

AM



55 / giugno 2023

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPPILLI



In copertina

Secondo una stima elaborata da SIMA (Società italiana medicina ambientale) sarebbero almeno 46 miliardi le mascherine utilizzate in Italia da inizio pandemia a maggio 2022 e 129 miliardi a livello globale quelle consumate ogni mese (3 milioni al minuto). Le mascherine che finiscono ogni giorno tra i rifiuti sono 3,4 miliardi (dato globale stimato dall'Organizzazione mondiale della sanità), a cui si aggiungono 140 milioni di kit di test che generano potenzialmente 2600 tonnellate di rifiuti non infettivi (principalmente plastica) e 731.000 litri di rifiuti chimici. Secondo lo studio *The Release Process of Microfibers: From Surgical Face Masks into the Marine Environment*, pubblicato nel 2021 su "Environmental Advances" (Salvi, F. *et al.*, Vol. 4: 100042, <https://doi.org/10.1016/j.envadv.2021.100042>) buona parte delle mascherine usate finisce negli oceani. Ognuna di essa rilascia fino a 173mila microfibre di plastica al giorno.

(Foto: © Andrea Carlino, 2020).



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.



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

55

giugno 2023
June 2023



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già 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 della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca / Chiara Moretti, Università di Bologna / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, 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 della SIAM, Sapienza Università di Roma / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / 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 Leibling, 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 / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Comitato tecnico

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano 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 / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca, Italy / Chiara Moretti, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, 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 / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, 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 / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Technical Board

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

AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica fondata da Tullio Seppilli è una testata semestrale della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), 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. 55, giugno 2023

n. 55, June 2023

Editoriale

- 11 Giovanni Pizza
Editoriale di AM 55
AM 55 Editorial

Sezione monografica

- 13 Chiara Moretti, Chiara Quagliariello
*Esperienze e pratiche di salute ai tempi della
pandemia. Tensioni, contraddizioni e possibili scenari
per un futuro delle politiche sanitarie*
*Health Experiences and Practices During
the Pandemic. Tensions, Contradictions and Possible
Scenarios for the Future of Health Policies*
- 31 Giulia Zanini, Alessandra Brigo, Anastasia Martino
*L'impatto della pandemia di Covid-19 sull'interruzione
di gravidanza. L'aborto farmacologico in tre diverse
realità nazionali*
*The Impact of the Covid-19 Pandemic on Pregnancy
Termination. Medical Abortion in Three Different
National Contexts*
- 63 Eugenio Zito
*Ammalarsi di diabete in Marocco: credenze religiose,
pluralismo medico e crisi pandemica*
*Falling Ill with Diabetes in Morocco: Religious Beliefs,
Medical Pluralism and Pandemic Crisis*
- 93 Valentina Alice Mutti
*Minori stranieri non accompagnati in tempo di crisi.
Benessere psicosociale, risorse e servizi durante e oltre
la pandemia*
*Unaccompanied and Separated Children in Time
of Crisis. Psychosocial Well-Being, Resources, and
Services During and Beyond the Pandemic*
- 117 Alice Checchia
*Oltre l'emergenza: Covid-19 e psicopandemia
in una prospettiva antropologica*
*Beyond the Emergency: Covid-19 and Psycho-
Pandemic from an Anthropological Perspective*

- 147 Corinna Santullo
Alla corte del dubbio: la pandemia di Covid-19 tra vecchia guardia e nuove reclute no-vax
At the Court of Doubt: The Covid-19 Pandemic between Old Guard and New Anti-Vaccines Recruits
- 187 Elena Zapponi, Marco Simonelli
Politiche vaccinali cubane e scommesse sulla sovranità. Risposte al virus, politicizzazione della salute globale e mutamenti accelerati
Vaccination Policies in Cuba and Bets on Sovereignty: Responses to the Virus, Politicisation of Global Health and Accelerated Mutations
- 215 Pino Schirripa
I tanti fili della sindemia
The Many Threads of Syndemics

Saggi

- 227 Giovanna Arigliani
Madri e figli nell'Italia Centrale oggi. Una relazione "di cura" tra estensione e contrazione familiare
Mothers and Children in Central Italy Today: A "Care" Relationship between Family Extension and Contraction
- 271 Rita Finco, Raúl Zecca Castel
Fo.R.Me di un'etnografia della cura. I particolari del margine
Fo.R.Me [Shapes] of an Ethnography Of Care. Margin Details

Ricerche

- 307 Federico Divino
Tra Purezza e Ascesi. Conclusioni sul problema della visione medica nel Buddhismo
Between Purity and Asceticism. Concluding Remarks over the Issue of Medical Vision in Early Buddhism

Note, interventi, rassegne

- 337 Roberto Beneduce
I rimorsi della Terra. Leggere Ernesto de Martino tra pandemie, incendi e guerre: un esercizio di immaginazione antropologica
The Land's Remorses. Reading Ernesto de Martino in the Time of Pandemics, Fires, and Wars: An Exercise of Anthropological Imagination
- 363 Roberta Bonetti
L'antropologia tra politiche e pratiche del welfare state
The Anthropology of Policies and Practices within the Welfare State in Italy

Recensioni

Roberto Beneduce, *Le esperienze di giovani immigrati dall'Africa occidentale: fra violenza e desiderio / The Experiences of Young Immigrants from West Africa: Between Violence and Desire* [Rita Finco, *Maîtres et disciples. Analyse transculturelle du parcours migratoire de l'école coranique à l'Europe*], p. 379 • Chiara Quagliariello, *Per un'antropologia medica... fuori dall'accademia / For a Medical Anthropology... Outside The Academy* [Miriam Castaldo, Maria Concetta Segneri, *Antropologhe in cors(i)a. La professione dell'antropologo medico nella sanità pubblica italiana*], p. 383 • Patrizia Quattrocchi, *Governance riproduttiva e corpi significanti. Prospettive di ricerca antropologica tra incorporazione e nuove identità / Reproductive Governance and Signifying Bodies. Anthropological Perspectives between Embodiment and New Identities* [Corinna Sabrina Guerzoni, Claudia Mattalucci (a cura di), *Reproductive Governance and Bodily Materiality: Flesh, Technologies and Knowledge*], p. 390.

Editoriale di AM 55

Giovanni Pizza

Università di Perugia

[giovanni.pizza@unipg.it]

In questo numero di AM concediamo la nostra riflessione al Covid-19 ospitando una sezione monografica dedicata alla pandemia: *Esperienze e pratiche di salute ai tempi della pandemia. Tensioni, contraddizioni e possibili scenari per un futuro delle politiche sanitarie*, curata da Chiara Moretti e Chiara Quagliariello, che vede in questo numero anche la postfazione del nostro vicepresidente Pino Schirripa, il quale, a partire dai saggi del monografico opportunamente presentati nella introduzione di Moretti e Quagliariello, riflette sia sulla prima fase della cosiddetta “zoonosi” sia sui limiti di gestione contraddittoria del capitalismo contemporaneo, temi che hanno caratterizzato, in senso critico, le letture antropologiche del drammatico evento.

In *Storie virali* prima e *Storie corali* dopo, anche con Moretti e Schirripa provammo a svolgere la riflessione dando voce ai timori di chi già pensava a un “dopo” difficile. Gli effetti del coronavirus si fanno sentire anche in una fase in cui, grazie al vaccino, sembra che la pandemia si sia allentata. I commercianti continuano a chiudere negozi e molti in città continuano ad ammalarsi. Ci vorrà forse ancora del tempo e probabilmente non si ritornerà mai a come il Mondo era prima di questa pandemia. Anche perché la crisi è diventata molteplice: si pensi solo alla guerra putiniana in Ucraina.

Del resto, questo numero di AM esce dopo che a fine gennaio di questo anno, ha avuto luogo a Napoli il quarto convegno della Società italiana di antropologia medica (SIAM) che ha riflettuto sulla fine del mondo ancorché ottimisticamente come fine di *un* mondo, come ebbe a dire a un convegno a Perugia nel 1964 Ernesto de Martino (qui discusso in una bella tavola rotonda all’Istituto di studi filosofici. Il convegno ha svolto la sua riflessione proprio sulla drammatica evoluzione di questi tempi.

Nella sezione non monografica di questo numero ci sono poi il saggio di Giovanna Arigliani che riflette sulla nozione di parentela aperta a una

valenza di cura e il saggio di Rita Finco e Raùl Zecca Castel, che va letto accanto a quello da loro scritto per il numero precedente. Vi è poi la ricerca di Federico Divino che pure va considerata insieme al suo intervento già apparso su AM.

Proponiamo poi due interessanti note: una da parte di Roberto Beneduce, dedicata a Ernesto de Martino e alla felice rivitalizzazione del suo pensiero e della sua opera, e una da parte di Roberta Bonetti, dedicata alla antropologia del welfare, che parte dai libri di Luca Rimoldi e Giacomo Pozzi: *Pensare un'antropologia del welfare. Etnografie dello stato sociale in Italia* (Meltemi, Milano 2022) e da quello di Valentina Porcellana: *Antropologia del welfare. La cultura dei diritti sociali in Italia* (Licosia Edizioni, Ogliastro Cilento 2021).

Vi è poi la sezione recensioni che ulteriormente mostra la ricchezza di studi e analisi in questo settore.

Crediamo così di dare ancora ancora una ampia testimonianza della vitalità dell'antropologia medica italiana, densa di prospettive per il futuro.

Ammalarsi di diabete in Marocco: credenze religiose, pluralismo medico e crisi pandemica

Eugenio Zito

Università di Napoli Federico II
[e.zito@unina.it]

Abstract

Falling Ill with Diabetes in Morocco: Religious Beliefs, Medical Pluralism and Pandemic Crisis

The paper discusses, also in the light of the health crisis for Covid-19 and according to a syndemic approach, some cultural and social issues related to falling ill with a chronic disease such as diabetes (*dā'al-sukarī*) in Morocco, and the specificity of the related care practices in this Muslim country characterized by widespread medical pluralism. Particular attention is given to the analysis of the combination of biomedicine, Islamic and *Amazigh* medicine in people's therapeutic itineraries and to the impact of religious beliefs and practices on the representation of diabetes and the related care processes, without neglecting, also for the effect of the pandemic, a broader assessment of the socio-cultural, economic and political determinants of health in this country. Finally, the story of a young diabetic, collected in an ethnography still in progress in Morocco, allows the author to reflect on some conflicting forces acting in the space of diabetes care in this country of the Maghreb in pandemic times, between biomedicine, Islam, traditional medicine, health surveillance and political and social control of the State.

Keywords: diabetes care, Morocco, medical pluralism, Islam, Covid-19

Dā'al-sukarī: diabete e pratiche di cura in Marocco

Nella società marocchina contemporanea il diabete mellito¹, in arabo translitterato *dā'al-sukarī*, costituisce per ragioni epidemiologiche una significativa emergenza sanitaria. Combinatasi negli ultimi anni con quella pandemica connessa al Covid-19 (FARHANE *et al.* 2021), la sua complessa gestione non si esaurisce nell'orizzonte della biomedicina. Anche in Marocco, infatti, è a tutt'oggi presente un solido pluralismo medico che costituisce, nell'insieme, un'importante risorsa terapeutica per la gente. Esso

si intreccia con la cultura religiosa islamica, i cui precetti sono percepiti e interpretati con sfumature diverse a seconda dei contesti, ma il cui ruolo, non limitato alla sfera privata, appare centrale nella rappresentazione di molte malattie, non solo del diabete, e ovviamente in molte pratiche relative alla cura di esse (MARTINSON 2011; MATEO DIESTE 2013).

