "Current Issues in Public Health", Vol. 1: 64-70.
- DRUCKER E. CROFTS N. (2017), *Are We Anywhere Near There Yet? The State of Harm Reduction in North America in 2017*, "Harm Reduction Journal", Vol. 14 (1): 55.
- FABIETTI U. (1999), *Antropologia culturale L'esperienza e l'interpretazione*, Laterza, Roma-Bari.
- FELDMAN H.W., ALDRICH M.R. (1990), *The Role of Ethnography in Substance Abuse Research and Public Policy: Historical Precedent and Future Prospects*, in LAMBERT E.Y. (a cura di), *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*. "NIDA Research Monograph", Vol. 98: 12-30.
- FOUCAULT M. (1977), *Microfisica del potere. Interventi politici*, Einaudi, Torino.
- FOUCAULT M. (1978), *La governamentalità*, "Aut-Aut", 167-168: 12-29.
- GALEAS S. M. (2010), *Gubernamentalidad y riesgo en el campo de las drogas: cuando la chance deviene presagio*, "El Cotidiano", 163: 55-65.

- GOOD B.J. (2006 [1994]), *Narrare la malattia Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino.
- GROSSO L., LA GIOIA A. (2017), *Preparati all'incertezza. Fare formazione in ambito sociale*, Gruppo Abele, Torino.
- HARDON A., THE CHEMICAL YOUTH COLLECTIVE (2017), *Chemical Youth: Chemical Mediations and Relations at Work*, Member Voices (cfr. *Sitografia*).
- LEVINE H.G. (2002), *The Secret of Worldwide Drug Prohibition. The Varieties and Uses of Drug Prohibition*, "The Independent Review", Vol. 7 (2): 165-180.
- LENZI GRILLINI F. (2014), *Riflessioni per una "Antropologia per lo sviluppo": analisi critica di un'esperienza di collaborazione fra antropologi e enti locali*, "Dada-Rivista di Antropologia post-globale", 2: 65-82.
- LENZI GRILLINI F. (2019[2017]), *L'antropologia in azione. Esperienze etnografiche in America Latina e Italia fra riflessioni metodologiche e prospettive applicative*, CISU, Roma.
- NICHTER M. (2003), *Harm Reduction: A Core Concern for Medical Anthropology*, pp. 13-33, in HARTHORN B.H., OAKS L. (a cura di), *Risk, Culture, and Health Inequality: Shifting Perceptions of Danger and Blame*, Greenwood Publishing Group, Santa Barbara.
- MILLER P. (2001), *A Critical Review of the Harm Minimization Ideology in Australia*, "Critical Public Health", Vol. 11 (2): 167-178.
- MOLD A., BERRIDGE V. (2010), *Voluntary Action and Illegal Drugs Health and Society in Britain since the 1960s*, Palgrave Mcmillan, London.
- MOORE D., FRASER S. (2006), *Putting at Risk What We Know: Reflecting on the Drug-Using Subject in Harm Reduction and Its Political Implications*, "Social Science and Medicine", Vol. 62 (12): 3035-3047.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P. (2009 [1995]), *La politica del campo. Sulla produzione di dati in antropologia*, pp. 27-63, in F. CAPPELLETTO (a cura di), *Vivere l'etnografia*, SEID, Firenze.
- PIASERE L. (2002), *L'etnografo imperfetto: esperienza a cognizione in antropologia*, Laterza, Roma-Bari.
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- RICCIO B., TARABUSI F. (2018) *Conversazione con Massimo Tommasoli*, "Antropologia Pubblica", Vol. 3 (2): 125-140.
- RILEY D., O'HARE P. (2000) *Harm Reduction: History, Definition and Practice*, pp. 1-26, in INCINARDI, J.A., HARRISON L.D. (a cura di), *Harm Reduction: National and International Perspectives*, Sage Publications, Thousand Oaks (CA).
- ROMANÌ O.A. (2013) *Reducción de daños y control social ¿De qué estamos hablando?*, pp. 105-116, in MARTÍNEZ ORÒ D.P., PALLARÉS GÓMEZ J. (a cura di), *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas*, Milenio, Barcellona.
- SACCO V. (2012), *Il ruolo dell'antropologo-consulente presso le organizzazioni internazionali*, pp. 99-109, in DECLICH F. (a cura di) *Il mestiere dell'antropologo Esperienze di consulenza tra istituzione e cooperazione allo sviluppo*, Carocci, Roma.
- SCHEPER-HUGHES N. (1990), *Three Propositions For a Critically Applied Medical Anthropology*, "Social Science & Medicine", Vol. 30 (2): 189-197.
- SCOTT J.C. (2019 [1990]), *Lo sguardo dello Stato*, a cura di Boni S., Eleuthera, Milano.
- SEPPILLI T. (2008) [1979], *Neutralità e oggettività nelle scienze sociali. Linee per una riflessione critica sul rapporto tra conoscenza e prassi*, pp. 105-118, in SEPPILLI T., a cura di Minelli M., Papa C., *Scritti*

di *Antropologia Culturale*, I: *I problemi teorici, gli incontri di culture, il mondo contadino*, Leo S. Olschki, Firenze.

SHAPIRO N., KIRKSEY E. (2017), *Chemo-ethnography: An Introduction*, "Cultural Anthropology", 32: 481-493.