Così, riferendosi ad altri mali, Tahar Ben Jelloun nel suo *Marocco, romanzo* (2010) descrive alcune di queste pratiche nel contesto della città vecchia di Marrakech, offrendoci, attraverso la sua rappresentazione letteraria (MATERA 2008), utili suggestioni etnografiche in merito a questo Paese e al dato della molteplicità dei percorsi di cura ivi presenti nella contemporaneità.

Sempre nella medina, il santo Sidi Abdelaziz Debbagh ha virtù particolari: guarisce dall'asma e dagli attacchi di angoscia. Alcune donne mettono dei lucchetti sul cancello del mausoleo. Se al loro ritorno sono aperti, significa che il santo ha interceduto in loro favore, rendendo possibile la soluzione del male [...] (BEN JELLOUN 2010: 163-164).

D'altro canto il ricorso a una pluralità di figure, sistemi e tecniche di cura, propri di medicine altre, tradizionali e non convenzionali, connota molti Paesi oltre il Marocco, e non solo dell'Africa, se si pensa all'ampio utilizzo che oggi, in diversi contesti europei come per esempio in Italia, ma non solo, si fa di omeopatia, rimedi fitoterapici, agopuntura e così via, nell'ambito della stessa biomedicina.

In merito al diabete, un dato rilevante in Marocco è che tuttavia la maggioranza delle persone con tale malattia non raggiunge l'equilibrio metabolico necessario alla prevenzione delle sue più gravi complicanze, mostrando un elevato scarto tra la sua gestione secondo le raccomandazioni biomediche e le reali pratiche quotidiane connesse ai modelli sociali e culturali prevalenti (DINAR, BELAHSEN 2014; CHADLI *et al.* 2016; SELIHI *et al.* 2017), a cui si aggiungono rilevanti diseguaglianze sociali, sia nell'accesso ai servizi sanitari (ROBIN 2017) sia nella disponibilità di insulina e di *devices* tecnologici necessari per la cura.

Quali significati prevalenti ha l'ammalarsi di diabete in un Paese islamico come il Marocco e come tale male si dispieghi nei suoi vari contesti e tra i suoi diversi gruppi sociali, in che modo la cultura incida sulle sue rappresentazioni, plasmi le credenze relative alla sua eziologia e influenzi le pratiche quotidiane necessarie per la sua cura, ma anche quanto il Covid-19 ne abbia recentemente condizionato la gestione, sono alcune delle questioni in discussione nel gruppo di ricerca con scienziati sociali e medici

dell'Université Cadi Ayyad di Marrakech con cui è stata avviata nel novembre 2018, nella prospettiva critica dell'antropologia medica, un'indagine etnografica² su tale malattia cronica.

In questo articolo sui percorsi di cura del diabete in Marocco prima e durante la pandemia, riflettendo in parte sulle tensioni politico-istituzionali, socio-sanitarie, ma anche tecno-scientifiche ed etico-morali che caratterizzano la situazione pandemica, i suoi sviluppi e il loro impatto sulla gestione della cronicità nel Paese, viene anche mostrato, con il ricorso a materiale etnografico, quanto il diritto alla salute e alla cura rimandi necessariamente alla definizione di altri diritti, delineandosi così come una questione politica, come emerge dal ricco dibattito sulla cittadinanza sanitaria (NGUYEN 2005; SCHIRIPA 2014). Dal contributo traspaiono in particolare alcune questioni irrisolte, innescate o amplificate dalla pandemia, come quelle relative alla pluralità di forze, a volte in conflitto tra loro, che agiscono nello spazio della cura e alla contrapposizione tra le modalità di gestione dell'urgenza in sanità, rispetto a quelle connesse alla presa in carico delle cronicità in un contesto complesso come quello marocchino, attraversato da un pluralismo medico e da una cultura religiosa islamica che, sulla base di come viene percepita e interpretata, può influire significativamente su gestione della salute e relative pratiche.

Incroci culturali, curare plurale

Il Marocco, collocato nell'area più occidentale della regione del Maghreb, per storia e posizione geografica è un territorio dagli incroci culturali molteplici, diversificati e complessi (RACHIK 2012; AÏT MOUS, KSIKES 2016), tra continente africano, mondo arabo ed Europa (GEERTZ, GEERTZ, ROSEN 1979; RACHIK 2006; RIVET 2012; EL MANSOUR 2019). Tale molteplicità emerge pienamente nel suo ricco sistema medico pluralistico (BENOÎT 1996) e quindi nelle credenze relative ai concetti di salute e malattia che operano nelle persone orientandone pratiche e comportamenti, soprattutto in funzione dell'Islam (SPADOLA 2009; AMSTER 2013; MATEO DIESTE 2013). Nel Paese il pluralismo medico contempla il sistema ufficiale della biomedicina e quello ufficioso e multidimensionale della medicina tradizionale (CLAISSE-DAUCHY 1996; HERMANS 2006; RHANI 2009). Come mostra Martinson (2011) il pluralismo medico in Marocco implica il ricorso a varie pratiche di cura, scelte sulla base di dimensioni socio-culturali, religiose, storiche, economiche e politiche (MATEO DIESTE 2013). In partico-

lare, sono spesso combinate tra loro, con sfumature e declinazioni diversificate a seconda di contesti, persone e circostanze, categorie mediche e pratiche di cura *amazigh*³ (RACHIK 2006), basate su credenze animistiche e conoscenze erboristiche, con altre di ispirazione islamica che includono guarigioni spirituali, fino ai prevalenti modelli biomedici occidentali, in un quadro socio-economico in trasformazione e attraversato da dinamiche di globalizzazione (DUPRET *et al.* 2016). Si tratta di categorie, credenze e pratiche mediche fluide e in costante cambiamento, spesso combinate tra loro e utilizzate contemporaneamente o in alternanza (ZITO 2020b).

Riflettere sui sistemi medici, incluso quello biomedico, come sistemi culturali (SCHIRRIPA, ZÙNIGA VALLE 2000; SCHIRRIPA 2012) è cruciale per capire la complessità del pluralismo medico in Marocco e il modo in cui si declina nei diversi contesti di cura, specie nel caso del diabete che incide così profondamente, per i processi di trattamento richiesti, sulla vita sociale di chi ne è affetto. Più in generale lo spazio di cura in Marocco appare come una complessa arena in cui si fronteggiano differenti processi terapeutici, culturali, sociali, economici e politici (MATEO DIESTE 2013), di cui darò più approfondito conto dopo in questo testo, proprio con riferimento al diabete nella contingenza della pandemia di Covid-19.

Il sistema biomedico marocchino, derivato dalla biomedicina francese su cui è stato modellato anche il percorso formativo dei medici, già dagli anni Novanta del Novecento si articola prevalentemente nei settori pubblico e privato (BOUDAHRAIN 1996), costituendo il sistema medico ufficiale. A partire dalle riforme del 2011 il Marocco ha favorito un'evoluzione politica progressiva verso un regime più democratico, nonostante contraddizioni e frizioni con alcuni gruppi e in alcune aree del Paese, ha conseguito una certa crescita economica e migliorato la condizione delle donne, ha sostenuto il rafforzamento della coesione sociale e la lotta alla povertà, con infine un significativo sforzo teso al miglioramento proprio del settore sanitario (DUPRET *et al.* 2016). Eppure oggi, anche se in misura minore rispetto al recente passato, risulta ancora diffusa in alcuni segmenti della popolazione una certa diffidenza verso il sistema politico che gestisce la sanità pubblica, la quale, per diverse ragioni, non sempre appare in grado di garantire l'accesso di tutti ai servizi, con il ripiegamento di molti su forme di medicina tradizionale. A questo processo sembra che abbia dato un certo ulteriore impatto negativo anche l'epidemia di Covid-19, riducendo ulteriormente la percezione di efficacia del sistema sanitario nazionale insieme alla fiducia in generale nella politica nazionale e in particolare in quella sanitaria (CHTATOU 2020; JALDI 2020; LAAROUSSI 2020) ed acuendo

le discrepanze tra aree urbane con maggiori servizi e aree rurali con minori servizi e isolate ancora di più a causa del protratto *lockdown* a fronte della crisi sanitaria.

Dā'al-sukarī e Ramaḍān: credenze religiose e pratiche biomediche nel management della malattia

Anche in Marocco, caratterizzato in prevalenza da un Islam sunnita di rito *mālikita*, la maggioranza delle persone, in quanto musulmane, aderiscono alla prescrizione⁴ religiosa del digiuno sacro, tra le altre previste, durante il mese del *Ramaḍān*⁵. In questo Paese l'identità religiosa islamica ufficiale si combina in modo originale anche con un'ampia serie di idee, valori, credenze e rituali in cui confluiscono culti di santi e spiriti locali, nonché pratiche di confraternite religiose che pure concorrono in misura varia ai processi di cura (BRUNI 2020a, 2020b). In particolare digiuno e astensione da bevande durante il *Ramaḍān* sono molto sentiti perché, in quanto indicazioni religiose profondamente radicate, hanno plasmato nel tempo l'identità culturale e collettiva dei paesi musulmani come il Marocco (GELLNER 1983; TALAL 1986, 2003; LEWIS 1993; CAPELLO 2011; ALTORKI 2015; FABIETTI 2016; EL MANSOUR 2019), al punto che anche chi potrebbe esimersene, come indica la dottrina classica, per motivi di salute (è il caso dei malati cronici come i diabetici), cerca spesso di non farlo. Per la gestione di tali pazienti i medici si riferiscono alle numerose raccomandazioni scientifiche disponibili, che aiutano a identificare coloro che in base a specifici parametri clinici possono digiunare rispetto a chi non dovrebbe (SALTI *et al.* 2004). Tuttavia condizionamenti socio-culturali e credenze religiose hanno ancora oggi un impatto rilevante sulle decisioni di molte persone diabetiche e sulle conseguenti pratiche messe in atto, con relativo aumento del rischio di scompenso. La letteratura riporta come principali ragioni per le quali anche in Marocco, nonostante l'indicazione contraria dei diabetologi e la licenza ad astenersene, molti pazienti musulmani deciderebbero comunque di digiunare (AL AROUJ *et al.* 2005), la negazione di una malattia invisibile, l'impatto psicosociale che il mancato digiuno determina come vissuto di esclusione rispetto alla comunità e il sentimento di un'opposizione della medicina degli uomini a Dio (ADARMOUCH *et al.* 2013).

È noto che per rispondere all'angoscia derivata dalla crisi di senso che l'esperienza della malattia comporta (AUGÈ 1986; AUGÈ, HERZLICH 1986),

e nel caso specifico del diabete in quanto condizione cronica anche nei continui aggiustamenti che richiede in relazione ai cambiamenti del ciclo di vita, i pazienti attribuiscono a essa una serie di significati personali, trovando nella propria cultura una pluralità di risposte in cui dimensioni sociali e individuali si intrecciano in maniera inestricabile, come le narrazioni delle persone diabetiche mostrano sia in Italia (ZITO 2016) che in Marocco (ZITO 2020a, 2020b, 2021a, 2021b). A sostegno di ciò sembrano andare anche i dati sul fenomeno dell'ampio ricorso in questo Paese, al giorno d'oggi, nell'ambito del già citato pluralismo terapeutico, alla medicina tradizionale, sotto forma di consumo di piante medicinali, consultazioni di diversi tipi di guaritori, ma anche di pellegrinaggi a santuari, per la cura del diabete (ABABOU, EL MALIKI 2017). L'utilizzo frequente e diffuso di tali terapie tradizionali, improntate a credenze e rappresentazioni magico-religiose e a conoscenze erboristiche, riconferma il bisogno più ampio dei pazienti di vedersi rassicurati e riconosciuti in un sistema culturale più vicino e comprensibile, centrato su un'efficacia di natura simbolica oltre che biomedica (LUPO 1999, 2012; SCHIRRIPA, VULPIANI 2000; SCHIRRIPA 2005).