STRATHERN M. (2011), *An Experiment in Interdisciplinarity: Proposals and Promises*, pp. 257-284, in CAMIC C., GROSS N., LAMONT M. (a cura di), *Social Knowledge in the Making*, University of Chicago Press, Chicago-London.

STRATHERN M., KHLINOVSKAYA ROCKHILL E. (2013), *Unexpected Consequences and an Unanticipated Outcome*, pp. 119-140, in BARRY A., BORN G. (a cura di), *Interdisciplinarity. Reconfigurations of the Social and Natural Sciences*, Routledge, New York.

TAUSSIG M. (1980), *Reification and the consciousness of the Patient*, "Social Science and Medicine", Vol. 14 (1): 3-13.

TOSI CAMBINI S. (2011), *Le persone non sono utenti L'originalità delle relazioni nella bassa soglia*, pp. 91-105, in BERTOLETTI S., MERINGOLO P., STAGNITTA M., ZUFFA G. (a cura di), *Terre di Confine Soggetti, modelli, esperienze dei servizi a bassa soglia*, Unicopli, Milano.

TAMMI T. (2004), *The Harm-Reduction School of Thought. Three Fractions*, "Contemporary Drug Problems", Vol. 31 (3): 381-399.

ZUFFA G. (2000), *I drogati e gli altri. Le politiche di riduzione del danno*, Sellerio, Palermo.

ZUFFA G. (2011), *Droghe, riduzione del danno e bassa soglia Verso il modello di salute pubblica*, pp. 56-71, in BERTOLETTI S., MERINGOLO P., STAGNITTA M., ZUFFA G. (a cura di), *Terre di Confine Soggetti, modelli, esperienze dei servizi a bassa soglia*, Unicopli, Milano.

Sitografia

<https://chemicalyouth.org/#/> (consultato il 20 aprile 2020).

<http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=Lea&menu=leaEssn> (consultato il 10 marzo 2020).

Scheda sull'Autrice

Giulia Nistri, nata a Firenze nel 1988, è dottoranda presso l'Università di Perugia. A seguito del percorso triennale in Teorie e Pratiche dell'Antropologia svolto alla Sapienza Università di Roma ha proseguito gli studi all'Università di Siena dove ha conseguito la laurea magistrale occupandosi di migrazioni e politiche di accoglienza in contesti extraeuropei (Brasile). Nell'ambito del percorso magistrale ha frequentato l'Universidade Federal do Rio de Janeiro e collaborato con alcune classi della Facoltà di Medicina dell'Universidade Federal Fluminense all'interno del progetto *Saúde Integral do Imigrante*. Nel corso degli anni ha inoltre coltivato l'interesse verso il tema delle dipendenze realizzando consulenze e collaborando in più occasioni a ricerche etnografiche dedicate al disturbo da gioco d'azzardo, al consumo di sostanze e alla riduzione del danno, temi al centro del suo attuale progetto di ricerca.

Riassunto

Paradigmi di Prossimità. Esperienze etnografiche nei servizi di Riduzione del danno

Questo contributo offre alcune riflessioni spunto di una consulenza condotta nell'ambito di un'esperienza di antropologia applicata ai servizi di riduzione del danno. Attraverso l'etnografia è stato possibile far emergere alcune delle dinamiche proprie dei consumi di sostanze nei contesti di *loisir* e, al contempo, rivolgere l'analisi anche ai servizi di prossimità e alla loro relazione con i "consumatori". L'osservazione ha quindi finito per illuminare determinate analogie – oggetto del presente contributo – tra lavoro sociale e lavoro etnografico, capaci di individuare uno spazio di lavoro comune e "flessibile" nutrito da elementi utili alla costruzione di un ricco dialogo tra saperi e professionalità che si incontrano restando differenti.

Parole chiave: riduzione del danno, sostanze, lavoro sociale, etnografia, prossimità

Resumen

Paradigmas de proximidad. Experiencias etnográficas en los servicios de Reducción de daños

Las reflexiones que aquí aportamos nacen de una consultoría de antropología aplicada a los servicios de reducción de daños. Gracias al método etnográfico ha sido posible identificar algunas dinámicas propias del consumo de sustancias en contextos de ocio, y también dirigir el análisis hacia los servicios de proximidad y su relación con los "consumidores". Finalmente la observación ha sacado a la luz ciertas analogías – objeto del presente artículo – entre trabajo social y trabajo etnográfico; analogías que crean un espacio común y "flexible" para que conocimientos y práctica profesional se unan en un diálogo fértil manteniendo sus propias características.

Palabras clave: reducción de daños, sustancias, trabajo social, etnografía, proximidad

Résumé

Paradigmes de proximité. Expériences ethnographiques dans la Réduction des risques

Cet article propose des réflexions issues d'une expertise réalisé dans le cadre d'une recherche d'anthropologie appliquée dédiée aux services de réduction des risques. Grâce à l'observation, il a été possible de faire ressortir certaines dynamiques de la consommation de substances dans le contexte des loisirs et, en même temps, d'aborder l'analyse des services de proximité et de leur relation avec les «consommateurs». L'ethnographie a été axée sur certaines similitudes entre le travail social et le travail ethnographique, utiles pour identifier un espace de travail commun et «flexible» nourri d'éléments utiles pour construire un dialogue riche entre savoirs et professionnels qui se rencontrent tout en restant différents.

Mots-clés: réduction des risques, substances, travail social, ethnographie, proximité