Crisi pandemica in Marocco, gestire salute e cronicità nell'emergenza

Come ampiamente riconosciuto la pandemia di Covid-19 ha rappresentato un evento marcatore nell'ambito della salute, della malattia e dei relativi percorsi di cura a livello globale, mostrando chiaramente i diversi limiti del paradigma biomedico, non sempre in grado di collegare alla salute stessa la rilevanza di una serie di fattori di natura economica, politica, sociale e culturale. L'emergenza sanitaria che, a partire dai primi mesi del 2020, ha colpito il mondo, seppure con sfumature spesso significativamente differenti a seconda di contesti e gruppi investiti, ha tuttavia messo in evidenza, un po' ovunque, problematiche rilevanti delle politiche sanitarie e di salute pubblica, e nell'organizzazione dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri. A ciò vanno aggiunte le disparità nell'esposizione al virus connesse alle diverse categorie di pazienti colpiti, anche in merito a variabili come genere e generazioni e in relazione alle ineguali condizioni economiche e sociali di partenza.

In particolare, nel panorama internazionale della crisi sanitaria legata al Covid-19, il governo marocchino ha attuato velocemente, all'inizio della

pandemia, significative misure di blocco delle frontiere, consentendo un certo autoisolamento e preservando la diffusione del contagio nei e dai paesi limitrofi. Nella fase iniziale della pandemia, nonostante il forte impatto economico per le chiusure e il clima di confusione, si è creato in Marocco, tra una parte di cittadini e l'autorità, una sorta di "patto" civile e sociale, anche ricollegabile al forte spirito di comunità presente in tale cultura (LAAROUSSI 2020). Il governo ha dichiarato lo stato di emergenza sanitaria il 19 marzo 2020 prorogandolo e attuando nel tempo vari provvedimenti, non solo con limitazioni alla circolazione nazionale e internazionale, ma anche con la creazione del *Fonds spécial pour la gestion de la pandémie du coronavirus* (Covid-19), un fondo di emergenza per infrastrutture sanitarie e settori economici più colpiti. Inoltre ha cercato subito di raggiungere con specifiche campagne di comunicazione ogni livello della popolazione, dai contesti urbani a quelli rurali. Sul fronte economico è stata fornita un'attenzione specifica alla tutela dei lavoratori, attuando politiche per il consolidamento della produzione nazionale, nonostante l'improvvisa crisi, cercando di avvantaggiarsi di una fruttuosa politica economica estera. Più in generale il lavoro svolto con le collettività locali è risultato fondamentale, con uno Stato che, nel suo tentativo di raggiungere ogni fascia della popolazione insieme agli enti territoriali, è però solo inizialmente apparso protagonista nel fronteggiare la crisi.

Il piano approvato in Marocco per contrastare la diffusione del Covid-19 ha poi previsto misure di rafforzamento della sanità pubblica con la creazione di nuovi posti di rianimazione e l'apertura di quella militare ai civili contagiati, ma anche un articolato piano di quarantena e distanziamento sociale, simile a quello di molti Paesi europei, con un ingente impegno delle forze di sicurezza. Quello ideato è stato quindi complessivamente un programma di risposta multidimensionale con misure varie, inclusa una capillare campagna vaccinale avviata all'inizio del 2021, per combattere la pandemia e far fronte al suo impatto economico e sociale. Gli sforzi fatti non sono tuttavia risultati sufficienti per contenerla pienamente e il Paese ha vissuto ancora nel 2021 una situazione critica, fino alla riapertura stabile delle frontiere solo a febbraio 2022.

Nei mesi più difficili della pandemia alcuni critici del governo sono stati arrestati per presunta diffusione di notizie false sul Covid-19 o per una loro reale strumentalizzazione, a seguito di attacchi frontali all'autorità già minacciata dalle conseguenze della pesante crisi sanitaria ed economica (LAAROUSSI 2020). D'altro canto, malcontento, incertezza e precarietà sono cresciuti nel tempo della pandemia anche per l'avvio di una fase di

recessione economica (CHTATOU 2020). Nonostante gli iniziali segnali di uno slancio di unità e di fiducia istituzionale, sono così riemerse gradualmente le debolezze della politica pubblica e del sistema sanitario. Infatti il livello di soddisfazione di una parte dei cittadini per le istituzioni politiche è rimasto medio-basso, accompagnato da un certo scetticismo verso le infrastrutture sanitarie pubbliche con una buona parte di esse considerate inadeguate. L'applicazione rigorosa dello stato di emergenza con l'obiettivo di proteggere il Paese, garantendo la sicurezza nazionale e la salute pubblica come priorità assolute, ha scatenato, in particolare, proteste in diverse città, spingendo le autorità ad approvare un disegno di legge urgente per disciplinare i trasgressori e criminalizzare le azioni in grado di metterne a rischio l'equilibrio politico (LAAROUSSI 2020). Tali misure sono più in generale state denunciate come espressione di una politica di espansione del potere dello Stato che andrebbe oltre lo scopo di contenere l'infezione, confermando una certa correlazione tra paura della pandemia e ondata di autoritarismo (CHTATOU 2020), peraltro osservata in molti altri paesi nel mondo. D'altro canto, dalle rivolte arabe del 2011 il governo ha dovuto affrontare diverse sfide nel tentativo di fronteggiare l'opposizione e controllare frequenti sconvolgimenti socio-economici e politici in diverse aree del Paese, riuscendo nonostante tutto a conservare un'elevata coesione interna necessaria al suo sviluppo economico, certamente cresciuto negli ultimi anni. La situazione dei diritti umani sarebbe stata però, secondo alcuni, già in parte compromessa dall'approccio delle autorità nei confronti del Movimento del 20 febbraio 2011 (CAVATORTA 2016) e delle proteste del Rif nel 2017 (JALDI 2020). Inoltre l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Diritti Umani ha inserito il Marocco tra i 15 paesi che avrebbero in parte violato i diritti umani durante il periodo della pandemia (JALDI 2020). La retorica della solidarietà nazionale e del sacrificio collettivo per far fronte alla pandemia sembrerebbe dunque anche celare una logica della sicurezza in termini di rimozione di alcune democratiche discussioni, svelando, attraverso una lettura più critica dell'emergenza sanitaria, una certa propensione autoritaria della sua *governance* (CHTATOU 2020; LAAROUSSI 2020).

Intanto è importante ribadire che la pandemia di Covid-19 ha avuto un impatto complesso e multifattoriale specificamente sulla cura e la gestione del diabete in Marocco. Infatti, con le severe restrizioni imposte dal governo per arginare il dilagare dell'infezione, la vita economica e sociale delle città ha subito profondi cambiamenti, ivi inclusa quella nei contesti sanitari. In particolare, Marrakech, insieme a Casablanca e Tangeri, poli

economici del Paese, a Rabat sua capitale, è stata tra le città più colpite dal virus e dalle conseguenti trasformazioni socio-economiche e culturali indotte dalla crisi sanitaria. Nel frattempo, come tutti i governi, le autorità marocchine hanno dovuto valutare le misure di isolamento da attuare nelle città con la necessità di mantenere viva l'economia. Negli anni di pandemia, a causa proprio della crisi economica, più volte la gente è scesa in strada per protestare, chiedendo al governo aiuti più significativi, mentre, tra aperture e chiusure a causa del rimontare dell'infezione per le varianti Delta e Omicron, nel Paese da un lato è continuata un'intensa campagna vaccinale che ha toccato larghissime fette della popolazione e dall'altro si è assistito a una riorganizzazione dei modelli di assistenza sanitaria, anche della cronicità, in funzione dell'emergenza pandemica e delle sue conseguenze. In particolare il severo *lockdown* imposto da marzo 2020 in risposta all'emergenza sanitaria, includendo una serie di concrete misure restrittive per la sorveglianza sanitaria, ha avuto come effetto complessivo anche quello di restringere le possibilità di movimento fisico della popolazione, bloccata a casa, producendo così un brusco e non salutare cambio nello stile di vita medio e nei comportamenti. Tali cambiamenti hanno avuto effetti disastrosi in termini di riduzione dell'esercizio fisico giornaliero e sulla dieta, comportando un peggioramento generale delle condizioni di salute di molti malati cronici, soprattutto nel caso di persone con diabete e/o sovrappeso e obesità e con altre problematiche metaboliche e cardiovascolari (CESE 2020). A complicare questo quadro vanno aggiunte le conseguenze psicologiche dell'isolamento a casa, quelle della crisi economica e soprattutto quelle connesse alla significativa riduzione del monitoraggio delle proprie condizioni cliniche in ospedale mediante *follow-up* che si sono diradati o sono stati completamente sospesi proprio in conseguenza del *lockdown*, con effetti ancora più gravi nel caso della popolazione proveniente da aree rurali (FARHANE *et al.* 2021). Quest'ultima ha sperimentato l'oggettiva impossibilità a raggiungere i presidi sanitari specialistici nelle grandi città, non avendo a disposizione, né strumenti digitali, né tanto meno sufficienti competenze in questa direzione per rientrare almeno entro programmi di telemedicina. Si è riproposto così, per quest'ulteriore via, il problema delle disuguaglianze sociali, con relative forme di esclusione, nell'accesso ai servizi sanitari nel Paese (CESE 2020), particolarmente evidente nel caso della cura del diabete.

Campo di forze nello spazio di cura del diabete in Marocco, tra pandemia, sindemia e co-morbilità

Lo spazio di cura del diabete, anche in Marocco, si può configurare come un vero e proprio articolato campo (BOURDIEU 1992) nel quale si incontrano e scontrano forze sociali, politiche, economiche, terapeutiche, sia locali che globali (MATEO DIESTE 2013). Infatti l'esperienza della gestione della malattia diabetica durante il *Ramaḍān* con tutte le prescrizioni implicate, in piena pandemia, in riferimento al periodo di aprile-maggio del 2020 e 2021, mostra bene l'incontro/scontro di queste forze che si esplicano entro precipue cornici organizzativo-istituzionali-epistemiche. In particolare, proprio l'analisi dei processi di cura del diabete durante il *Ramaḍān* in tempo pandemico evidenzia chiaramente almeno quattro forze contemporaneamente in azione nello spazio di cura di questa malattia (figura n. 1), che in altre situazioni sarebbero apparse meno evidenti e chiare, e che invece tale particolare circostanza sì sociale, ma con dei rilevanti risvolti clinici, fa emergere in tutta la loro complessità proprio per la conflittualità che tra esse si stabilisce. Tale conflittualità ha l'effetto di far risaltare quanto altrimenti apparirebbe naturalizzato e dunque meno visibile.

**Campo di forze nello spazio di cura del diabete
(Dā'al-sukārī) in Marocco**



Figura n. 1

La prima e più evidente forza è quello della biomedicina che, attraverso precisi protocolli clinici e prescrizioni sanitarie, “dice” al paziente diabetico, sulla base della sua prospettiva *evidenced based* e grazie alle sue avanzate tecnologie e al suo *expertise*, quali farmaci (insulina e ipoglicemizzanti

orali) deve assumere e quale stile di vita “salutare” deve avere nella sua vita quotidiana se vuole mantenere un buon equilibrio metabolico fondamentale per la prevenzione di gravi complicanze acute e croniche. Come si è visto tale forza entra talvolta in conflitto con quella della medicina tradizionale, che propone altre indicazioni e lo fa entro cornici simboliche e modelli relazionali diversi, la cui diffusione e ampio utilizzo da parte delle persone in Marocco va anche letta come espressione di un forte bisogno di vedersi riconosciuti in un sistema culturale più vicino e comprensibile (ABABOU, EL MALIKI 2017).

La seconda forza è quella della cultura religiosa islamica con le sue rappresentazioni, abitudini e prescrizioni, che, come mostra chiaramente il periodo del *Ramaḍān*, possono spesso essere interpretate e vissute in modo stringente e pervasivo a seconda dei contesti, entrando in pieno conflitto con quelle biomediche. Se astenersi da cibo e liquidi durante il giorno è la pratica comune che fa di una persona un buon musulmano (anche se diabetico) e dunque un buon marocchino, oltre a rinforzare la sua identità sociale e culturale, costituisce al tempo stesso un comportamento francamente a rischio se si soffre di una malattia metabolica quale il diabete. Questa richiederebbe, al contrario, un’assunzione sistematica e ordinata di cibo e liquidi per evitare disidratazione e gravi scompensi fino al coma diabetico, come sottolinea il modello biomedico. L’obbligo inderogabile che a volte in Marocco deriva per alcuni dall’interpretazione che si fa dei dettami religiosi, nonostante la deroga che in caso di malattia dovrebbe consentire l’astenersi dalla prescrizione del divieto di bere e mangiare di giorno durante il *Ramaḍān* – pratica spesso, invece, diffusamente evitata – ci riporta alla grossa influenza che la cultura religiosa islamica può avere nel Paese (ADARMOUCH *et al.* 2013). Ci si riferisce più in particolare al suo impatto sull’identità sociale delle persone, ma anche più in generale alla questione della potente imbricazione tra Islam e Stato nella regolazione di trattamenti medici e pratiche corporee (FISCHER 2008; ALTORKI 2015; NEWMAN, INHORN 2015).

La terza forza è certamente quella connessa alla sorveglianza sanitaria per la pandemia di Covid-19, che ci ricorda la natura di “fatto sociale totale” del virus e della pandemia stessa, la quale svela criticità e fragilità della società marocchina, ma non solo, e ci riporta anche, da un lato alla complessa connessione tra i concetti di pandemia, sindemia (HORTON 2020), co-morbilità e determinazione sociale del rischio, dall’altro ci riconduce a quello molto discusso di “stato d’eccezione” (AGAMBEN 2020a, 2020b). Tale condizione di sorveglianza sanitaria, con l’isolamento sociale che anche

in Marocco a causa di un duro e lungo *lockdown* ha caratterizzato almeno i mesi più difficili della pandemia, producendo inoltre una riduzione delle visite di controllo a tutti i cronici, inclusi i diabetici, per ragioni di sicurezza degli ospedali e per l'emergenza numerica dei pazienti contagiati dal coronavirus e ospedalizzati per le gravi conseguenze dell'infezione, ha di fatto contribuito a danneggiare le condizioni di salute di molte persone con diabete (FARHANE *et al.* 2021).

Per questa via diviene inoltre possibile riflettere su un'ulteriore forza che certamente incide anche, su un piano più politico, sulla cura di tale malattia cronica in tempi di Covid-19 e cioè quella dell'incremento significativo, in Marocco, del controllo politico e sociale da parte della *governance*, come accaduto altrove. Tale controllo, acuito dalla crisi sanitaria e sostenuto dalla relativa retorica della sicurezza che sembra giustificare ogni azione in funzione della difesa nazionale della salute pubblica, mostra in realtà anche i complessi processi di espansione del potere dello Stato e aumento dell'autoritarismo per la condizione di emergenza sanitaria (CHTATOU 2020; LAAROUSSI 2020). Anche in merito a questo punto le accese proteste delle persone affette da diabete o dei loro familiari per chiedere, per esempio, una maggiore disponibilità gratuita di insulina, come in Europa, per la gestione quotidiana della malattia e la correzione delle glicemie più alte, hanno subito forti limitazioni in questo periodo di crisi sanitaria e finanziaria e di conseguente rischio di crisi politica, così come ogni altra protesta e dimostrazione nel Paese, interpretate in tempi di emergenza come eversive e quali potenziali attacchi al potere centrale e dunque possibili minacce al suo equilibrio politico (JALDI 2020).

Per poter interpretare la complessità di questi aspetti dei processi di cura di una malattia come il diabete in Marocco, e in particolare per riflettere sull'impatto di alcune delle forze appena descritte, diventano centrali non solo il contributo critico della prospettiva biopolitica (FASSIN 2001; FOUCAULT 2015 [1978-1979]), ma anche il discorso sulla natura sindemica (SINGER 1996; SINGER *et al.* 2017; HORTON 2020) del Covid-19 che consente di rileggere in un'ottica di maggiore complessità la cronicità. A differenza della "pandemia" che indica il diffondersi di un agente infettivo che colpisce più o meno indistintamente tutti gli esseri umani con la stessa rapidità e gravità ovunque, la "sindemia" implica una relazione tra più malattie e condizioni ambientali e socio-economiche (HORTON 2020). L'interazione tra patologie preesistenti con altre importanti variabili strutturali, economiche, socio-culturali e ambientali, rafforza e aggrava l'impatto del Covid-19 o di altre possibili epidemie, come le ricerche di antropologia

medica su diverse patologie infettive quali Hiv, Ebola, Zika e così via hanno già mostrato (SINGER 1996; FARMER 2003; FASSIN 2016). Tale approccio permette di analizzare la diffusione di una malattia, come il Covid-19, e il suo impatto sui livelli di salute della popolazione in una prospettiva più olistica, prendendo in considerazione il contesto sociale, politico e storico. In questa prospettiva la “sindemia” è, in sintesi, quel fenomeno, osservato a livello globale, per cui fasce svantaggiate della popolazione, già vulnerabili per condizioni di indigenza e per una maggiore presenza di malattie croniche come per esempio il diabete, risulteranno più ampiamente esposte, poi, a catena, anche all’impatto nocivo di un fenomeno epidemico come il Covid-19, che si aggiunge in una logica molto più complessa di quella di una semplice condizione di co-morbilità così come definita in ambito biomedico (HORTON 2020). Singer *et al.* (2017) sostengono che un approccio basato sulla nozione di “sindemia”, svelando interazioni biologiche, economiche, politiche, sociali e culturali importanti per le politiche sanitarie mondiali, diviene assolutamente necessario per l’analisi di una crisi come quella indotta dal Covid-19. In questa prospettiva assume particolare rilevanza un’attenzione specifica alle malattie croniche come diabete e obesità e alle relative disuguaglianze socioeconomiche che predispongono alla loro diffusione nel mondo con un’attenzione specifica che andrebbe rivolta ad alcuni contesti e aree a maggiore rischio quali la Regione MENA e in particolare il Marocco.

Proverò a questo punto a mostrare a titolo esemplificativo alcune delle questioni appena discusse e relative alla complessità dello spazio di cura del diabete, anche in connessione con la pandemia di Covid-19, attraverso la storia di Kamal, un giovane di 31 anni, diabetico dall’età di 11 anni, da me conosciuto in Marocco nel 2019 e poi frequentato sia prima dello scoppio della pandemia, sia durante, a distanza, attraverso internet e *social media*, e anche sul finire dell’emergenza sanitaria nel 2022, quando mi è stato nuovamente possibile entrare nel Paese.

*«Concentrati su che cosa ora vedi in questa strada di Aïn Chock...»:
Kamal, il diabete e la città*

Incontro Kamal per la prima volta in un pomeriggio di giugno del 2019, durante una sua visita presso il Servizio endocrinologico territoriale nel quartiere Guélitz a Marrakech dove al tempo svolgevo osservazione partecipante nell’ambulatorio delle malattie metaboliche. Kamal è un bel giovane

amazigh – come lui stesso tiene a precisarmi subito, chiarendomi con orgoglio di avere entrambi i genitori *amazigh*, originari di Tiznit – dallo sguardo decisamente malinconico in contrasto con un corpo alto e vigoroso. Dopo la consultazione che ho la possibilità di osservare integralmente, nel corso della quale, tra lui e la giovane endocrinologa che intanto lo visita, emerge un vivace confronto/scontro in merito alle migliori opzioni terapeutiche e alla sua precipua “responsabilità”, gli propongo di raccontarmi più approfonditamente, dal suo punto di vista, la sua esperienza con il diabete di tipo 1. Questa mi appare conflittuale, caratterizzata da alternanza di impegno, anche associativo e dunque nella società civile, e disimpegno nel suo *management* quotidiano, con significativi e pericolosi scompensi metabolici. Una volta spiegatogli intenti e finalità della ricerca Kamal accetta incuriosito, mostrandosi molto disponibile di poter dare così il suo contributo. Dopo questo primo casuale incontro ci vediamo più volte nel corso del mio soggiorno nel giugno 2019, grazie alla sua disponibilità, per parlare della malattia, delle sue vicende familiari e del suo impegno in una piccola associazione di pazienti in città. Ci rivediamo ancora, in diverse occasioni, a gennaio e febbraio 2020, mentre sono di nuovo a Marrakech per l’ultima volta prima della chiusura delle frontiere causata dal Covid-19. Con lui mantengo buone e continue comunicazioni anche a distanza durante la pandemia, quando, impossibilitato a tornare sul campo, vengo così informato con regolarità sulla sua situazione di salute e sul suo controllo glicemico sempre piuttosto ballerino, su un suo ricovero a seguito della positività al Covid-19, ma anche su altre questioni, ivi incluso il suo trasferimento, nell’autunno 2021, a Casablanca, nel quartiere di *Aïn Chock*, per occuparsi del negozio di abbigliamento intanto ereditato dal padre improvvisamente deceduto per infarto⁶.

Kamal costituisce un interlocutore privilegiato, da un lato in merito alla complessità dei processi di cura del diabete in Marocco, delle dinamiche familiari frequenti che vi ruotano intorno e delle forze che agiscono sullo stesso in connessione con la pandemia (anche per un suo attivo, seppure altalenante, coinvolgimento in un’associazione di pazienti diabetici per la salvaguardia dei diritti dei malati cronici), dall’altro perché la sua vicenda rende evidenti alcuni degli eterogenei e travagliati percorsi di ricerca del benessere e di affermazione della propria dignità perseguiti dai giovani, ma non solo, nel Marocco contemporaneo (VACCHIANO 2021).

A distanza di due anni dal nostro ultimo incontro di persona lo rivedo finalmente in carne e ossa a Casablanca nel maggio del 2022 in occasione del mio rientro nel Paese a seguito della riapertura delle frontiere.

In questa circostanza Kamal mi dà un primo appuntamento una domenica nel tardo pomeriggio, essendo giorno di chiusura per il suo negozio, in un caffè sotto i portici di *Boulevard Mohamed V*, in *centre ville*, con in sottofondo le vivaci voci della gente che lo affolla e dei giovani eccitati per un'importante partita di calcio in corso. Tali voci si mescolano con il rumore del vento dell'Oceano Atlantico, che in certe giornate come questa diventa parecchio dispettoso, agitando in modo disordinato i colorati vestiti e i *foulard* delle donne che intanto passeggiano, ma anche le ampie tende disposte a proteggere i portici dall'intenso sole pomeridiano. Sullo sfondo si sente, come una sorta di *soundscape* peculiare di questa parte della città, l'inconfondibile fruscio del tram che attraversa veloce le strade dallo stile *Art-déco*, "lente" ed esclusivamente pedonali, scuotendole sistematicamente con il suo cadenzato suono di clacson in prossimità delle fermate disposte tra le suggestive e malinconiche architetture bianche.

Come ti ho raccontato al telefono dalla fine di ottobre mi sono trasferito qui a *Casa'* [Casablanca] per gestire il negozio di abbigliamento che era di mio padre, in società con mio zio, suo fratello... mi è sembrata una buona occasione per migliorare la mia situazione economica e per distrarmi dallo *shock* per la sua morte improvvisa, dopo un anno difficile in cui sono stato anche ricoverato quasi tre settimane dopo aver contratto il Covid un anno fa, a maggio 2021 [...]. Come sai ho studiato lingua e letteratura inglese, ma come insegnante in una scuola privata a Marrakech non guadagnavo tanto. Ti avevo detto no che prima della morte di mio padre e del Covid stavo vedendo di andare in Francia? A Parigi, dove lavora e vive con la sua famiglia mio zio, il fratello di mia madre, ma anche su questo la pandemia ha reso ancora più difficile il rilascio del visto per l'ingresso in alcuni Paesi europei come la Francia... e poi se non hai già un lavoro sicuro... niente visto. Certo in Marocco la crisi del commercio è forte in questo periodo, anche come conseguenza della crisi del turismo, per tutto quanto accaduto con il Covid e poi ci sono i problemi di energia che stiamo avendo anche noi per la guerra in Europa... però alla fine non ci possiamo lamentare, un po' di clienti fissi al negozio ce li abbiamo perché facciamo prezzi molto vantaggiosi, così siamo molto concorrenziali. I vestiti che vendiamo vengono in maggioranza dalla Turchia e dalla Cina. (Casablanca, 22 maggio 2022)

Gli chiedo che cosa abbia comportato per lui il trasferimento in un'altra città rispetto alla cura del suo diabete con il completo cambio di stile di vita che ne è conseguito, avendo in mente, da un lato il ruolo della madre molto presente nella gestione del cibo, ma non solo e più in generale nella sua vita a Marrakech, come mi aveva in precedenza più volte spiegato, e dall'altro l'inevitabile interruzione del suo rapporto sanitario con la strut-

tura che lo aveva preso in carico da diversi anni, anche in occasione dell'infezione da Covid-19.

Il trasferimento qui a *Casa'* [Casablanca], a casa di mio zio e della sua famiglia, è stato abbastanza improvviso e non ha certo giovato alla mia salute, perché ho interrotto il rapporto con i medici che mi seguivano da anni lì a Marrakech e perché in questi mesi, un po' per la fase di adattamento che ho attraversato, un po' per la mancanza di tempo, essendo impegnato tutto il giorno al negozio, ho decisamente trascurato il diabete e le glicemie sono salite molto... in realtà è da un po' che le cose non vanno bene e durante il *lockdown* ho mangiato tanto per il nervosismo e non mi sono proprio mosso, ho messo su quasi dieci chili... poi l'anno scorso ho avuto il Covid con il ricovero, poi c'è stata la morte di mio padre e il nuovo lavoro con tutto lo stress... poi nel mese scorso con il *Ramaḍān* il colpo di grazia e mi sono proprio scompensato con glicemie a 450 e 500! Ora piano piano sto facendo più attenzione, ma non è facile, la mia tentazione sai che è sempre quella del cibo. In ospedale mi hanno insegnato il calcolo dei carboidrati per l'insulina, ma qui in Marocco il problema è proprio del cibo che è ovunque, ed è consumato a tutte le ore e dell'insulina che è invece poca, intendo la quantità che il governo passa gratuitamente ai diabetici ogni giorno, per cui alla fine non ti trovi più con i conti e le glicemie salgono sempre di più e così arrivi facilmente a scompensarti quasi senza accorgertene... (Casablanca, 22 maggio 2022)

In proposito, dopo aver discusso con lui di tutte le difficoltà vissute nell'ultimo anno e del loro impatto sul suo equilibrio glicemico, ma anche della problematica più ampia relativa alla ridotta disponibilità di insulina quotidiana per i diabetici in Marocco, oggetto peraltro di rivendicazioni in seno all'associazione in cui ha militato, lo invito a spiegarmi meglio come abbia gestito, in particolare, il diabete durante il suo primo *Ramaḍān* a Casablanca, lontano da Marrakech e da sua madre.

Vuoi sapere se ho digiunato e non ho bevuto? Sì, ho rispettato il *Ramaḍān*, come ho sempre fatto ogni anno, secondo quanto mi ha insegnato mia madre che mi ha sempre controllato molto. Come diabetico avrei potuto evitare il digiuno e la privazione di bevande, ma poi avrei dovuto spiegare a chi mi vedeva mangiare e bere che ero diabetico e perciò potevo giustamente non rispettare la regola... ma sarebbe stato impossibile per me, perché mia madre mi ha insegnato a rispettare comunque il *Ramaḍān*, anche se ho il diabete. Su questo è molto dura, ed è giusto così... pensa che qualche anno fa, quando ero un ragazzo, una volta, avendo un giorno messo del profumo che mi aveva dato un amico, durante il *Ramaḍān*, quando se ne è accorta per l'odore che sentiva mi ha rimproverato spiegandomi che non avrei dovuto assolutamente metterlo e mi ha poi costretto a fare un'offerta a delle persone bisognose per rimediare alla violazione che avevo commesso... quella di usare del profumo in un periodo in cui di giorno non dovremmo mettere niente sulla pelle. (Casablanca, 22 maggio 2022)

La storia di Kamal con una diagnosi di diabete nell'infanzia e una presenza molto forte e attiva della madre nella cura della sua malattia, coinvolta anche per il ricorso alle continue consultazioni con un medico tradizionale in parallelo al percorso in ospedale (come mi aveva spiegato in un'altra circostanza al tempo dei nostri incontri a Marrakech, descrivendomi i rimedi vegetali da questi prescrittigli) e più in generale nel controllo di alcuni aspetti della sua vita, riconferma il dato in Marocco di una certa stereotipia nei ruoli sociali e di uno schiacciamento di quelli di cura sulle donne (CRESSON 1991). Queste continuano ad avere una funzione centrale nella presa in carico materiale, sociale e psicologica della malattia cronica (ABABOU, EL MALIKI 2017), malgrado tuttavia la scarsa visibilità, al di fuori dello spazio domestico, di questo lavoro femminile svolto da madri, mogli, sorelle e figlie. Dall'altro lato tale dinamica di cura e controllo esercitata su di lui dalla madre e ancora evidente in età adulta mostra anche il grosso "potere" che proprio le donne in Marocco hanno in seno alla famiglia e sui figli, spesso come nel caso di Kamal, maschi, e a maggior ragione nel caso di una malattia cronica occorsa nell'infanzia e da gestire quotidianamente e durante la loro crescita.

A proposito della madre e del suo controllo sulla famiglia, mentre Kamal mi racconta di lei, mi viene in mente il "dramma" sentimentale che stava vivendo quando lo conobbi nel 2019 e che mi aveva spiegato essere alla base del nervosismo che al tempo provava e che lo rendeva poco aderente alle raccomandazioni biomediche e dunque non concentrato sul suo diabete, cosa peraltro emersa durante la vivace conversazione con l'endocrinologa prima citata, la quale lo aveva richiamato alla sua "responsabilità" per potersi garantire un buon controllo metabolico.

Come hai potuto ascoltare prima, durante la visita, quello che in queste settimane mi sta creando molto stress riguarda il rapporto con una ragazza che sto frequentando da circa un mese. La conoscevo già da un po', dal periodo del master all'università dove la avevo incontrata la prima volta, studiava anche lei alla *Fac* [Facoltà]... poi ci siamo re-incontrati per caso e ci siamo piaciuti, diciamo che al momento è come se fossimo fidanzati, però non ufficialmente, perché per mia madre che è molto conservatrice sarebbe un problema, dato che Malika ha la pelle piuttosto scura... non so se lo sai, ma questo in Marocco a volte può essere un problema in certe famiglie come nella mia, dove soprattutto le donne dovrebbero avere la carnagione più chiara di quella degli uomini, e invece la mia è molto chiara e la sua è piuttosto scura, pur essendo marocchina e non immigrata... e già conosco il pensiero di mia madre su queste cose... una volta me lo ha detto chiaramente... E così vivo con stress questa situazione e le mie glicemie ne risentono, anche perché quando sono nervoso non riesco a controllarmi

con il cibo e scarico mangiando in modo più disordinato. Non sono affatto bravo con il diabete, anche se il significato in arabo del mio nome, Kamal, è perfezione... (Marrakech, 14 giugno 2019)

Il tema del colore della carnagione, della “chiarezza” *versus* la “nerezza”, anche in rapporto ad alcune rappresentazioni di genere e ai relativi modelli di bellezza, adeguatezza e desiderabilità sociale in Marocco appare rilevante nella spiegazione della sua complessa realtà sociale e può essere messa parzialmente in connessione anche con un certo passato orientamento⁷ delle *élite* postcoloniali marocchine di guardare al Medio Oriente come modello più che all’Africa e quindi di fare del “bianco” più che del “nero” un valore, ponendo l’accento sull’Islam e sull’“arabità” del Nord Africa (BENACHIR 2001). Tale elemento culturale nella vicenda di Kamal diviene fonte di stress personale e dunque causa di cattivo controllo metabolico, mostrando quanto, anche in questa particolare contingenza, sociale e culturale, attraverso il filtro dell’esperienza personale, si fanno biologico. Da questo punto di vista, l’analisi delle difficoltà e degli ostacoli riscontrati nel controllo metabolico delle persone con diabete in Marocco appare particolarmente utile per consentire di capire meglio in che modo fattori sociali e culturali specifici e connessi ai relativi contesti di riferimento entrino pienamente nella gestione di tale malattia che influenza ogni aspetto del vivere quotidiano, come già mostrato altrove (ZITO 2016, 2020b; ABABOU, EL MALIKI 2017).

Ritornando alla gestione del diabete nel corso del *Ramaḍān*, Kamal mi spiega dei problemi di glicemie vissuti nell’aprile 2022 durante la sua “prima volta” a Casablanca e della grande sonnolenza sperimentata quando, approfittando della chiusura pomeridiana, si addormentava su un lettino nel retro del negozio per recuperare ore di sonno.

A Casa’ [Casablanca] quest’anno ho vissuto per la prima volta il *Ramaḍān* senza mia madre e le mie sorelle, ma con la famiglia di mio zio paterno. Tutte le sere ho cenato con loro, perché mi sono trasferito a casa loro in attesa di trovare una mia sistemazione in questa città che è molto grande e difficile da vivere, anche più caotica dopo la pandemia, almeno per me che ero abituato a Marrakech, sicuramente più piccola. Ora però dovrei individuare un nuovo centro diabetologico per riprendere a curarmi in modo ordinato e non continuare a fare da solo. Vorrei anche contattare qualche associazione di diabetici in città per riprendere il mio impegno su questo fronte, soprattutto sulla questione della quantità quotidiana di insulina disponibile gratuitamente per le persone con diabete, che dovrebbe aumentare per consentirci di effettuare più correzioni nel corso del giorno quando la glicemia sale, ma anche sul versante delle nuove tecnologie come i microinfusori, i nuovi glucometri e i sensori che dovrebbero essere

maggiormente diffusi per tutti... spero però che la situazione si sia un po' calmata dopo i mesi scorsi e tutte le problematiche che ci sono state con il governo. Ti avevo segnalato queste difficoltà ricordi? In questo periodo, per le questioni della sicurezza pubblica collegate alla pandemia, tutte le manifestazioni sono state sospese. Oltretutto sono stati mesi molto difficili perché gli ospedali sono stati invasi da molti casi di Covid, cosa che è toccata anche a me, e così la gestione delle malattie croniche come il diabete è avvenuta con meno controlli in presenza, sostituiti, quando possibile, da contatti telefonici o via internet che non hanno avuto ovviamente lo stesso impatto. Ti lascio immaginare come è stato più facile scompensarsi così e quante persone semplicemente non hanno avuto nessuna visita di controllo per molti mesi!... Comunque ora devo riprendere il filo delle mie cose, dei controlli e dell'associazionismo, ma non so se riuscirò a trovare il tempo in questa fase, perché con il lavoro al negozio non ho tregua e ho molte cose ancora da imparare. (Casablanca, 22 maggio 2022)

A proposito del negozio, in un altro incontro che avviene di venerdì pomeriggio mentre la città si avvia a concentrarsi sulle pratiche consuete previste per la giornata sacra dedicata alla preghiera in moschea, proprio qui, nel quartiere di *Aïn Chock*, dove vive e lavora, Kamal, che per la prima volta indossa in mia presenza una tradizionale *jellaba* di colore chiaro a cui ha abbinato un berretto sportivo con il marchio *Nike*, dopo avermi mostrato con soddisfazione grandi quantità di abiti importati dalla Turchia stipati nel suo locale, alcuni dei quali ispirati allo stile italiano con un "falso" talloncino *Made in Italy* e tanto di tricolore, mentre scherza sarcasticamente sulla quantità "giusta" di zucchero da mettere nel tè alla menta che mi offre, mi fa notare tre cose che, seppure non insieme, avevano attirato la mia attenzione nei giorni scorsi appena arrivato in città.

Ecco, se vuoi capire questo problema del diabete in Marocco, concentrati su che cosa ora vedi in questa strada di *Aïn Chock*... Lo vedi questo negozietto di *snack*? Ne trovi uno in ogni angolo della città, ce ne sono a centinaia sparsi dappertutto che si contendono il mercato anche con gli ambulanti che vendono le stesse cose, poggiati però su muretti o su banchetti di fortuna sui marciapiedi. Hai visto che cosa vende? Tutti dolci di cattiva qualità che la gente consuma in grosse quantità perché costano pochissimo e questi negozi sono aperti sempre, a tutte le ore del giorno e della notte... anche io ci vado spesso quando mi viene fame... E lì, hai visto che cosa c'è? L'ennesimo *Mac Donald* aperto da pochissimo, proprio di fronte alla *Fac* [Facoltà] e c'è ne è un altro non molto lontano da questo, di fronte a un liceo e poi ci sono tanti altri *fast food* così in giro per tutta la città come quelli della catena *KFC*. Hai visto quanto costa poco mangiare lì?... Hai capito che voglio dire?... E poi li hai visti questi nuovi manifesti che da alcune settimane tappezzano la città con un uomo e una donna ben vestiti, lei anche in stile marocchino, che pubblicizzano con sorrisi smaglianti la nuova potente fibra

ottica di ultima generazione?... Ma li hai visti i denti come sono irreali? Guarda bene, non sembra anche a te che siano ritoccati al *Photoshop* o forse siano addirittura degli impianti... Hai notato invece come mediamente le persone, anche molto giovani, hanno ancora troppo spesso i denti guasti qui in Marocco?... Ecco, non c'è altro che devo dire. Queste cose parlano da sole rispetto a quello che siamo, al nostro rapporto con lo zucchero e il cibo, a dove stiamo andando e che cosa sta succedendo in questo Paese! (Casablanca, 27 maggio 2022)

Le acute e critiche osservazioni di Kamal, che toccano questioni complesse anche connesse alla globalizzazione e che caratterizzano molti altri contesti come l'Italia alle prese per esempio, insieme a diversi Paesi europei, con l'emergenza obesità, mi colpiscono molto. Avevo io stesso notato, seppure in ordine sparso, questi tre dettagli, fortemente evidenti nello spazio pubblico di una grande città quale Casablanca – come mi dice Kamal stesso «fatta di almeno tre città in una» – e a discapito di un Paese dove si produce una grande quantità di frutta e verdura e altri cibi salutari di buona qualità e notevole varietà, certamente più in linea con i dettami della dieta mediterranea (MORO 2021), sempre più soppiantati però da varie forme di *junk food* più competitive perché *fast and cheap*.

Conclusioni

Il discorso di Kamal, in questa sede solo parzialmente accennato attraverso alcuni frammenti etnografici, ci offre diversi spunti di riflessione critica in merito al tema del complesso rapporto tra malattia cronica e sue rappresentazioni e modelli esplicativi (NEWMAN, INHORN 2015), *Islam*, medicina tradizionale e biomedicina, credenze e pratiche quotidiane, cultura, società, politica e globalizzazione nel Marocco contemporaneo al tempo della pandemia. Come appare evidente dalle sue parole, per la sua forte specificità esistenziale e per la modalità con cui essa impatta l'esperienza della vita quotidiana, la malattia diabetica, in virtù della sua natura cronica e della sua pervasività nel quotidiano, attiva in coloro che la sperimentano complessi interrogativi in merito al suo significato, producendo dissonanze e fratture rispetto alle normali abitudini di vita, come nel caso della gestione del cibo in un Paese quale il Marocco, sì in profonda trasformazione economica, sociale e culturale, ma con una sentita identità islamica tradizionale. Si tratta ovviamente di interrogativi che vanno oltre la capacità della biomedicina stessa di darvi un senso, poiché finiscono con il toccare il significato della vita individuale, sociale e culturale (AUGÉ, HERZLICH 1986). Ciò, come ho già avuto modo di mostrare altrove, proprio a propo-

sito del diabete, sembra ancora più vero e forte nel caso di questa come di altre malattie croniche (MORETTI 2019), per l'esteso impatto che esse hanno sul vivere quotidiano e comunitario e sulla prospettiva futura delle persone che ne sono affette (ZITO 2016, 2020b). Infatti la malattia che è sempre anche un riconosciuto "fatto sociale" (WHO 1948), oltre che biologico, viene percepita e agita attraverso modelli cognitivi e comportamentali che sono trasmessi e acquisiti da un determinato soggetto all'interno di un dato gruppo sociale in uno specifico contesto socioculturale (PIZZA 2005; QUARANTA 2006).

La vicenda di Kamal ci ricorda inoltre che l'impatto di un *virus* globale, secondo un'ottica sindemica, si declina con sfumature differenti a seconda dei contesti culturali e delle persone da cui riceve "agentività", intersecandosi con le locali condizioni strutturali, materiali e sociopolitiche, con le *local biologies* (NIEWÖHNER, LOCK 2018), con le specifiche infrastrutture sanitarie, con le abitudini sociali, i *frames* culturali e i condizionamenti religiosi, e non ultimo con le condizioni ambientali e soprattutto con i livelli di salute pre-esistenti nella popolazione, come anche la complessità delle esperienze di contagio di questi anni in Italia e in Marocco sembrano mostrare in rapporto alle diverse malattie croniche incluso il diabete. Tutto ciò pone in evidenza l'utilità di analisi fortemente localizzate e attente a disuguaglianze e vulnerabilità sociali (MORIN 2020; NAPIER 2020; TROUT, KLEINMAN 2020), anche con specifico riguardo a contesti caratterizzati da dinamiche migratorie con relative questioni di genere (QUAGLIARIELLO 2021). In questa direzione, in quanto scienza dei contesti, l'antropologia medica può certamente offrire molto in termini di comprensione di tali fenomeni nel dialogo con la biomedicina e le altre scienze naturali, umane e sociali, e non solo in relazione alle questioni epidemiologiche (TROSTLE, SOMMERFELD 1996), evidenziando in particolare le dimensioni sociali e culturali della salute e della malattia e quindi l'aspetto politico della medicina e della cura nel sancire il governo dei corpi (SCHEPER-HUGHES 1995; DOZON, FASSIN 2001; SEPPILLI 2014).

Per concludere appare in quest'ottica fondamentale promuovere analisi multilivello attente alla crisi sanitaria per intrecciare dialoghi proficui tra scienze sociali e umane con la biomedicina, oltre che con la politica, le comunità, i territori (TROUT, KLEINMAN 2020). In tal modo si può provare a trasformare la crisi globale innescata dalla pandemia/sindemia (SINGER *et al.* 2017; HORTON 2020) di Covid-19 in un'occasione unica per cambiare strada (MORIN 2020) e rivedere in modo sostanziale i punti deboli dei modelli di sviluppo e di eco-sostenibilità nell'era dell'antropocene, le fragilità

dei sistemi politici e sanitari ma anche, più in generale, alcuni limiti della biomedicina contemporanea stessa, al di là dei suoi avanzamenti in termini di ricerca e di ingente sviluppo tecnologico, anche con specifico riferimento alla sempre maggiore emergenza delle cronicità (NAPIER *et al.* 2017) nella popolazione mondiale come nel caso del diabete nella Regione MENA e in particolare in Marocco (BOUTAYEB *et al.* 2013; IDF 2021).

Proprio a proposito dei limiti della biomedicina, l'affermarsi per esempio di un sapere biomedico standard sul cibo, che di fatto spinge spesso a "separarlo" dal tessuto comunitario e dai suoi molteplici significati simbolici, religiosi e sociali, e il suo indirizzo salutare scientifico-nutrizionale, forti di una prospettiva *evidence-based*, sembrano avere un grosso impatto sulla quotidianità delle persone con diabete in Marocco, entrando in conflitto con rappresentazioni e pratiche alimentari ivi prevalenti, come mostra il caso del *Ramādān*. Diabetologi, pazienti e familiari, per esempio, in questa significativa fase della vita comunitaria, devono districarsi in un complesso spazio conflittuale (ZITO 2020a, 2020b), dove fondamentali risultano le dimensioni sociali dell'alimentazione. In esso prescrizioni biomediche standardizzate relative a cibo e stili di vita sono spesso in contrasto con i modelli culturali dominanti che strutturano l'identità sociale di quelle stesse persone/pazienti su cui la biomedicina, "dimentica" di essi e del loro impatto antropopoietico, esercita la sua pressione "salutare". Può diventare in quest'ottica problematica, da un lato un'educazione sanitaria standard e decontestualizzata, e dall'altra un'ampia diffusione di mutati modelli di consumo di cibo – come mostra Kamal a proposito della prevalenza del *junk food* in una grande città quale Casablanca – nell'ambito di una più ampia dinamica di globalizzazione ad essa sottesa, e che ci riporta a una sorta di colonizzazione degli immaginari sempre più in grado di orientare i consumi stessi dopo averli addomesticati.

Note

⁽¹⁾ L'Oms ha distinto il diabete mellito in tipo 1, caratterizzato dalla distruzione immuno-mediata delle cellule pancreatiche con cronica deficienza di insulina da integrarsi con iniezioni quotidiane, e tipo 2 connotato per un inadeguato utilizzo del glucosio da cellule non ben rispondenti alla stimolazione insulinica, trattato con farmaci ipoglicemizzanti orali e talvolta con insulina. Nel mondo ci sono oltre 500 milioni di persone diabetiche, di queste circa 73 milioni in Medio Oriente e in Nord Africa (Regione MENA) (IDF 2021). In Marocco sono stati rilevati nel 2021 più di 1.800.000 diabetici adulti con una prevalenza reale, difficile da rilevare per la complessità del territorio, di almeno il 10%.

⁽²⁾ La ricerca, tutt'ora in corso, ha ottenuto dal 2020 ad oggi il riconoscimento dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale (MAECI) come "Missione Etnologica Italiana in Marocco" sotto la mia direzione.

⁽³⁾ Il termine, che significa "uomo libero", designa i Berberi (popolazioni autoctone del Nord Africa) nella loro lingua (il *tamazight*) a cui si è oramai sostituito perché "Berberi" deriva dal greco con il significato di "barbaro". Per approfondimenti sulla questione *amazigh*/berbera in Marocco, e più in generale in Nord Africa, sul piano linguistico, socio-culturale e storico-politico, si rimanda a Rachik (2006) e Di Tolla (2017).

⁽⁴⁾ La prescrizione del digiuno è obbligatoria per tutti gli adulti con l'esclusione di donne gravide, persone malate, anziane, in viaggio o che per ragioni varie non possono tollerarla (AMIR-MOEZZI 2007).

⁽⁵⁾ Il *Ramaḍān* dura 29-30 giorni, cade in diverse stagioni in relazione all'anno lunare e vede i credenti osservare il digiuno, tra le altre regole previste, per 14-18 ore al giorno, dall'alba al tramonto (AMIR-MOEZZI 2007).

⁽⁶⁾ In tale drammatica circostanza avvenuta nell'ottobre 2021 Kamal, essendo primogenito con due sorelle, ha deciso in pochi giorni di lasciare la casa materna per occuparsi della nuova attività lavorativa appena ereditata, essendo i suoi genitori separati da circa 15 anni, avendo il padre intanto deciso di vivere e lavorare a Casablanca, senza però essersi ricostruito un'altra famiglia.

⁽⁷⁾ La dicotomia *Afrique blanc/Afrique noire* alimentata in Marocco dalle *élite* postcoloniali a partire dagli anni Settanta del Novecento per un loro guardare al Medio Oriente e alla cultura araba come dimensioni dominanti, dinamica per altro presente in altri Paesi del Maghreb, a danno di gruppi minoritari come "neri" ma anche *amazigh* (BENACHIR 2001; RACHIK 2006), si è gradualmente un po' ridotta con la maggiore apertura alle minoranze sotto Mohamed VI a partire dal 1999. Questi ha progressivamente messo in atto una politica di valorizzazione della multiculturalità del Paese con particolare riferimento ai gruppi *amazigh* e una riapertura delle relazioni con l'Africa, anche con un nuovo ingresso nell'Unione Africana e lo sviluppo di un'attenta "politica africana".

Bibliografia

ABABOU M., EL MALIKI A. (2017), *Sociologie de la maladie Chronique (Cas du Diabète au Maroc)*, LASDES, Rabat.

ADARMOUCH L., EL ANSARI N., OUHDOUCH F., AMINE M. (2013), *The Behavior of Muslim Type 2 Diabetic Patients towards the Fasting of Ramadan*, "Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical", Vol. 5(6): 335-338.

AGAMBEN G. (2020a), *L'invenzione di un'epidemia*, "Quodlibet", 26 febbraio 2020, <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia> (consultato l'11 gennaio 2022).

AGAMBEN G. (2020b), *Contagio*, "Quodlibet", 11 marzo 2020, <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-contagio> (consultato l'11 gennaio 2022).

- AÏT MOUS F., KSIKES D. (a cura di) (2016), *Le tissu de nos singularités. Vivre ensemble au Maroc*, En toutes lettres, Casablanca.
- AL AROUJ M., BOUGUERRA R., BUSE J., HAFEZ S., HASSANEIN M., et al. (2005), *Recommendations for Management of Diabetes During Ramadan*, "Diabetes Care", Vol. 28: 2305-2311.
- ALTORKI S. (a cura di) (2015), *A Companion to the Anthropology of the Middle East*, Wiley-Blackwell, Hoboken.
- AMIR-MOEZZI M.A. (a cura di) (2007), *Dizionario del Corano*, Mondadori, Milano.
- AMSTER E.J. (2013), *Medicine and the Saints: Science, Islam, and the Colonial Encounter in Morocco, 1877-1956*, University of Texas Press, Austin.
- ASAD T. (1986), *The Idea of an Anthropology of Islam*, Georgetown University, Center for Contemporary Arab Studies, Washington.
- ASAD T. (2023), *Formations of the Secular. Christianity, Islam, Modernity*, Stanford University Press, Stanford.
- AUGÉ M. (1986), *L'anthropologie de la maladie*, "L'Homme", Vol. 36(1-2): 81-90.
- AUGÉ M., HERZLICH H.C. (a cura di) (1986), *Il senso del male: antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano.
- BENACHIR B. (2001), *Négritudes du Maroc et du Maghreb*, Édition L'Harmattan, Paris.
- BEN JELLOUN T. (2010), *Morocco, romanzo*, Einaudi, Torino.
- BENOÎT J. (a cura di) (1996), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Édition Karthala, Paris.
- BOUDAHRAIN A. (1996), *Le droit de la santé au Maroc. Plaidoyer pour une santé humaine*, Édition L'Harmattan, Paris.
- BOURDIEU P. (1992), *Risposte. Per un'antropologia riflessiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- BOUTAYEB W., LAMLILI M.E.N., BOUTAYEB A., BOUTAYEB S. (2013), *Estimation of direct and indirect cost of diabetes in Morocco*, "Journal Biomedical Science and Engineering", Vol. 6: 732-738.
- BRUNI S. (2020a), *Confraternite, santi e spiriti. Indagini in Marocco. Parte I*, Nota, Udine.
- BRUNI S. (2020b), *"O tu che viaggi e li ritorni". Pratiche rituali e tradizioni musicali femminili a Meknes. Indagini in Marocco. Parte II*, Nota, Udine.
- CAPELLO C. (2011), *Anthropopoiesis, Embodiment and Religious Ritual in Morocco: Toward a New Theoretical Approach*, "Journal of Mediterranean Studies", Vol. 20(1): 163-177.
- CAVATORTA F. (2016), *Morocco: The Promise of Democracy and the Reality of Authoritarianism*, "The International Spectator", Vol. 51(1): 86-98.
- CESE (2020), *Les impacts sanitaires, économiques et sociaux de la pandémie de la "Covid-19" et leviers d'actions envisageables*, Conseil Economique, Social et Environnemental, <https://www.cese.ma/> (consultato il 19 aprile 2022).
- CHADLI A., EL AZIZ S., EL ANSARI N., AJDI F., SEQAT M., et al. (2016), *Management of Diabetes in Morocco: Results of the International Diabetes Management Practices Study (IDMPS) – wave 5*, "Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism", Vol. 7(3): 101-109.
- CHTATOU M. (2020), *Coronavirus in Morocco: Economic and Social Implications*, "Fikra Forum", Washington Institute, <https://www.washingtoninstitute.org/policy-analysis/coronavirus-morocco-economic-and-socialimplications> (consultato il 15 novembre 2021).

- CLAISSE-DAUCHY R. (1996), *Médecine traditionnelle du Maghreb. Rituels d'envoûtement et de guérison au Maroc*, Édition L'Harmattan, Paris-Montréal.
- CRESSON G. (1991), *La santé, production invisible des femmes*, "Recherches féministes", Vol. 4(1): 31-44.
- DINAR Y., BELAHSEN R. (2014), *Diabetes Mellitus in Morocco: Situation and Challenges of Diabetes Care*, "Journal of Scientific Research & Reports", Vol. 3(19): 2477-2485.
- DI TOLLA A. (a cura di) (2017), *Percorsi di transizione democratica e politiche di riconciliazione in Nord Africa*, Editoriale Scientifica, Napoli.
- DOZON J.-P., FASSIN D. (2001), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, Paris.
- DUPRET B., RHANI Z., BOUTALEB A., FERRIÉ J.-N. (a cura di) (2016), *Le Maroc au présent. D'une époque à l'autre, une société en mutation*, Centre Jacques-Berque, Casablanca.
- EL MANSOUR M. (2019), *The Power of Islam in Morocco: Historical and Anthropological Perspectives*, Routledge, Abingdon-New York.
- FABIETTI U. (2016), *Medio Oriente. Uno sguardo antropologico*, Raffaello Cortina, Milano.
- FARHANE H., MOTRANE M., ANAIBAR F.-E., MOTRANE A., NASSOR ABEID S., HARICH N. (2021), *COVID-19 Pandemic: Effects of National Lockdown on the State of Health of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in a Moroccan Population*, "Primary Care Diabetes", Vol. 15: 772-777.
- FARMER P. (2003), *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, Berkley-Los Angeles-Oxford.
- FASSIN D. (2001), *The Biopolitics of Otherness. Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate*, "Anthropology Today", Vol. 17(1): 3-7.
- FASSIN D. (2016), *Quando i corpi ricordano. Esperienze e politiche dell'AIDS in Sudafrica*, Argo, Lecce.
- FISCHER N. (2008), *National Bioethics Committees in Selected States of North Africa and the Middle East*, "Journal of International Biotechnology Law", Vol. 5(2): 45-58.
- FOUCAULT M. (2015[1978-1979]), *Nascita della Biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*, Feltrinelli, Milano.
- GEERTZ C., GEERTZ H., ROSEN L. (1979), *Meaning and Order in Moroccan Society: Three Essays in Cultural Analysis with a Photographic Essay by Paul Hyman*, Cambridge University Press, Cambridge.
- GELLNER E. (1983), *Muslim Society*, Cambridge University Press, Cambridge.
- HERMANS P. (2006), *The Success of Zohra, a Female Healer. Emancipation in a Traditional Moroccan Setting?*, "Kolor", Vol. 6(1): 71-80.
- HORTON R. (2020), *Offline: COVID-19 is Not a Pandemic*, "The Lancet", Vol. 396(10255): 874.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (2021), *IDF Diabetes Atlas 10th Edition*, <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/> (consultato il 2 maggio 2022).
- JALDI A. (2020), *Coronavirus: Does the State of Health Emergency in Morocco Comply With International Human Rights Law?*, "Policy Center For The New South", https://www.policycenter.ma/opinion/coronavirus-does-state-healthemergency-moroccocomplyinternational-human-rights-law#.Xr_5GWgzY2w (consultato il 15 novembre 2021).
- LAAROUSHI M.I. (2020), *How Arab States Take on Coronavirus: Morocco as a Case Study*, "Al Jazeera Centre for Studies", <https://studies.aljazeera.net/ar/node/4684> (consultato il 15 novembre 2021).

- LEWIS B. (1993), *Islam and the West*, Oxford University Press, Oxford.
- LUPO A. (1999), *Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta tra dialogo e azione*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 7-8: 53-92.
- LUPO A. (2012), *Malattia ed efficacia terapeutica*, pp. 127-155, in COZZI D. (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.
- MARTINSON T. (2011), *Medical Pluralism in Morocco: The Cultural, Religious, Historical and Political-Economic Determinants of Health and Choice*, "Independent Study Project (ISP) Collection", Paper 100: 1-49.
- MATEO DIESTE J.L. (2013), *Health and Ritual in Morocco: Conceptions of the Body and Healing Practices*, Brill, Leiden-Boston.
- MATERA V. (2008), *La molteplicità è altrove*, pp. 135-156, in CARMAGNOLA F., MATERA V. (a cura di), *Genealogie dell'immaginario*, Utet Università, Novara.
- MORETTI C. (2019), *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*, Edizioni ETS, Pisa.
- MORIN E. (2020), *Cambiamo strada. Le 15 lezioni del coronavirus*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- MORO E. (2021), *La dieta mediterranea. Mito e storia di uno stile di vita*, Edizioni il Mulino, Bologna.
- NAPIER D. (2020), *Rethinking Vulnerability through Covid-19*, "Anthropology today", Vol. 36(3): 1-2.
- NAPIER D., NOLAN J.J., BAGGER M., HESSELDAL L., VOLKMANN A.-M. (2017), *Study Protocol for the Cities Changing Diabetes Programme: A Global Mixed-methods Approach*, "BMJ Open", Vol. 7: 1-7.
- NEWMAN J., INHORN M.C. (2015), *Medical Anthropology in the Middle East and North Africa*, pp. 207-232, in ALTORKI S. (a cura di), *A Companion to the Anthropology of the Middle East*, Wiley-Blackwell, Hoboken.
- NGUYEN V.K. (2005), *Antiretroviral Globalism, Biopolitics, and Therapeutic Citizenship*, pp. 124-144, in ONG A., COLIER S. (a cura di), *Global Anthropology, Technology, Governmentality, Ethics*, Blackwell, London.
- NIWÖHNER J., LOCK M. (2018), *Situating Local Biologies: Anthropological Perspectives on Environment/Human Entanglements*, "BioSocieties", Vol. 13(4): 681-697.
- PIZZA G. (2005), *Antropologia Medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- QUAGLIARIELLO C. (2021), *L'isola dove non si nasce. Lampedusa tra esperienze procreative, genere e migrazioni*, Unicopli, Milano.
- QUARANTA I. (a cura di) (2006), *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- RACHIK H. (2006), *Usages de l'identité Amazighe au Maroc*, Imprimerie Najah El Jadida, Casablanca.
- RACHIK H. (2012), *Le proche et le lointain. Un siècle d'anthropologie au Maroc*, Éditions Parenthèses, Marseille; Maison méditerranéenne des sciences de l'homme, Aix-en-Provence.
- RHANI Z., (2009), *Le chérif et la possédée: sainteté, rituel et pouvoir au Maroc*, "L'Homme", Vol. 190: 27-50.
- RIVET D. (2012), *Histoire du Maroc. De Moulay Idris à Mohammed VI*, Fayard, Paris.
- ROBBIN Z.H. (2017), *Bridging the Gap from Policy to Practice: Diabetes in Rural Morocco*, "Independent Study Project (ISP) Collection", Paper 2670: 1-40.

- SALTI I., BÉNARD E., DETOURNAY B., BIANCHI-BISCAY M., THE EPIDIAR STUDY GROUP, *et al.* (2004), *A Population-based Study of Diabetes and Its Characteristics during the Fasting Month of Ramadan in 13 Countries: Results of the Epidemiology of Diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) Study*, "Diabetes Care", Vol. 27: 2306-2311.
- SCHEPER-HUGHES N. (1995), *The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology*, "Current Anthropology", Vol. 36(3): 409-440.
- SCHIRRIPA P. (2005), *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*, Argo, Lecce.
- SCHIRRIPA P. (2012), *Sistema medico. Campo politico, istituzioni sanitarie e processi di medicalizzazione tra egemonia e resistenza*, pp. 269-284, in Cozzi D. (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.
- SCHIRRIPA P. (2014), *Ineguaglianza in salute e forme di cittadinanza*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37: 59-80.
- SCHIRRIPA P., VULPIANI P. (a cura di) (2000), *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Argo, Lecce.
- SCHIRRIPA P., ZÙNIGA VALLE C. (2000), *Sistema medico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 9-10: 210-222.
- SELIHI Z., BERRAHO M., EL RHAZI K., EL ACHHAB Y. *et al.* (2017), *Risk Factors for Degenerative Complications in Patients with Type 2 Diabetes: Nested Case-Control Study 'Epidiam' Morocco*, "Journal of Diabetes, Metabolic Disorders & Control", Vol. 4(2): 40-46.
- SEPPILLI T. (2014), *Antropologia medica e strategie per la salute*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37: 17-32.
- SINGER M. (1996), *A Dose of Drugs, a Touch of Violence, a Case of AIDS: Conceptualizing the SAVA Syndemic*, "Free Inquiry In Creative Sociology", Vol. 24(2): 99-110.
- SINGER M., BULLED N., OSTRACH B., MENDENHALL E. (2017), *Syndemics and the Biosocial Conception of Health*, "The Lancet", Vol. 389(10072): 941-950.
- SPADOLA E. (2009), *Writing Cures: Religious and Communicative Authority in Late Modern Morocco*, "The Journal of North African Studies", Vol. 14(2): 155-176.
- TROSTLE J.A., SOMMERFELD J. (1996), *Medical Anthropology and Epidemiology*, "Annual Review of Anthropology", Vol. 25: 253-274.
- TROUT L. J., KLEINMAN A. (2020), *Covid-19 Requires a Social Medicine Response*, "Frontiers in Sociology", Vol. 5: 1-4.
- VACCHIANO F. (2021), *Antropologia della dignità. Aspirazioni, moralità e ricerca del benessere nel Marocco contemporaneo*, Ombre corte, Verona.
- WHO (1948), *Constitution*, World Health Organization, Geneva.
- ZITO E. (2016), *Vivere (con) il diabete. Uno sguardo antropologico su corpo, malattia e processi di cura*, Ledizioni, Milano.
- ZITO E. (2020a), «Une éducation thérapeutique très difficile...». *Ammalarsi di diabete in Marocco, tra prescrizioni sanitarie, cibo e cultura*, "DADA. Rivista di Antropologia post-globale", Speciale Antropologia del cibo, 1: 281-311.
- ZITO E. (2020b), «C'est une maladie qui vient de Dieu»: *dā'al-sukarī. Pluralismo medico e credenze religiose in Marocco*, "EtnoAntropologia", Vol. 8(1): 171-200.

ZITO E. (2021a), *Narrazioni della pandemia di Covid-19: voci dal Marocco*, "Narrare i Gruppi", Vol. 16 (1): 59-78.

ZITO E. (2021b), «*Mi fai fare un giro con la webcam?*». *Storie di malattia da un'etnografia digitale in Marocco*, "EtnoAntropologia", Vol. 9(2): 91-113.

Scheda sull'Autore

Eugenio Zito è professore associato di Discipline Demo-Etno-Antropologiche presso il Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, dove è Delegato Erasmus e Internazionalizzazione e dove insegna Metodi di Ricerca Antropologica, Etnologia e Antropologia della Rete. Insegna anche Antropologia Medica presso la Scuola di Medicina e Chirurgia della stessa Università. Dal 2020 dirige la "Missione Etnologica Italiana in Marocco" riconosciuta dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale. È stato *Visiting Scholar* e *Visiting Professor* presso l'Escuela Nacional de Antropología e Historia in Messico, le Università Hassan II e Cadi Ayyad in Marocco, l'ISCTE in Portogallo, l'Università An-Najah in Palestina, l'Università di Rijeka in Croazia, l'Università di Malmö in Svezia, l'Università di Malta, l'Università de La Laguna in Spagna, l'Università Panteion in Grecia e l'Università di Latvia. Membro ordinario dell'European Association of Social Anthropologists, della Società Italiana di Antropologia Culturale e membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Antropologia Medica è autore di diversi lavori sui temi di salute e malattia, corpo e genere, vulnerabilità sociale.

Riassunto

Ammalarsi di diabete in Marocco: credenze religiose, pluralismo medico e crisi pandemica

Nell'articolo vengono discusse, anche alla luce della crisi sanitaria per il Covid-19 e secondo un approccio sindemico, alcune questioni culturali e sociali connesse all'ammalarsi di una malattia cronica come il diabete (*dā'al-sukarī*) in Marocco, e alla specificità delle relative pratiche di cura in tale Paese musulmano caratterizzato da diffuso pluralismo medico. Un'attenzione particolare viene data all'analisi della combinazione di biomedicina, medicina islamica e *amazigh* negli itinerari terapeutici delle persone e all'impatto di credenze e pratiche religiose sulla rappresentazione del diabete e sui relativi processi di cura, senza trascurare, anche per l'effetto della pandemia, una valutazione più ampia dei determinanti socio-culturali, economici e politici della salute nel Paese. Infine, la storia di un giovane diabetico, raccolta in un'etnografia ancora in corso in Marocco, consente all'autore di riflettere su alcune forze conflittuali che agiscono nello spazio di cura del diabete in questo Paese del Maghreb in tempi pandemici, tra biomedicina, Islam, medicina tradizionale, sorveglianza sanitaria e controllo politico e sociale dello Stato.

Parole chiave: cura del diabete, Marocco, pluralismo medico, Islam, Covid-19

Resumen

Enfermarse de diabetes en Marruecos: creencias religiosas, pluralismo médico y crisis pandémica

El artículo discute, también a la luz de la crisis sanitaria de la Covid-19 y, según un enfoque sindémico, algunas cuestiones culturales y sociales relacionadas con enfermar de una enfermedad crónica como la diabetes (*dā'al-sukarī*) en Marruecos, y la especificidad de las prácticas de tratamiento relacionadas en este País musulmán caracterizado por un amplio pluralismo médico. Se presta especial atención al análisis de la combinación de biomedicina, medicina islámica y *amazigh* en los itinerarios terapéuticos de las personas y al impacto de las creencias y prácticas religiosas en la representación de la diabetes y los procesos de tratamiento relacionados, sin dejar de lado, también para la efecto de la pandemia, un diagnóstico más amplio de los determinantes socioculturales, económicos y políticos de la salud en el País. Finalmente, el relato de un joven diabético, recogido en una etnografía aún en curso en Marruecos, permite al autor reflexionar sobre algunas fuerzas en conflicto que actúan en el ámbito de la atención a la diabetes en este País del Magreb en tiempos de pandemia, entre la biomedicina, el Islam, la medicina tradicional, la vigilancia sanitaria y el control político y social del Estado.

Palabras clave: cura de la diabetes, Marruecos, pluralismo médico, Islam, Covid-19

Résumé

Tomber malade du diabète au Maroc: croyances religieuses, pluralisme médical et crise pandémique

L'article aborde, également à la lumière de la crise sanitaire du Covid-19 et selon une approche syndémique, certains enjeux culturels et sociaux liés au fait de tomber malade d'une maladie chronique comme le diabète (*dā'al-sukarī*) au Maroc, et la spécificité des pratiques thérapeutiques associées dans ce Pays musulman caractérisé par un pluralisme médical répandu. Une attention particulière est portée à l'analyse de la combinaison de la biomédecine, de la médecine islamique et de l'*amazigh* dans les itinéraires thérapeutiques des personnes et à l'impact des croyances et pratiques religieuses sur la représentation du diabète et des processus de traitement associés, sans négliger, également pour la effet de la pandémie, une évaluation plus large des déterminants socioculturels, économiques et politiques de la santé dans le Pays. Enfin, l'histoire d'un jeune diabétique, recueillie dans une ethnographie toujours en cours au Maroc, permet à l'auteur de réfléchir sur certaines forces en conflit qui agissent dans le domaine de la prise en charge du diabète dans ce pays du Maghreb en temps de pandémie, entre biomédecine, Islam, médecine traditionnelle, surveillance sanitaire et contrôle politique et social de l'État.

Mots-clés: prise en charge du diabète, Maroc, pluralisme médical, Islam, Covid-19

